

tos a soportar. Además, puede añadirse fácilmente el sentimiento de culpa que acompaña a muchas enfermedades, aunque no exista un claro nexo entre la enfermedad contraída y el comportamiento anterior. La persona siente que, de alguna forma, ha traicionado las expectativas que los otros se habían hecho de ella y teme por ello ser abandonada o convertirse en víctima del ostracismo, perdiendo, a veces, las *relaciones significativas*.

Janine Chanteur, madre de una niña disminuida psíquica, nos muestra en su testimonio escrito recientemente la intensidad con que se vive a veces el sentido de culpa, en este caso, por tener una hija enferma:

“No cesamos de hacernos mil preguntas y, cada día, encontramos mil más que no habíamos descubierto. Con la minuciosidad de un entomólogo, escudriñamos los recuerdos del embarazo, del parto, de los días que siguieron. ¿Cuándo cometimos la falta? ¿Qué se nos escapó que debimos conocer e ignoramos? ¿Qué debimos hacer (o no hacer) y descuidamos?

Cuando creemos haber agotado la lista de relaciones banales de causas y efectos –sobre la que incesantemente volvemos porque nunca se agota del todo–, nos remontamos más atrás, al *antes*! ¿Cuándo se produjo nuestro fallo? ¿No existirá en nuestro pasado una sombra, alguna indelicadeza, alguna infamia por la que debemos pagar? Siempre descubrimos algo, sin quedar nunca tranquilos. Un castigo, eso es para nosotros el hijo enfermo, castigo de una antigua culpa sin relación con él, y lo que es peor, castigo de una falta imposible de encontrar, tan cierta como si el acta de la acusación estuviera escrita por mano de un juez, aunque en este caso la tinta sea incolora, el papel diáfano y el juez esté en nosotros mismos, más obstinado que en un tribunal”⁸.

Existe una clara tendencia en todos nosotros a experimentar la necesidad de sentirnos iguales a los demás, íntegros, para merecer la pertenencia, para no ser dejados de lado. Este miedo a perder a los otros, a ser abandonado, incluso por los propios familiares, aumenta al ver el comportamiento que la sociedad dispensa a algunos

enfermos: los minusválidos, los enfermos crónicos, que no tienen un lugar en nuestra sociedad con los mismos derechos, y si lo tienen, no siempre es reconocido naturalmente, sino como una concesión especial, algo que hace sentirse “objeto de la piedad” de los demás.

La situación de enfermedad hace, por otra parte, que muchas relaciones significativas de la persona dejen de serlo, se banalicen. La relación se hace más difícil. La conversación sobre temas normales parece, a veces, fuera de lugar, si hecha con un enfermo. La superficialidad, las preguntas sin interés, el miedo a los espacios de silencio, la locuacidad forzada, el uso de frases hechas, la curiosidad enmascarada, el servicio forzoso o que deja claro que requiere “una moneda de pago”... llevan a perder una buena dosis de la *naturalidad* y de la *confianza* en las relaciones familiares y de ayuda.

Por otra parte, la posibilidad de establecer nuevas relaciones se reduce. Los modelos de conducta comunes de nuestra sociedad hacen que estemos menos dispuestos a iniciar una relación social con una persona disminuida por la enfermedad que con una persona “normal”.

Con la enfermedad, a veces se pierde el *derecho a la manifestación de los propios sentimientos*. Cuando se está “sano” parece que es posible manifestar los sentimientos, sobre todo los positivos. Ahora, limitado por el mal, se debe padecer una lluvia de prohibiciones dirigida a la manifestación de los sentimientos, en especial cuando éstos son negativos: desánimo, depresión, rabia, impaciencia, tristeza (llanto), incluso por parte de los propios familiares, movidos por buenas intenciones.

A veces la enfermedad es la ocasión privilegiada para experimentar la pérdida de la *paz interior*. El hecho de enfermar provoca un análisis de la propia vida pasada y hace que se recorran mentalmente los caminos de la vida, que se vea la propia historia como en una película. Y en esta película se descubren con sufrimiento algunos de los propios puntos débiles, algunas “sombras” que llevan a sentirse culpables, inquietos, temerosos de un posible juicio negativo sobre la persona a partir de tales elementos del mosaico de la propia vida. En algunos casos, llevados por una tendencia pesimista, puede suceder que se tenga la sensación de no haber vivido nunca en realidad, que la propia vida no haya valido la pena, que no haya en ella personas, episodios... cuyo recuerdo sea gratificante.

Sucede también que muchos enfermos se preguntan el porqué de la situación y, al no encontrar una respuesta satisfactoria, se sienten

⁸ Chanteur J., “Los hijos de Job. Crónica de una infancia dolorida”, Estella, Verbo Divino, 1993, pp. 33-34.

arrastrados por una corriente desconocida en la que la propia voluntad tiene poco que ver con el verdadero suceder de los acontecimientos. Puede llegarse fácilmente a no encontrar ningún sentido a la vida, a perder todo tipo de *brújula* que indique una orientación del caminar. Desconcertada, aturdida, la persona en estas circunstancias puede desear incluso la propia muerte o abandonarse de modo apático a un absurdo proceso en el que poco tiene que ver él y, a la vez, del que no puede sustraerse.

Algunas pérdidas mucho más visibles o "materiales" experimenta el enfermo que debe ser sometido a *amputaciones* más o menos importantes. Toda disminución de una parte de nuestro cuerpo conlleva un enorme contenido simbólico e interfiere fuertemente en la propia imagen de sí. Piénsese en el fuerte impacto psicológico que produce la pérdida del pelo debida a la radioterapia, la pérdida de un seno, la amputación de alguna de las extremidades...

Por otra parte, el hecho de la *hospitalización*, conlleva ya en sí misma un conjunto de pérdidas que se añaden a las experimentadas por la enfermedad. En el hospital la persona debe adoptar el rol de enfermo, cuyo comportamiento está definido por unos cánones sobreentendidos de sumisión y dependencia, de una dosis de despersonalización para adaptarse a las normas, a la estructura. "El buen enfermo es el que calla, el que consiente y acepta cualquier determinación sin discutir, el que sufre sin lamentarse demasiado, el que muere posiblemente de día, de forma no dramática, sin molestar. El buen enfermo es el que no pide que se establezca una comunicación, una relación entre el personal médico y enfermero y él. El buen enfermo tiene familiares que no se presentan nunca o que se presentan aceptando todo lo que dice el médico"⁹.

Con ocasión de la hospitalización, algunas de las pérdidas son las siguientes:

- Se pierde el *propio ambiente físico*, la propia casa, el ambiente familiar, en el que la persona se siente libre, espontánea, natural; la persona pierde, pues, los puntos de referencia espaciales (piénsese en algunas camas de UVI en las que es difícil incluso saber si es de día o de noche porque las ventanas no están al alcance de la vista del enfermo encamado).

- Se pierde la *libertad de organizarse el propio tiempo* conforme a los ritmos propios, personales, conforme a los deseos y costumbres fraguadas, quizás durante toda una larga vida; el dominio del propio tiempo está en buena parte, en manos de los "vestidos de blanco" y en otra buena parte limitada por la imposibilidad de estar acompañados por las personas queridas y, en ocasiones, el tiempo está lleno de un total y profundo vacío que hace insoportable la propia experiencia.

- Se pierde la *privacy* al tener que compartir la habitación o el baño, al tener que someterse a visitas médicas que se imponen al sentimiento del pudor, y puede que incluso al tener que realizar algunas necesidades fisiológicas fundamentales en presencia de otras personas, un hecho ciertamente estresante para la gente.

- Se pierde el *protagonismo* que se experimenta en la propia casa, donde la persona es el centro, el "dueño", a cuyo servicio están todos los objetos y dependencias en las que libremente y como padrón se desenvuelve siendo el protagonista. En el hospital pierde este protagonismo: vestido con el pijama, que no refleja la propia identidad que normalmente transmite el modo de presentarse a los demás, el enfermo está perdido, rodeado de personas extrañas, es una estructura ajena y desconocida, en la que, si puede resultar interesante, será precisamente por sus límites más o menos familiares al personal sanitario.

En definitiva, el impacto de la enfermedad en la vida relacional hace que la persona haga experiencia de la profunda *soledad* que le caracteriza; esa soledad que, de cualquier forma, no puede ser recuperada: la soledad existencial, la condición por la que nadie puede vivir el dolor del otro, nadie puede padecer la enfermedad del otro por más que se comparta o se intente ayudar. La fuerza para superar la situación de amenaza destructiva tiene que encontrarla en sí mismo, porque incluso el amor de los seres queridos se presenta "impotente" ante el límite impuesto por la enfermedad. La soledad se hace absoluta cuando no se recibe la información sobre un diagnóstico fatal y todos los demás la poseen, porque entonces el enfermo, dándose cuenta, percibe la gran distancia de cuantos quieren aparentar cercanía.

⁹ Colombero G., o.c. p. 38.

Existen excepciones al hecho de que la hospitalización constituya un trauma para la persona. Es el caso de personas que prefieren estar ingresadas para sentirse menos solas o para garantizarse el sustento o sentirse "entre iguales", entre enfermos, donde quizá pueda emerger alguna de sus características específicas que le permitan aumentar la autoestima.

En el fondo, la experiencia de la enfermedad es una experiencia *luctuosa*. A toda pérdida le corresponde la experiencia del luto, y la enfermedad, ciertamente, conlleva numerosas pérdidas.

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD A NIVEL RELACIONAL Y COMPORTAMENTAL: REACCIONES Y NECESIDADES

Adoptar el rol de enfermo no es algo que pueda hacerse de modo espontáneo. Se requiere un período de adaptación que varía de persona a persona, de enfermedad a enfermedad, etc. Pero aun en el caso de una persona que se adapta con normalidad a la enfermedad, se desencadenan normales reacciones psicológicas debidas al impacto de ésta.

Reacciones

Son reacciones comunes durante la enfermedad: "reducción de los intereses, egocentrismo, especial atención y sensibilidad a las percepciones y a las funciones somáticas, sensación de inseguridad y un vivo deseo de solidaridad. A la enfermedad en fase aguda se añade normalmente un estado de incertidumbre, de dependencia y de aislamiento de los demás"¹⁰.

Pero las dificultades que se experimentan ante la necesidad de adaptación a la nueva situación influyen de lleno en el surgir de una respuesta emotiva en relación a la enfermedad. En estas reacciones vamos a concentrar nuestra atención.

Las reacciones psicológicas a la enfermedad son las propias de una persona frustrada (ansiedad, depresión, agresividad), o bien aquellas que tienden a defenderse de la ansiedad (negación, agresividad, regresión...), que son los llamados *mecanismos de defensa*.

Las reacciones a la enfermedad, además de los factores ya indicados, dependen sobre todo, de la "*valoración cognitiva*"¹¹ que la persona hace de la enfermedad, es decir, del *significado* que la persona concreta le atribuye. Así se explica que enfermedades no especialmente graves susciten, a veces, reacciones emotivas muy fuertes, mientras que, en otras ocasiones, enfermedades muy serias no encuentran una directa proporción en el modo de reaccionar la persona.

Todo depende del valor que la persona atribuye a cuanto le está sucediendo. Esta valoración puede ser más o menos consistente o ligada a simbolismos personales elaborados en lo profundo de la psique humana.

Hay significados que están estrechamente relacionados con el tipo de personalidad, de educación o de historia que el individuo ha vivido en el seno de su familia y de su contexto, mientras que otros son compartidos por muchos enfermos, si no por todos. Estos son sobre todo los significados de *peligro*, *frustración*, *pérdida*.

Así pues, veamos las reacciones psicológicas fundamentales ante la enfermedad:

1. La ansiedad:

La enfermedad, la novedad del ambiente hospitalario, las intervenciones médicas, diagnósticas o terapéuticas, el dolor presumible de las pruebas, el fantasma de la anestesia, el misterio de una operación..., representan en sí mismos elementos de amenaza importantes para el equilibrio psíquico de una persona. El sentimiento que deriva de la experiencia de tal amenaza es el *miedo*, que puede manifestarse como preocupación razonable que empuja a la colaboración con los trabajadores sanitarios, o como pánico, que paraliza y puede desorganizar la estructura psíquica de una persona.

Pero, con frecuencia, el enfermo vive un estado de *ansiedad*, de tensión, de inquietud, no referible a nada en concreto, sino a la inseguridad que le invade a causa de su enfermedad y de sus posibles consecuencias.

Normalmente se distingue entre *miedo* y *ansiedad*. El miedo se refiere a un peligro claro a la conciencia del individuo y externo a éste. La ansiedad se refiere a un peligro vago y de origen desconocido. En la persona, ambas experiencias normalmente se confunden.

¹⁰ Wilson-Barnett J., o.c., pp. 22-23.

¹¹ Cfr. Sandrin L., Brusco A., Policante G., "Comprender y ayudar al enfermo", Madrid, Paulinas, 1993, pp. 29-31.

Ansiedad	Miedo
Amenaza desconocida	Amenaza conocida
Amenaza interior	Amenaza exterior
Relacionada con el futuro	Inmediata
Carácter vago	Carácter definido
Consecuencia de un conflicto psicológico	No consecuencia de un conflicto psicológico ¹²

Una estupenda ayuda que los familiares y los profesionales sanitarios pueden prestar a un enfermo que reacciona, sobre todo con comportamientos de ansiedad, es invitarle a hablar de los propios miedos e informarle de modo adecuado. El efecto es muy positivo, aunque la inseguridad que producen tales miedos no se pueda suprimir.

De cualquier forma, es necesario tener en cuenta que "en un individuo enfermo el miedo y la ansiedad deben considerarse emociones totalmente normales y racionales". Más aún, "el miedo y la ansiedad, cuando no superan ciertos límites, deben considerarse elementos positivos, en cuanto empujan al enfermo a colaborar con el médico y la enfermera, a acelerar la curación"¹³. "Cuando no sobrepasa ciertos grados de intensidad, estimula la atención, la eficacia y la capacidad de acción y contribuye a estructurar la personalidad". Sin embargo, la ansiedad de fuerte intensidad puede ser patológica, "es penosa, provoca fenómenos de inhibición, disminuye la atención, la capacidad de escucha, de expresarse con claridad, disminuye la capacidad de observación de lo que sucede en el entorno"¹⁴.

No es fácil ayudar al enfermo que reacciona de modo ansioso, porque la ansiedad experimentada por el enfermo normalmente choca con la ansiedad de los familiares y de los agentes sanitarios, los cuales se ven sometidos a la misma experiencia. "El aspecto ansiógeno más profundo nace del contacto con el sufrimiento, con la muerte, con la desnudez de los cuerpos; nace del tener que controlar continuamente impulsos libidinosos o agresivos, normalmente inconscientes; del tener que realizar tareas que, según el modo normal de pensar, son consideradas desagradables, repugnantes, que impresionan,

que producen sentimientos intensos de piedad, sentimientos de culpa..."¹⁵

Los familiares, por su parte, suelen exigir al personal sanitario que se les libere de algún modo de las angustias que experimentan, lo cual, a su vez, aumenta el nivel de ansiedad de los trabajadores.

Hay que decir, no obstante, que los médicos y las enfermeras pueden ser los mejores ansiolíticos para el enfermo¹⁶.

2. Depresión

El sentimiento que deriva de la experiencia de *pérdida* o conjunto de pérdidas propias de la enfermedad es, en ocasiones, la depresión, que algunos definen como el temor justificado o imaginario por parte de la persona enferma a perder algo importante para ella (una parte del cuerpo, una función física o social...). El enfermo, normalmente, tiene conciencia de perder demasiadas cosas importantes: la salud, su ambiente vital, las relaciones habituales, la propia imagen y tantos otros objetos de amor. A veces se tiene incluso la sensación de que el bien más precioso, la vida, esté escapándose de entre las manos, y entonces la persona se deprime.

A veces la depresión se manifiesta de manera leve, con un apagamiento de las emociones o con el desinterés y la indiferencia hacia el mundo externo. Otras veces, es más acentuada y se manifiesta con el llanto, la tendencia al aislamiento, sentimiento de culpa por comportamientos del pasado, ideas de suicidio...

Algunas investigaciones han mostrado que las personas deprimidas, que se abandonan y tienen baja la moral, son más susceptibles de contraer algunos tipos de enfermedad, y están más dispuestas a complicaciones, una vez que han contraído alguna enfermedad. Ello es debido a que tal sentimiento, si exagerado, influye fuertemente en las defensas del organismo. Así, por ejemplo, es sabido cómo algunas personas viudas que caen en una fuerte depresión tienen una mayor predisposición a la enfermedad e incluso a la muerte.

Algunos autores tienden a ver la depresión, en ciertos casos, como una especie de "agresividad introyectada y dirigida contra sí mismo"¹⁷, que puede llegar a producir deseos de autodestrucción.

¹² Cfr. Eiland D.C. Jr., citado por Iandolo C., "L'assistenza psicologica al malato", Roma, Luigi Pozzi, 1986, p. 23.

¹³ Iandolo C., "L'approccio umano al malato. Aspetti psicologici dell'assistenza", Roma, Armando, 1983, p. 176.

¹⁴ Iandolo C., "L'assistenza psicologica...", o.c., p. 23.

¹⁵ Lampronti V., Ventura S., "Nozioni di psicologia applicata per infermieri", Roma, NIS, 1983, p. 34.

¹⁶ Iandolo C., "L'approccio...", o.c., p. 176.

¹⁷ Tancredi O., "Psicologia per operatori clinico-sanitari", Vol. 2, Milano, Unicopli, p. 116.

Una de las características de la depresión es "la disminución de la autoestima, los remordimientos por presuntos errores cometidos en el pasado, los sentimientos de culpa, de fracaso o de vergüenza. (...) No es raro que el enfermo deprimido tenga un comportamiento aparentemente normal y que la depresión sea enmascarada por síntomas somáticos como el insomnio, la falta de apetito"¹⁸, u otros.

Esta reacción también es propia de los familiares, en cierto sentido "contagiada" por el enfermo o fruto del cansancio de un período largo de asistencia a la persona querida.

Mecanismos de defensa

1. La agresividad

La agresividad, en el caso del enfermo, puede ser considerada tanto una reacción a la enfermedad como un mecanismo de defensa a la ansiedad.

Se trata de un conjunto de acciones que tienden a hacer desaparecer el obstáculo que produce frustración y malestar. Es un mecanismo con el que el individuo reacciona a la enfermedad como si fuera causada por algún mecanismo externo. Como paciente, se manifiesta exigente, nunca contento de la asistencia que le prestan, polémico en relación a todos, antipático, difícil de tratar. Con esta reacción psicológica, llamada también *formación reactiva*¹⁹, el individuo se defiende de la angustia provocada por la enfermedad, atribuyendo a otros —o al mundo entero— la responsabilidad de su estado.

La agresividad, pues, no es descargada contra el objeto que ha producido la frustración —la enfermedad, impersonal— sino contra las personas más inmediatas y a veces contra las que menos lo merecen, en cuanto que son los que más se preocupan de atender al enfermo. Víctima de tal agresividad son frecuentemente los trabajadores sanitarios y los familiares de los enfermos. La causa —hay que entenderlo bien— es la enfermedad, pero el enfermo no puede descargar la rabia contra ésta y lo hace buscando auténticos chivos expiatorios.

Hay que tener en cuenta que los *mecanismos de defensa* son una especie de "trucos" con los que evitamos poner la atención en fenómenos que nos harían sufrir o que desequilibrarían al individuo. Por eso hay que comprender bien tales mecanismos. En el caso de la agresividad,

los familiares, acompañantes o trabajadores sanitarios deberán aprender a comportarse de modo sereno cuando el enfermo descargue contra ellos. Defenderse a toda costa no haría más que agravar la situación. El problema es que éstos difícilmente están dispuestos a "quedar por debajo" del enfermo, si éste manifiesta su rabia. Y sucede realmente que el enfermo adopta esta reacción con un juego de culpabilidades, atribuyendo incluso la responsabilidad a los demás del propio estado.

No hay que olvidar nunca que agresividad genera agresividad. El familiar o el trabajador puede responder no sólo de un modo agresivo activo, sino que puede hacerlo mediante una "agresividad pasiva", haciéndose esperar en las atenciones, retrasando la asistencia cuando el enfermo llama, retardando los calmantes, etc.

La agresividad está en estrecha relación con la *proyección*, el enfermo proyecta al exterior la causa de sus desgracias: no está bien atendido, o incluso la causa de los males resulta ser la mala atención que se le dispensa. Se puede llegar, en casos extremos, a verdaderos delirios de persecución.

La agresividad y la proyección, en sí, como todo mecanismo de defensa, tienen una función positiva. A veces, los enfermos que no hacen más que protestar y lamentarse de los efectos colaterales de las terapias son los que tienen mayor posibilidad de curación.

También la familia puede reaccionar de este modo agresivo, especialmente ante la ineficacia de ciertas terapias o a la muerte de un ser querido.

2. Negación

La negación es otro posible mecanismo de defensa de la ansiedad producida por la enfermedad. Consiste en negar la misma realidad de un hecho doloroso o ansiógeno. Así, encontramos enfermos que aun habiendo sido clara y repetidamente informados sobre su estado, continúan afirmando no estar enfermos. En el fondo, el mecanismo funciona como un analgésico.

Es un mecanismo frecuente en la enfermedad crónica, en el cáncer... y es usado para defenderse especialmente de la angustia de muerte y de todo lo que más fácilmente la puede evocar. El sujeto considera que aceptar la realidad sería una amenaza para su integridad y para su capacidad de afrontar los propios límites, de modo que negarlo, rechazarlo, le ayuda a mantener el equilibrio.

¹⁸ Iandolo C., "L'assistenza...", o.c., p. 25.

¹⁹ Cfr. Giovannini D. y otros, o.c., p. 81.

Los familiares y los trabajadores sanitarios deben respetar este comportamiento defensivo siempre que no estén en juego graves responsabilidades (contagio a otro, por ejemplo), y sea, en cierta medida, temporal, puesto que le ayuda a soportar una situación difícil. Querer imponer la verdad científica puede neutralizar la capacidad del individuo de mantener el mínimo equilibrio psíquico indispensable. Aun así, cuando la verdad científica puede ayudar al paciente a aceptar los tratamientos necesarios, es oportuno ayudar al enfermo a aceptar su situación.

La negación puede ser también sólo *parcial*, en cuyo caso se intentará *reducir* su enfermedad a otra menos maligna (una gripe, en lugar de un tumor de pulmón, por ejemplo), aunque tenga que transformar las informaciones precisas que ha recibido de los médicos.

Una forma de negar es *reprimir* (recuerdos, impulsos, pensamientos...) que produce la situación de enfermedad, intentando olvidar momentáneamente, no dar carta de ciudadanía a ciertos sentimientos negativos desencadenados por la enfermedad.

Otra modalidad de negar parcialmente consiste en *racionalizar*, es decir, dar explicaciones que pretenden ser lógicas a una situación no aceptable desde el punto de vista emocional. Un paciente que tiene afectado el cerebro puede explicar su falta de memoria atribuyendo la culpa a las medicinas que toma. Otras veces se intenta *intelectualizar*, obteniendo el máximo de informaciones posibles sobre la propia patología, de modo que se pueda entablar un diálogo a nivel científico.

Otra forma de negación parcial reside en la *compensación de la fantasía*, que consiste en la tendencia del individuo a fantasear y soñar despierto con situaciones en las que no exista la enfermedad, el sufrimiento y malestar que, sin embargo, están presentes.

La *sublimación*, por su parte, es un mecanismo que funciona sustituyendo objetivos inaccesibles por otros socialmente útiles o, al menos, aceptables. Un espíritu agresivo puede ser sublimado en espíritu de competición, en deportividad... Así, en la enfermedad puede consistir, por ejemplo, en la afirmación de sentimientos religiosos muy intensos, con prácticas religiosas que se habrían abandonado tiempo atrás. Tal reacción puede ser muy importante para alcanzar una serenidad y tranquilidad necesarias para afrontar el proceso biológico de la enfermedad.

No faltan aquellos enfermos que ponen en práctica un mecanismo de *retirada* o *huida* de algunas relaciones sociales, de modo que así se

defienden de un posible abandono de las mismas con ocasión de la enfermedad (por ejemplo, del trabajo).

3. Regresión

Otro tipo de reacción ante la frustración es la regresión, que consiste en cerrarse en sí mismo, llorar, rechazar a los amigos, las medicinas, querer ser mimado y viciado por los familiares... Tal regresión es un mecanismo, normalmente inconsciente e involuntario, por el que el individuo adopta un comportamiento característico de una edad precedente, para huir de una frustración del momento actual.

Este mecanismo es inducido en parte por el rol que se espera del enfermo, un rol de dependencia, en parte "infantil", en cuanto tiene incluso aspectos comunes muy visibles, como la ausencia de la *privacy*, aspectos de la alimentación, de la higiene personal, del control de esfínteres...

Mediante la regresión, por otra parte, el enfermo nos hace comprender que no consigue mantenerse a la altura de la dificultad que representa la enfermedad y retrocede a situaciones más seguras. Es un mecanismo inevitable, universal, que todo trabajador sanitario debería conocer y comprender en su complejidad.

La regresión se caracteriza por una reducción de los intereses, por un egocentrismo, una dependencia de los otros para satisfacer necesidades primarias, por una hipersensibilidad a las reacciones de los demás, por una vuelta a viejas satisfacciones (orales, por ejemplo), por un pensamiento mágico e ilógico (omnipotencia del médico, de las medicinas...).

Normalmente la palabra regresión nos produce una connotación negativa. Sin embargo, la regresión generalmente es útil, e incluso necesaria para defenderse de la ansiedad. Es útil especialmente en caso de terapias difíciles en las que interesan una cierta pasividad del enfermo, un comportamiento de dependencia y sumisión. Pero, naturalmente, no hay que fomentarla más de lo necesario, pues puede disminuir la responsabilidad del enfermo y su propia capacidad de reacción a la enfermedad.

Algunos enfermos se mantienen demasiado en la regresión porque obtienen los "*beneficios primarios*", es decir la enfermedad supone para ellos la solución a una necesidad o un deseo escondido, como llamar la atención, ser el centro, deseos en cierto modo inconscientes e inconfesables; o bien los "*beneficios secundarios*", que son aquellos factores que pueden fa-

vorecer el adaptarse a la enfermedad y llevarla a hacerse crónica porque no se desea la curación, que significaría una autonomía y una responsabilidad ante la realidad que se presenta difícil o llena de problemas de índole práctico o relacional. Cuando la fijación en los beneficios secundarios es muy fuerte, el enfermo parecerá un "niño viciado" o un "tirano doméstico"²⁰, exigiendo que toda la familia esté a su servicio y que todos sus deseos –incluso los más pequeños– sean satisfechos inmediatamente. Su exagerada dependencia hace a los demás esclavos. La respuesta del que le asiste fácilmente corre el riesgo de ser demasiado fría o demasiado protectora. En términos del Análisis Transaccional, es necesario promover de una forma "adulto" el "adulto" que hay en el paciente, no promover un comportamiento de "niño" desde una actitud "paternalista".

4. Identificación

Mediante la identificación, una persona asume las características de otra, intenta actuar como otra, haciendo propios sus valores, sus actitudes, sus modos, etc. En el caso de la enfermedad, todo esto se refiere a los comportamientos como enfermo, a la solicitud de ayuda.

Una motivación para que se desencadene este mecanismo puede encontrarse en el sentimiento de culpa: hacer propios los sufrimientos y los síntomas de una persona "odiada" puede servir como "justo o merecido" castigo para anular el sentimiento de culpa. Un ejemplo, en este sentido, es el del paciente que desarrolla una inexplicable insuficiencia respiratoria y dolores en el pecho después de la muerte de su madre como consecuencia de una enfermedad pulmonar²¹.

Respetar el comportamiento defensivo del enfermo no es sinónimo de ocultar la verdad o caer en su dinámica, sino que significa reconocer la necesidad que éste tiene de reaccionar ante el peligro que está viviendo. Esto no quiere decir que haya que potenciar los mecanismos de defensa sistemáticamente. Respetar las reacciones del enfermo significa conocerlas y no responder sistemática y encarnizadamente con mecanismos semejantes.

Ciertamente, tales mecanismos pueden encontrarse también en los familiares del enfermo,

o bien éstos pueden requerir o solicitar ayuda o algunas indicaciones ante la dificultad de aceptar las reacciones o mecanismos de defensa de su enfermo.

Es siempre difícil prever cómo reaccionará una persona ante la enfermedad. Podríamos decir, ciertamente, que la reacción ideal, desde el punto de vista psicológico, es la *adaptación* a la situación crítica con actitud de lucha contra el mal.

La adaptación, para ser positiva no tiene que ser una adaptación pasiva o una sumisión a la enfermedad, sino una actitud flexible y equilibrada que permita al enfermo conservar los propios valores y autorrealizarse en medida compatible con las limitaciones impuestas por la enfermedad, cambiando su modo de comportarse habitual, sin que esto signifique entrar en una crisis que disgregue a la persona totalmente.

La experiencia de la enfermedad obliga al individuo a razonar y a adoptar el *principio de realidad*, en lugar del principio del placer, que funciona frecuentemente. En este sentido se puede decir que la enfermedad puede ser una ocasión para madurar, aunque no lo es necesariamente.

En el proceso de adaptación a la enfermedad podemos decir con Iandolo²² que se produce una especie de "*retraso*" de la *adaptación psicológica* en relación a la evolución física de la enfermedad. Durante el primer período, el funcionamiento sociopsicológico puede persistir en los niveles habituales, porque el paciente intenta negar su situación. Durante la convalecencia, la mejoría física se verifica normalmente antes que la psicológica. Durante un tiempo el enfermo puede permanecer en un estado de regresión.

Un papel importante en la adaptación a la enfermedad lo ejerce la familia, la cual puede vivir una especie de "*contagio psicológico*" de las reacciones del enfermo, y en otras ocasiones serán sus reacciones las que tiendan a "contagiar" al enfermo.

No se puede ayudar de modo válido y significativo al enfermo si no se trabaja contemporáneamente teniendo presente a la familia y sus reacciones. En algunos momentos, "perder el tiempo" ayudando a la familia es el mejor modo de ayudar al enfermo.

La finalidad de conocer y ser capaz de dar nombre a las reacciones del enfermo o de las personas que les rodean es siempre aumentar la capacidad de comprensión de tal experiencia,

²⁰ Cfr. Sandrin L. y otros, o.c., p. 53.

²¹ Para la exposición de los mecanismos de defensa nos hemos inspirado fundamentalmente en Sandrin L. y otros, o.c., pp. 30-46 y en Giovannini D. y otros, o.c., pp. 88-95.

²² Iandolo C., "L'assistenza...", o.c., p. 47.

porque ésta, si transmitida debidamente, es ya una buena ayuda prestada.

Necesidades del enfermo y de la familia

Junto con el análisis de las reacciones propias del enfermo y de los familiares ante la enfermedad es conveniente subrayar las necesidades desde el punto de vista psicológico y relacional. Abraham Maslow, un psicólogo definido como el padre espiritual del humanismo americano, ha clasificado las necesidades del hombre de forma jerárquica: de las necesidades fundamentales para la vida a las más elevadas o espirituales. El considera que el individuo puede pasar al nivel superior sólo cuando ha satisfecho (más precisamente "gratificado") suficientemente las necesidades del nivel inferior²³.

La escala de Maslow es un intento de describir las principales motivaciones que pueden cambiar de individuo a individuo, en relación a distintos factores, como, por ejemplo, la situación concreta.

La escala propuesta por Maslow es la siguiente:

- Necesidades de autorrealización
- Necesidades de estima
- Necesidades de amor
- Necesidades de seguridad
- Necesidades fisiológicas

En la base²⁴ encontramos las necesidades *fisiológicas*. Son fundamentales y las más prepotentes de todas. Estas se refieren a la supervivencia del individuo. Son necesidades como: hambre, sed, reposo, sueño, calmar el dolor, etc. Si no son satisfechas, todas las demás necesidades, aunque más nobles y espirituales, quedan en la sombra. La asistencia psicológica puede tener éxito sólo si las necesidades fisiológicas fundamentales son satisfechas. Solamente entonces surgen las necesidades típicamente humanas: de orden afectivo, psicosocial, ético o religioso.

Detrás de estas necesidades pueden esconderse otras más elevadas (por ejemplo una persona que cree sentir hambre, puede ser una persona que busca una mayor protección y consuelo).

Más arriba, en la escala, se encuentra la necesidad de *seguridad*. Es la *necesidad psicológica fundamental* y se expresa en la búsqueda de familiaridad, de estabilidad, de información y de protección contra el peligro. En nuestro caso, el peligro está constituido por la enfermedad, por el dolor, por la amenaza de la muerte, pero puede ser acentuado por el hospital, vivido frecuentemente como "campo enemigo".

El enfermo en el hospital vive la inseguridad producida por mil factores: la misma enfermedad, la novedad del universo hospitalario, la ignorancia de sus leyes, la separación de los familiares, la dificultad de identificar o conocer a los médicos, enfermeras u otros trabajadores que se mueven a su alrededor.

Los factores que satisfacen la necesidad de seguridad del enfermo son, sobre todo, la *información* comprensible y creíble sobre la enfermedad y sus posibles consecuencias, la *confianza* en los asistentes, la *certeza* de que no será abandonado, pase lo que pase, sobre todo por parte de sus familiares.

La frustración de la necesidad de seguridad frena la adaptación a la realidad de la enfermedad y del hospital, aumenta la ansiedad y provoca, frecuentemente, agresividad. Enfermos y familiares, especialmente ansiosos, tenderán a satisfacer esta necesidad incluso mediante regalos y propinas a los trabajadores, que garanticen su asistencia (el no-abandono); enfermos especialmente agresivos quizás lo hagan amenazando con denuncias administrativas o legales.

La enfermedad, como tal, es vivida como la pérdida de las seguridades y en este estado de inseguridad algunos enfermos se dejan llevar por una "vuelta a la infancia". Se descubre que no podemos estar plenamente seguros de la propia salud porque algo en el propio cuerpo se presenta de forma violenta e impone su voz.

El tercer orden de necesidades, según Maslow, está constituido por las de *amor y pertenencia*. Es la necesidad de afecto, de sentirse aceptado y querido. Esta aumenta de modo especial en el período de enfermedad y de hospitalización por el aislamiento relacional y social en que la persona enferma debe vivir. El ingreso en el hospital le rompe las raíces de su territorio y de su ambiente vital. No hay que olvidar que la exigencia de amor comprende ciertamente el recibir, pero también el dar. Dar afecto y amor al enfermo es importante, pero lo es igualmente reconocerle sujeto capaz de amar, cualquiera que sea su enfermedad.

²³ Cfr. Maslow A. H., "Motivazione e personalità", Roma, Armando, 1973.

²⁴ Para la descripción de estas necesidades aplicadas al enfermo seguimos fundamentalmente: Sandrin L. y otros, "Comprender y ayudar al enfermo", Madrid, Paulinas, 1993.

También por la regresión, fenómeno por el cual se vuelve a ser psicológicamente un poco niño, el enfermo tiende a vivir de forma más intensa y exigente esta necesidad de afecto y de amor y en este proceso tiende a identificar al médico con la figura del padre que puede todo y todo lo sabe, y la figura de la enfermera como la madre que debe ocuparse sólo de él. Entre el personal sanitario no falta quien se identifica perfectamente con estos roles, adoptando una actitud paternalista que lleva a mantener al enfermo en una actitud infantil y a frustrarlo en su necesidad de estima. La frustración de esta necesidad es una de las causas más frecuentes de inadaptación del enfermo en el hospital.

Encontramos luego la necesidad de *estima*, la cual es satisfecha si nos sentimos personas competentes, útiles, apreciadas por los demás, si nos sentimos valorados y nos autovaloramos positivamente. La satisfacción de esta exigencia lleva a sentimientos de confianza, de valor... La enfermedad, normalmente, disminuye nuestro nivel de valoración, de modo especial si no es respetada la *privacy*. La pobreza que se experimenta es radical. En el hospital se ve obligado a hacer el rol del enfermo, el cual no es digno de mucha consideración y respeto, ya que se caracteriza sobre todo por la dependencia. El enfermo tiene la impresión de haberse convertido en una persona inútil o incluso en un peso para la familia y para la sociedad.

Y, finalmente, la necesidad de *autorrealización*. Es la necesidad más alta y puede definirse como el "hacer lo que se es capaz de hacer", "ser lo que se es capaz de ser", o al menos sentirse en esta dirección. Esta necesidad se ve especialmente frustrada en la enfermedad, que es vivida como una disminución de la propia identidad, un impedimento a la propia realización. Según Maslow, el hombre encuentra su plena realización en la posibilidad de satisfacer la necesidad de valores y su deseo de trascendencia.

La necesidad de realizarse, en quien no ha perdido la confianza en sí mismo, puede ser el verdadero estímulo para reponerse y retomar las propias tareas y relaciones familiares y sociales, la motivación que empuja a salir del estado de regresión y dependencia que comporta la enfermedad.

Con frecuencia, todas las necesidades psicológicas fundamentales del enfermo están insatisfechas —en mayor o menor medida—, y, por consiguiente, el enfermo vive su correspondiente *frustración*. Y un enfermo frustrado es doblemente enfermo.

REACCIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA RELIGIOSO-ESPIRITUAL²⁵

Son diversas las reacciones que se desencadenan en la estación del dolor o de la enfermedad. Dependen sobre todo de cada persona. Dependen también del momento; es decir, también el enfermo se comporta de manera diferente al inicio que más tarde. Desde el punto de vista de la fe, también tropezamos con un abanico de reacciones de diversas tonalidades.

Diferentes reacciones

La rebeldía en la enfermedad

Hay enfermos que se dirigen a Dios desde la rebeldía, como lo hace el salmista cuando expresa sus sentimientos con estas palabras:

"Deja ya de golpearame,
que sucumbo bajo los golpes de tu mano (...)
Escucha, Señor, mi grito suplicante,
presta oído a mis llantos y no te hagas el sordo,
pues yo soy un invitado tuyo;
un huésped, como todos mis padres.
Aparta tu mirada, que tenga yo un respiro
antes de que me vaya y deje de existir" (Sal 39, 11, 13-14)

La madre de una enferma disminuida psíquica —Janine Chanteur— narra su experiencia ante la dificultad de integrar a su hija en una vida social normal, con estas palabras: "La muchacha ha cumplido dieciocho años, las instituciones han cerrado sus puertas. Dios no la ha asesinado. La ha echado al mundo desnuda, incapaz de vestirse. Es algo que le importa un comino"²⁶.

Tristeza

Otros enfermos se dirigen a Dios desde la tristeza producida por los males que les aquejan. Manifiestan sentirse atrapados, abandonados, dejados de su mano y de la de los seres queridos. Algo así expresa el salmista con estas palabras:

"Mi vida está al borde de la sepultura;
contado entre los que bajan a la fosa,

²⁵ Cfr. Bermejo J.C., "El cristiano y la enfermedad", Barcelona, CPL, 1994.

²⁶ Chanteur J., "Los hijos de Job. Crónica de una infancia dolorida", Estella, Verbo Divino, 1993, p. 53.

soy como un hombre acabado:
relegado entre los muertos,
como los cadáveres que yacen en la tumba,
aquellos de los que no te acuerdas más,
que están arrancados de tu mano.
Me has echado en lo profundo de la fosa,
en las tinieblas, en los abismos;
sobre mí pesa tu furor,
con todas tus olas me hundes.
Me has alejado de mí a mis conocidos,
me has hecho para ellos un horror,
cerrado estoy y sin salida,
mi ojo se consume por la pena" (Sal 88, 4b-8a)

Rechazo de Dios

Otra actitud ante la enfermedad es la del rechazo de Dios. No es posible que no sea sensible, que no intervenga; no es posible que haya creado un mundo en el que, como precio para la armonía, haya que pagar un precio tan alto como el que comportan algunas enfermedades. En todo caso, aun aceptando a Dios, no se acepta este mundo creado por El. Es la situación expresada por Dostoievski en "Los hermanos Karamazov":

"No. Deja que te diga en pocas palabras que el resultado final de este mundo de Dios yo no lo acepto aunque sé que existe, pero no lo reconozco. No es a Dios a quien no acepto, intenta comprenderme, es el mundo por El creado lo que no acepto y no puedo aceptar. Me explicaré mejor: estoy convencido como un niño que el dolor se curará y desaparecerá (...). Sí, sí, que todo esto suceda, que sea como quiera, ¡pero yo no lo acepto y no lo quiero aceptar! (...) Si es justo pagar un precio tan alto para que haya armonía, mi bolsillo no me permite pagar un billete de entrada tan caro. Por eso, en seguida lo devuelvo (...) No es que no reconozca a Dios, Alesia, sino que muy devotamente le devuelvo mi billete de entrada."

Fatalismo

Si cabe, aún con más frecuencia nos encontramos con reacciones fatalistas: "Antes o después nos toca a todos", "era el destino", "todas las desgracias me tocan a mí", "hoy me toca a mí, mañana te toca a ti", etc. Es la reacción de quien se siente abandonado a lo inevitable, desanimado ante lo inexplicable o absurdo. Quizás sea el modo de negar la pregunta por el sentido, el modo de reprimirla o de no afrontarla real-

mente. En otras ocasiones, más que tratarse de una reacción pasiva, es índice de aceptación poco reflexiva o elaborada de la condición de limitación que caracteriza la naturaleza humana.

Comercio con Dios

Encontramos también quien, en medio de la enfermedad, se dirige a Dios comerciando con El; es decir, pidiéndole la salud a cambio de una conversión o, de forma más o menos sutil, diciéndole lo que debe hacer para que las cosas –el universo personal, el mundo vital, afectado por la enfermedad– tomen buen curso y se arreglen. A veces parece percibirse en algunos modos de orar este pensamiento: nosotros hacemos un favor a Dios y El nos hace un favor a nosotros.

Es como si se dijese: haré algo bueno por Dios para que me quiera y me cure. Un modo más o menos sofisticado de quitar a la fe su esencia de gratuidad. En el fondo, un modo de contradecirse porque mientras afirmamos que somos creados y dependemos de Dios, querríamos que Dios dependiese de nosotros haciendo lo que nos parece que nos conviene (devolviéndonos la salud) o explicándonos de manera aceptable, racional, cuanto no entendemos.

Gracia en la desgracia

Tampoco faltan, en medio de la enfermedad, reacciones paradójicas que brotan de la experiencia del descubrimiento de nuevos valores en medio de la enfermedad y de la limitación, hasta el punto de llegar a decir, por ejemplo: "Desgraciadamente he tenido la suerte de estar enfermo", como ha escrito Jesús Burgaleta. O, más difícil de comprender aún, encontramos quien expresa su experiencia con palabras como éstas: "No hay duda; en mi caso la enfermedad de los tres últimos años y medio ha sido un gran 'regalo' de Dios. Sólo el Señor y yo sabemos lo que ha supuesto de bien, de bienes para mi vida personal, para mi trato y relación con los demás. (...) La enfermedad me ha transformado. No, no ha sido un castigo de Dios; ha sido un regalo, un don precioso de Dios, de mi Padre Dios. Es cierto que yo no sé explicar el misterio del mal en el mundo, pero sí que he experimentado el valor humanizador y santificador del sufrimiento. Nadie me lo puede negar, pues yo he tenido experiencia de ello. ¿Cómo es esto así? Yo no lo sé, pero lo es. ¡Bendito sea Dios!"²⁷.

²⁷ Bellido F., "Enfermedad, ¿castigo o regalo?", en: "Iglesia viva", 1994 (169), p. 78.

Son numerosas las diferentes reacciones ante la enfermedad. Tantas como enfermos, porque son realmente personales. Nada más íntimo que el modo de experimentar el propio dolor. No es tarea nuestra valorar, enjuiciar las diferentes reacciones ante la enfermedad. Tomamos, por ahora, conciencia de las interpelaciones que provienen de las diferentes reacciones.

Intentos de respuesta

En el intento de ayudar al enfermo o de comprender el porqué del sufrimiento, a lo largo de los siglos se han ido dando diferentes respuestas, algunas de las cuales siguen siendo utilizadas hoy por enfermos, familiares y profesionales sanitarios. Un ejemplo de la búsqueda afanosa de comprensión y de intento de ayuda lo tenemos en el libro de Job. Es un precioso libro bíblico en el que el hombre sufriente de siempre (Job) manifiesta sus sentimientos, sus quejas a Dios, en medio de un dolor atroz producido por las progresivas pérdidas, incluida la de la propia salud. En él, como en un teatro, aparecen varios amigos que intentan ayudar con palabras y razonamientos que están en sintonía con la cultura y la teología de entonces.

Lo cierto es que Job, después de escuchar a sus amigos, que se han acercado a él para "condolerse y consolarle" (Jb 2, 11), tiene mucho que reprocharles: "Me han defraudado mis hermanos lo mismo que un torrente, igual que el cauce de torrentes que pasan: en ellos la nieve se escondía; pero al llegar la estación seca se evaporan, en cuanto hace calor se extinguen en su lecho" (Jb 6, 15-17). Como tantos enfermos a los que los cristianos intentamos consolar, Job no experimenta la cercanía y el apoyo de sus amigos porque no siente que sus palabras o gestos salgan del corazón. Más bien, les llega a decir que todo son palabras. "También yo podría hablar como vosotros, si estuviérais en mi lugar; contra vosotros ordenaría discursos, meneando por vosotros mi cabeza; os confortaría con mi boca y no dejaría de mover los labios" (Jb 16, 4-5).

Job da a entender que no hay posibilidad de que razonamiento alguno le consuele. A sus amigos les percibe como teólogos fríos e insensibles que presentan "buenas razones", pero ninguna de ellas le sirve. Algo así como a los amigos de Job puede pasarnos a nosotros cuando nos acercamos al enfermo o cuando queremos comprender nuestros propios males. Quizás recurrimos, más de una vez, a razonamientos teóricos con la esperanza de que éstos aplaquen el sufrimiento.

Sufrimiento y pecado

Entre los razonamientos más usados por los cristianos encontramos la teoría que presenta el sufrimiento como consecuencia del pecado original. Formulada tradicionalmente y malentendida, se afirma: "El hombre debe pagar; por eso sufre. El plan primitivo de Dios no incluía ningún sufrimiento. Pero el primer hombre pecó, y ese pecado, en el origen de la humanidad, mereció el castigo de Dios". Esta es una formulación arcaica y abstracta. En realidad, Adán, el primer hombre (o los primeros hombres) brotó como humilde criatura de la animalidad anterior y, en continuidad con ella, vive en medio de la fragilidad de los seres vivos. El relato del pecado original, de nuestra condición de libertad y vulnerabilidad, no intenta dar una respuesta al porqué del sufrimiento ni se refiere a un hecho histórico-físico. Ninguna desgracia terrena debe ser leída como enviada por Dios para castigar.

Con la evolución del concepto de solidaridad, encontramos, también en la Biblia, la idea de que unos pueden pagar por otros. Es la teoría de la retribución (el que la hace la paga, recibe el mal que le corresponde) ampliada. Un proverbio reprobado por el profeta Ezequiel sintetiza bien la teoría: "Los padres comieron el agraz, y los dientes de los hijos sufren la dentera" (Ez 18, 2). No es este un buen camino para intentar comprender, desde la fe, el sufrimiento.

Efectivamente, muchos comportamientos humanos sabemos que tienen como consecuencia lógica, natural, una alteración de algún órgano o función de nuestro cuerpo o de nuestra mente. Ello nos permite comprender que existe una relación entre comportamiento y enfermedad. Pensemos únicamente en el abuso de alcohol o de tabaco y en costumbres malsanas como dietas pobres en verduras o poco variadas. En este sentido, algunas enfermedades permiten establecer una relación *natural* con el comportamiento precedente. Pero esta relación no es causa segura y universal: no todos los que se comportan de la misma manera padecen la enfermedad.

Hay, por tanto, una cierta responsabilidad personal en quien provoca, con sus excesos o faltas de respeto, sufrimiento a sí mismo o a otros; pero aun así, no podemos leer el sufrimiento como un castigo en la intención de Dios. No estaríamos hablando del Dios de Jesucristo. Jesús mismo se negó a explicar la enfermedad del ciego de nacimiento como una consecuencia de un pecado suyo o de sus antecesores. A la pregunta "¿quién pecó, él o sus padres, para que haya nacido ciego?", Jesús respondió

de manera extraña, como invitando a que sobre el hombre ciego, dada su debilidad, se debía manifestar de modo especial la solidaridad de los hombres saliendo en su ayuda como reflejo del amor de Dios: "Ni él pecó ni su padre; es para que se manifiesten en él las obras de Dios" (Jn 9, 2-3).

Sufrimiento y purificación

Otro intento de respuesta que se nos ofrece pretende resaltar la finalidad educativa del sufrimiento como una prueba enviada por Dios. El sufrimiento, según esta teoría, tendría como fin educar al individuo, y el sabio debería apreciar su valor. "Dios reprende al que ama" (Pr 3, 11) es la síntesis de esta línea de pensamiento. El sufrimiento, para los hebreos, tiene una finalidad educativa, especialmente porque abre a quien sufre a un reconocimiento de Dios mediante la petición de ayuda. En el fondo, estamos ante una derivación del pensamiento antedicho, afirmando, en este caso, que los sufrimientos enviados por Dios derivan de su amor, más que de su cólera, y que tienen la finalidad de posibilitar que el hombre sea mejor, que corrija su conducta. El sufrimiento llega a ser considerado como una medicina o purificación.

Si bien es cierto que la enfermedad puede generar salud en el plano integral, y que, con ocasión de la enfermedad la persona puede descubrir nuevos valores y hacerse más humana y más cercana a Dios, es cierto también que puede embrutecer y alejar al hombre de Dios. El Dios de los cristianos no es un Dios que intervenga caprichosamente saltándose el respeto a la libertad para probar a una persona o a un grupo, mediante la enfermedad o el sufrimiento. Menos aún es un "sádico" que quiera comprobar la fidelidad del creyente enviando dolor y dificultades. Además, ¿qué tipo de prueba o purificación serían el sufrimiento y el dolor de los niños o el de los que no pueden reaccionar, como los enfermos mentales o inconscientes? Otra cosa es afirmar que el cristiano, aun en medio del sufrimiento y de la enfermedad, está llamado a ser fiel al Dios Padre cercano, y a un proceso constante de conversión y de crecimiento y maduración personal. Lo haga con ocasión del sufrimiento o con ocasión de las experiencias de felicidad y gratuidad, importa menos. Y, en todo caso, sintiéndose atraído por Dios, el hombre, así como la naturaleza, son respetados en su libertad, no forzados mediante pruebas agresivas enviadas por Dios.

Sufrimiento y sustitución: ofrecimiento

Más elaborado aún puede ser el intento de explicación de la enfermedad o del sufrimiento en general como "sufrimiento vicario", es decir, sustitutivo, satisfactorio para Dios. Apoyados en la figura del Siervo de Yavé (cuya imagen no necesariamente hace referencia a un individuo concreto, cf. Is 40, 6-9; 52, 13-53, 12) se leería el sufrimiento como una expiación por la culpa de otros, como una sustitución de la pena que les correspondería a los injustos y pecadores y que no la pagan. El "dios de la satisfacción", interpretando de esta forma, sería un "dios esquizofrénico": por una parte justiciero y por otra misericordioso; y el sufrimiento de Jesús quedaría reducido a una reparación formal de unas leyes que parecen "muy humanas": el deber de pagar.

Lo que sucede con este intento de explicación es que utilizamos palabras que hoy no son entendidas en sus sentido originario. Así, la expiación sería más bien una actitud de Dios que no castiga o cobra el precio del pecado, sino que quiere ofrecerse para que el hombre se deje reconciliar con Dios: es un acto gratuito de Dios que no implica directamente práctica penitencial, ni sufrimiento, ni reparación. Mal utilizadas, las palabras "expiación", "sustitución", "reparación", nos llevan a presentar una imagen de un "dios inhumano" en lugar de un Dios cercano y que se deja alcanzar. Desde la perspectiva en que la salvación es entendida como victoria de la afirmación amorosa de Dios para con la humanidad, las ideas de expiación y sacrificio son superfluas o incluso contraproducentes en la comprensión de la fe, si no son colocadas en su justo significado.

Por tanto, ante la experiencia de un Dios misericordioso y cercano, cuyo Hijo se manifiesta luchando contra la enfermedad y el sufrimiento mediante su dedicación a la actividad terapéutica, ¿qué sentido tiene la expresión "ofrecer los sufrimientos a Dios"? ¿No sería esta una actitud mediante la cual el hombre quisiera comprar a Dios el bien a cuenta de ofrecerle el esfuerzo que le supone padecer, algo que en sí mismo es un mal, como la enfermedad? "Señor, te ofrezco mis sufrimientos por los misioneros de Ruan-da". ¿Qué significa esta expresión? ¿Qué actitud es esta de ofrecer a Dios un mal (a Alguien a quien se quiere se le ofrece un bien o la propia vida) por otros que ya están ofreciendo su vida por amor (¿no para buscar el dolor!)? Dios quiere un corazón tierno y sensible más que sacrificios y sufrimientos. ¿Será sólo problema del

lenguaje o habrá que purificar también las actitudes?

Seguramente, en cuantos suelen usar esta expresión: "ofrecer los sufrimientos a Dios", hay algo sano, rescatable, en sintonía con el mensaje del Evangelio. Seguramente se trata de un deseo de vivir en comunión con Dios y con los demás hombres (de modo especial con los que sufren), aun en medio del dolor. Es decir, un signo de fidelidad que se traduciría en la actitud: "Señor, aun en medio de la enfermedad, me siento miembro de la humanidad dolorida y siento que Tú estás ahí y a Ti me dirijo en actitud de fe activa, de diálogo". Ahora bien, si este es el contenido de tal expresión, ¿por qué no manifestarlo así y no con expresiones que confunden y tergiversan la actitud inicial de deseo de comunión?

En otras palabras, si con "ofrecer los sufrimientos a Dios" queremos decirle a nuestro Padre que nos sentimos en relación con El, ¿por qué no le decimos realmente lo que sentimos y purificamos este lenguaje de oferta para conseguir algo bueno? Lenguaje comercial, lenguaje dolorista.

Completar los sufrimientos de Cristo

No faltará quien, cambiando de actitud y comprendiendo que Dios no espera de nosotros los sufrimientos como oferta agradable (sería un "dios sádico", sediento de la sangre de sus hijos), apele en seguida al conocido —y manido también— texto de San Pablo: "Ahora me alegro por los padecimientos que soporto por vosotros, y completo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo, en favor de su Cuerpo, que es la Iglesia" (Col 1, 24). Así alguno vendría a decir que tenemos que completar los sufrimientos de Cristo con nuestras enfermedades, ofreciéndoselas a Dios para la Salvación del mundo. Nada más lejos de la intención de Pablo que este modo de entender el texto. El apóstol está hablando del sufrimiento ministerial, es decir, de lo que le cuesta llevar a cabo la proclamación del mensaje evangélico y la construcción del Reino. Lo que está completando Pablo no es un ofrecimiento de sufrimiento por enfermedad a un Dios insaciable, deseoso aún de más sangre para que tenga lugar la salvación, sino que completa una praxis iniciada por Jesús de lucha contra todo mal y que, en cierto sentido, va contra corriente respecto de la del mundo, por lo que padece tribulaciones. No olvidemos que no es el sufrimiento en sí mismo el que salva, sino el amor. El sufrimiento en sí mismo en una des-

gracia (SD 28). Es el amor el que salva, el amor que se realiza a pesar del sufrimiento o a causa del sufrimiento, y que participa de la gracia salvífica cuando, de alguna manera, está unido a Cristo.

Naturalmente, el cristiano, aun en medio de la enfermedad, puede sentirse partícipe de la misión salvadora de Cristo, pero no en la medida en que sufre, sino en la medida en que, aun en medio del dolor, participa en la actividad apostólica de Cristo, es decir, vive como agente evangelizador.

En último término, la afirmación de Pablo sería extensible a todo cristiano que crea con el apóstol que "no soy yo, sino Cristo quien vive en mí" (Ga 2, 20), en cuanto que el propio sufrimiento, de alguna manera, nos ha sido "expropiado" por Cristo (Mt 25, 31-46), y El es, en cierto sentido, el sujeto de todas las acciones vitales del cristiano. Bajo este prisma, nunca podremos medir la utilidad o inutilidad de un sufrimiento (ni el de un niño, un disminuido o una persona inconsciente) que no puede ser vivido en amor fiel; como tampoco podemos medir sus repercusiones positivas o negativas sobre el individuo y sobre la colectividad. Por eso, la solidaridad con Cristo que lucha contra el dolor y se mantiene fiel en el dolor, sin explicarlo, es la actitud propia del cristiano, lo cual se traduce en la vivencia del amor en toda circunstancia y contra todo mal.

Sufrimiento y naturaleza en evolución: libertad

Otro intento de explicación racional del sufrimiento, y de la enfermedad como una de sus formas, consiste en apelar a la libertad humana prefigurada en la naturaleza mediante las leyes de selección natural o de imperfección. La condición a la que Dios ha querido someterse por amor, es decir, la de crear un ser libre, el hombre, capaz de amar, implicaría una naturaleza limitada, contingente, en evolución.

Con agudeza lógica y reflexiva ha escrito Greshake: "Que haya cosas como el cáncer, afecciones virales, aborto, accidentes, catástrofes provocadas por aluviones y cosas parecidas es una consecuencia necesaria de que la evolución se realiza como esbozo preparatorio de la libertad, de forma no determinada, no necesaria, no establecida, sino en el juego, en probar y volver a probar las distintas posibilidades en la casualidad. La creación, cuyo fin es la libertad de la criatura, no tiene la forma de un orden estático establecido y dispuesto a priori, sino que es algo dinámico, algo no determinado,

algo juguetón. Pero con esto se da necesariamente lo negativo, lo desintegrado, lo no-conseguido, la cantidad de 'productos desechables', en suma, todo lo que produce dolor"²⁸.

Según esta aparente tranquilizadora explicación, el sufrimiento no sería sino el precio de la libertad, el precio del amor. Pero, además de que la persona experimenta siempre este precio como desproporcionado o demasiado alto, injusto (por tener que "pagarlo" precisamente él), esta explicación sacia poco la sed de sentido del sufrimiento.

En último término, todos los intentos de explicación aquí presentados adolecen del mismo mal: son parciales y de corte racional. Intentan explicar la existencia del sufrimiento y de la enfermedad. Pero no es esta la necesidad más imperiosa de quien sufre. Tampoco el mensaje del Nuevo Testamento tiende a dar una explicación sobre la enfermedad o el sufrimiento. En el Nuevo Testamento vemos que Dios no ha elaborado ninguna teoría para explicar la existencia del sufrimiento en el mundo, sino que ha manifestado una praxis en virtud de la cual el sufrimiento queda situado en un contexto luminoso: el contexto de la actividad terapéutica de Jesús que lucha contra el mal, y del Misterio

Pascual que nos presenta la victoria del amor sobre todo mal.

No se trata, pues, de desvelar el misterio, no se trata de buscar un responsable o una solución; porque el misterio, a diferencia del problema, como ha dicho Gabriel Marcel, no es algo que tenga solución porque esté fuera de nosotros, sino que, envolviéndonos, no podemos sino vivirlo.

No es suficiente, pues, un buen razonamiento teológico como habrían pretendido los amigos de Job para consolarle. Lo que verdaderamente ayuda en el sufrimiento es el encuentro personal con los demás y con Dios. La cuestión cambia de enfoque: ya no es el "porqué" el que está en el centro de la atención sino el "cómo" vivir cristianamente la enfermedad, y "quién" está en el fondo de cada persona que sufre.

¿Qué pasa entonces con Dios? ¿Ha quedado liberado de toda responsabilidad? No. El resulta directamente implicado. Dios, que "no se recrea en la destrucción de los vivientes" (Sb 1, 14), sino que se revela en todo momento, como hace comprender a Job en sus diálogos con El, se implica directamente en Jesús tomando parte de la condición humana e insertándola en la vida divina.

²⁸ Greshake G., "Il prezzo dell'amore. Riflessioni sul dolore", Brescia, Morcelliana, 1983, p. 39.

La relación de ayuda al enfermo

La familia y el agente de salud ante el enfermo

Dr. teol. José Carlos Bermejo H.

En los últimos años, tanto la literatura como la formación de los profesionales sanitarios están empezando a dar la importancia que requiere el aspecto relacional. En efecto, en algunas escuelas de enfermería, algunas editoriales y algunos centros de formación están interesándose por la relación de ayuda. En realidad, si el mundo de las relaciones interpersonales es difícil, fuente a la vez de nuestras mayores satisfacciones y de nuestros mayores conflictos, lo es de modo especial cuando la persona con la que nos relacionamos está enferma.

La condición de fragilidad y de necesidad en la que se encuentra el enfermo hace que acercarse a él con pretensión de ayudarlo nos haga experimentar la necesidad de una competencia específica. Con frecuencia nos vemos en situaciones embarazosas que nos hacen percibir de manera intensa esta necesidad. ¿Qué decir al anciano enfermo, ingresado en un centro geriátrico, cuando nos dice que se quiere morir? ¿Qué decir a la señora que está separada por unos pasillos y unas paredes de su hijo, metido en cuidados intensivos como consecuencia de los traumatismos producidos por el accidente?

¿Qué decir a aquel otro que vela a su mujer en sus últimos días y ve cómo se le va lo que más quiere y se empieza a quedar solo? ¿O a aquel joven que está irritado porque dice que a su madre no le hacen caso porque se limitan a darle unas pastillas que no le están ayudando a mejorar para nada? ¿Y cómo relacionarse estos familiares con el enfermo de manera que sean un recurso sanador, un estímulo?

En ocasiones, la situación se nos presenta de manera cruda y fácilmente nos bloquea: "¿Cree usted que llegaré a Navidad?" "Si tengo el niño, nacerá con deformaciones, ¿usted qué haría?" "Esto va peor ¿verdad?" "¿Dónde está Dios que no hace nada?"

Ante situaciones donde la comunicación, la relación con el enfermo, nos resulta difícil, con frecuencia nos descubrimos a nosotros mismos superando el "no sé qué decir" con frases hechas, iguales para todas las situaciones, estereotipos que nos defienden de la angustia y nos permiten salir del atolladero: "Ya verás como todo va mejor poco a poco", "no digas eso, hombre, hay que pensar en otra cosa ahora", "hay que tener paciencia".

Hay otros momentos en los que creemos saber qué decir para ayudar al enfermo en su dificultad, pero él no es un incapaz y lo que nosotros le decimos con el deseo de ayudarlo, él ya lo sabe. No obstante, dejamos bien claro que él es el que necesita ayuda, el frágil, y nosotros los que le conducimos: "Lo que tienes que hacer es tomar fielmente estas medicinas", "lo de menos es el negocio ahora, tienes que operarte y olvidar todas las preocupaciones".

Dificultad, bloqueo, frases hechas, consejos fáciles o autoritarios son algunas de las reacciones que vivimos junto al enfermo. En otras aun dejamos ver tan claramente al enfermo nuestra incomodidad, que se convierte él en ayudante nuestro. Percibe, por ejemplo, nuestro problema a la hora de hablar de lo poco que queda, o de la gravedad de la situación, e instaura él mismo el juego de las mentiras o de la negación para ponérselo fácil, ya seamos familiares o profesionales sanitarios: nos hace creer, por ejemplo, que él piensa que el cáncer se ha curado o, sencillamente, hace planes al margen del evidente progreso hacia lo peor de la enfermedad. Nos viene a decir: "Tranquilos, comportaos ante mí como si yo no supiera nada, así os sentiréis mejor".

¿Cómo ha de ser la relación con el enfermo para que, superando las dificultades que surgen, sea de ayuda? ¿En qué consiste esa competencia relacional que hemos percibido también noso-

tros en algunas personas que nos han ayudado en momentos de enfermedad o dificultad, que nos han hecho sentir bien, aun cuando no nos dijeran lo que nos lo ponía fácil sino que nos removía y nos confrontaba?

COMPETENCIA RELACIONAL

Ser buenos ayudantes, como profesionales o como familiares, no es poseer únicamente muchos conocimientos teóricos sobre las funciones de nuestra competencia o sentimientos positivos que provengan de los lazos familiares. Por todos es sabido cómo no es la mucha Medicina estudiada lo único que hace al médico ser buen médico, ni las matrículas de honor de la carrera lo que hace a la enfermera una buena profesional, o la mucha teología lo que hace un buen agente de pastoral de la salud. Tampoco es el querer mucho al paciente lo que nos dicta el modo de comportarnos ante él para ayudarlo.

La competencia en la relación de ayuda está por encima de los conocimientos teóricos y de los afectos, si bien es cierto que éstos estarán a su servicio, son un elemento fundamental. Así, cabría esperar que el agente sanitario conozca bien su profesión, pero que conozca también el fenómeno de la comunicación, el impacto de la enfermedad en la vida de la persona, tanto a nivel cognitivo como comportamental. Queremos profesionales muy conocedores de las implicaciones psicológicas de las enfermedades, de las reacciones más frecuentes y específicas de cada enfermedad, de los problemas éticos asociados a muchas situaciones y de sus numerosas implicaciones a nivel legal, psicológico y moral. Queremos, por otra parte, una cultura donde todos seamos capaces de relacionarnos de manera eficaz con nuestros familiares cuando se encuentran enfermos.

Para ello no basta saber. No basta tener conocimientos teóricos para ser eficaz en la relación. Es necesario conocer y estar entrenado en habilidades o destrezas para la relación en situaciones de crisis o de necesidad. Es necesario saber poner en práctica los conocimientos teóricos, poseer las habilidades y el entrenamiento para reaccionar exitosamente ante las dificultades del enfermo. En una palabra, es necesario saber hacer, saber comunicar verbal y no verbalmente, saber escuchar y saber callar, saber conducir una conversación que progrese adecuadamente, que sea realmente de apoyo y no de defensa o de huida o de superprotección.

Pero si la relación con el enfermo pretendemos que sea un elemento terapéutico, no indiferente en el proceso de asistencia y cuidado del mismo, habrá que tener en cuenta que los resultados de estudios realizados en el campo de la psicoterapia han mostrado cómo la eficacia de todo proceso terapéutico depende de la calidad de la relación entre el cliente y el profesional, y las actitudes del profesional son la segunda variable que favorece el cambio terapéutico (después de los factores asociados al mismo enfermo)¹.

Así pues, si el ayudante quiere ser competente en la relación de ayuda al enfermo, además de saber y saber hacer, o poseer conocimientos y destrezas para poner en práctica los conocimientos teóricos, deberá trabajar sobre sí mismo e interiorizar las actitudes que le permitan "saber ser, saber estar", es decir, las disposiciones interiores al servicio de las cuales estarán los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas.

En este sentido, las actitudes propias de la relación de ayuda, según la psicología de C. Rogers serían la empatía, la autenticidad o congruencia y la aceptación incondicional, cordialidad o calor humano².

Dice Rogers, a este respecto:

"Los estudios realizados con diversos clientes demuestran que cuando el psicoterapeuta cumple estas tres condiciones y el cliente las percibe en alguna medida, se logra el movimiento terapéutico; el cliente comienza a cambiar de modo doloroso, pero preciso y tanto él como su terapeuta consideran que han alcanzado un resultado exitoso. Nuestros estudios parecen indicar que son estas actitudes, y no los conocimientos técnicos o la habilidad del terapeuta, los principales factores del cambio terapéutico"³.

R.R. Carkhuff, discípulo de Rogers, añadió al planteamiento de relación de ayuda de éste otras actitudes como la concreción, la inmediatez, la autorrevelación y la confrontación⁴, que a nosotros nos gusta ver como destrezas derivadas de las tres actitudes fundamentales propuestas por Rogers.

A estos dos autores (y de modo más indirecto a Maslow, con su teoría sobre las motivaciones y las necesidades⁵ y Frankl, con su reflexión sobre el sufrimiento y su sentido⁶) acuden cuantos pretenden presentar de manera organizada un modo de relación de ayuda centrado en la persona y atento a las necesidades globales de la misma, no sólo una relación de ayuda que satisfaga las necesidades asistenciales del enfermo.

La competencia relacional no es igualmente proponible a los familiares que a los profesionales sanitarios, como tampoco son las mismas las dificultades, pero, en cuanto "modo de ser", hay puntos en común y actitudes de fondo válidas para ambos.

MODELO DE RELACION DE AYUDA CENTRADO EN LA PERSONA

Cuando la persona enferma, no es sólo un órgano el afectado por los agentes patógenos, los mecanismos degenerativos o los traumas, sino que toda la persona queda implicada, desde su cuerpo por completo hasta la capacidad de pensar y de razonar, influida por el dolor o las limitaciones impuestas por la enfermedad, hasta el mundo afectivo, que toma tonalidades emotivas particulares y el mundo social, relacional y de los valores o espiritual, que no puede no ser afectado por la presencia de un huésped experimentado como incómodo en cualquier caso, como es la enfermedad.

Afectada toda la persona, a toda ella hay que prestar atención en la relación de ayuda. Así, hay una gran diferencia entre centrarse en la persona en sentido global y centrarse en el problema. Mientras que centrarse en la persona nos llevará a considerar el impacto subjetivo de la enfermedad en el individuo, centrarse en el problema, en la enfermedad o en una de sus consecuencias a cualquier nivel nos llevaría a descuidar las otras dimensiones de la persona y un abordaje global y eficaz de la situación.

Centrarse en la globalidad de la persona supone que el ayudante sea capaz de percibir el impacto único que la enfermedad tiene sobre cada individuo, el modo particular de responder su organismo, la valoración cognitiva que la persona hace de su situación (su valor simbólico, el significado, el sentido), el efecto sobre las

¹ Chalifour Ch., "La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanista", Barcelona, SG editores, 1993, pp. 176-177.

² Rogers C.R., "El proceso de convertirse en persona", Barcelona, Paidós, 1989(6), p. 65.

³ Rogers C.R., o.c., p. 66.

⁴ Marroquín M., "La relación de ayuda en R. Carkhuff", Bilbao, Mensajero, 1991.

⁵ Cfr. Maslow H., "Motivación y personalidad".

⁶ Cfr. Frankl V., "Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia", Barcelona, Herder, 1987(5).

relaciones con los demás, los numerosos y variados sentimientos desencadenados y los valores en juego o el impacto espiritual y religioso que la enfermedad puede tener sobre el enfermo.

Así, cuando el familiar o el agente de salud entra en la habitación de la señora María, recientemente mastectomizada, deberá estar atento no sólo a la herida que la operación ha dejado en el pecho, sino al significado que para ella en concreto tiene perder un seno, a las implicaciones emocionales, relacionales y espirituales de tal hecho. Así, descubrirá rápidamente el valor simbólico de la enfermedad, el efecto que sobre la señora María tiene la palabra "cáncer", el colorido nuevo que toma su paisaje emotivo, la baja en su autoestima, el influjo en la relación con su pareja y con los demás, la sacudida experimentada al valor estético dado a la armonía del propio cuerpo, la incertidumbre asociada a su futuro, etc.

Por otra parte, centrarse en la persona en la relación de ayuda significa también creer en ella y en sus recursos, considerarla protagonista del proceso de ayuda. También aquí nos resulta útil tener en cuenta los resultados de investigaciones realizadas en el campo de la psicoterapia. Algunas investigaciones muestran cómo las variables fundamentales del proceso terapéutico eficaz son, en primer lugar, los factores asociados al cliente. Más del 65% de los resultados dependen de ello. Los factores relacionados con el terapeuta parecen explicar cerca del 25% de la eficacia y sólo el 10% dependería de las técnicas específicas utilizadas en el proceso de relación de ayuda⁷.

De estos estudios podemos extrapolar la importancia de centrarse en el ayudado en el proceso de relación de ayuda, porque es él el protagonista. Es fácil identificar al enfermo como un inútil y relacionarse con él de manera directiva y cosificante. El modelo de relación de ayuda centrado en la persona tiende a considerar al enfermo en su justa medida, confiando en sus recursos, apelando a su zona sana, a sus cualidades o potencialidades para sanar su herida, para apelar a su curador interior, a su capacidad de reaccionar y afrontar las dificultades por las que pasa.

Apelar a los recursos del ayudado significa establecer una relación de ayuda basada en la confianza en que toda persona está animada por una tendencia intrínseca a desarrollar sus potencialidades manifiestas o latentes y a orientarse por sí, y con el apoyo externo, a la superación

de las dificultades. Por eso, la relación de ayuda se entiende como un proceso que, metafóricamente, se comprende bien con la expresión "caminar con" el ayudado. Incluso aconsejar, entonces, no es fomentar la dependencia, no es dirigir, no es decir al enfermo lo que tiene que hacer, sino un proceso de exploración de la situación del enfermo, de comprensión de la misma, de apropiación responsable y de reacción-respuesta activa estimulado por los familiares o los agentes de salud.

Así, ayudar al enfermo de SIDA declarado a luchar contra una infección oportunista más, no consistirá ni en ignorar la gravedad de la situación ni en dar desde fuera soluciones, motivos, razones que convengan al enfermo sobre la oportunidad de seguir determinado tratamiento, cuanto acompañarle en su proceso único, personal, a descubrir dentro de sí los motivos por los que vale la pena seguir luchando y afrontando las infecciones. Puesto que buena parte de la eficacia de la relación de ayuda depende de los factores relacionados con el ayudante, posiblemente en la calidad de las relaciones que establece con los seres queridos y con los agentes de salud descubra el enfermo nuevos motivos que, interiorizados, pueden hacer que sus precarias condiciones de existencia adquieran pequeñas chispas de sentido. De hecho, es sabido cómo muchos enfermos luchan no por sí mismos, sino porque entienden que vale la pena hacerlo por las personas a las que quieren o les transmiten afecto en la relación.

Así también, aquel cuya enfermedad está en relación con comportamientos poco saludables y que adolecen de respeto a la propia naturaleza y al sano funcionamiento de la misma mediante el abuso, por ejemplo, de tabaco, alcohol, drogas, estilos de vida que favorecen el desarrollo de ciertas enfermedades, encontrará en el ayudante que le respeta incondicionalmente, un estímulo para desencadenar su capacidad de respetarse y cuidarse a sí mismo.

LA RELACION DE AYUDA COMO PROCESO

El encuentro de ayuda al enfermo se viene configurando, a la luz de cuanto se ha dicho, como el despliegue de las actitudes propias y su manifestación y puesta en práctica en la comunicación con el enfermo mediante habilidades o destrezas concretas. Se trata, entonces, antes que nada, de un modo de ser, un modo de estar junto al que sufre, un modo cálido de encuentro

⁷ Chalifour J., o.c., pp. 176-177.

donde se comprende y se reacciona con autenticidad ante el enfermo.

Definir la relación de ayuda como un modo de ser y un modo de relacionarse implica superar ya el obstáculo, por tantos profesionales, citado de la falta de tiempo para estar junto al enfermo para algo más que sobrepase la atención puramente asistencial. El modo de ser no tiene en cuenta el tiempo. Las actitudes no necesitan largas conversaciones para ser vividas.

No obstante, hay circunstancias en el diálogo que superan el mero encuentro para la atención médica o los cuidados de enfermería o asistenciales. Además de ser realizados estos cuidados por personas que han interiorizado las actitudes propias de la relación de ayuda, en dichos encuentros el ayudante tiene la oportunidad de acompañar al enfermo a hacer un proceso de apropiación de su situación, de integración de los límites impuestos por la enfermedad y de respuesta activa y responsable por su parte.

De forma más evidente aún, se configura como proceso de relación de ayuda el encuentro con el enfermo cuando éste insta claramente al profesional a ayudarlo a tomar una decisión. Así, por ejemplo, la enfermera a la que la señora enferma le dice: "No sé qué hacer porque me ha dicho el médico que piense si abortar o no ante el grave riesgo de malformación del feto como efecto de tomar la medicación", tiene ante sí el reto de ayudar a la señora a hacer un proceso de clarificación, comprensión y decisión en su situación conflictiva.

En los procesos de toma de decisiones (no todas necesariamente son conflictos éticos), a la implícita pregunta del enfermo: "¿Qué puede usted hacer para ayudarme?", la respuesta adecuada sería: "Puedo ayudarlo a examinar dónde está usted en este o aquel aspecto de su vida, a aclarar su pensamiento, a valorar lo que ha estado y está haciendo o a decidir formas alternativas de conducta, a establecer objetivos, haciendo cosas nuevas. Yo puedo proporcionar apoyo mientras usted trabaja, puedo alentarle y estimularle"⁸. En los casos en que esta ayuda sea pedida a un familiar, serán ambos los que, afectados por el conflicto, tengan que discernir entre las diferentes posibilidades.

El apoyo, pues, la ayuda ofrecida, consiste en un acompañamiento cuyo proceso abarca una fase descendente inicial y una fase ascendente en segundo lugar. Una fase descendente en

cuanto el ayudante pretende favorecer en el enfermo una exploración del problema y de sus implicaciones, una consideración consciente de la mayor cantidad posible de elementos en juego, porque sólo explorando, prestando especial atención al presente y con una visión longitudinal, histórica y proyectual del momento en que se vive se puede comprender mejor la naturaleza de cuanto se está viviendo y sólo así se puede dar un paso responsable tomando decisiones, que sería el momento ascendente del proceso, el cambio de comportamiento o la apropiación del conflicto o límites experimentados como consecuencia de la enfermedad.

Considerar la relación de ayuda como proceso que pasa de la acogida y la escucha que posibilitan la exploración a las respuestas personalizadas que favorecen la autocomprensión del enfermo de su mundo y la iniciación a la acción, implica superar la tendencia demasiado difundida a responder cayendo en el síndrome del socorrista que interviene rápidamente con la solución impuesta desde fuera. El encuentro con el enfermo, si es realizado según este modelo, cambia radicalmente la tendencia más espontánea. Así, por ejemplo, ante el enfermo que va a ser operado y manifiesta su miedo a la operación, en lugar de intentar ayudarlo única y exclusivamente invitándole a "no experimentar miedo porque no hay motivos para ello", cosa que suena a intervención socorrista, el ayudante acogerá el sentimiento, lo escuchará y más que anestesiarlo o pretender que sea ignorado, realizará con el enfermo un proceso de exploración del sentimiento, de comprensión de los elementos que hacen vivir así la espera de la operación y de responsabilidad ante el mismo. En definitiva, en lugar de decirle impulsivamente "no tengas miedo", hará con él un proceso de integración de su mundo emotivo ante la operación.

Con frecuencia el proceso de la relación de ayuda al enfermo se reduce a comprender lo que vive, acogerlo y transmitir comprensión, porque es así como el enfermo realiza un camino de vivencia de su enfermedad de modo personal, aunque sea a base de mecanismos de defensa desencadenados por la angustia que acompaña al sentimiento de inseguridad y frustración propios de la enfermedad.

LA ACEPTACION INCONDICIONAL O CONSIDERACION POSITIVA EN LA RELACION DE AYUDA AL ENFERMO

La primera actitud para la relación de ayuda es la aceptación incondicional que se traduce en

⁸ Dyer W.W., Wriend J., "Técnicas efectivas de asesoramiento psicológico", Barcelona, Grijalbo, 1980(5), pp. 370-371.

la acogida calurosa del enfermo con sensibilidad humana y con visión positiva del mismo. La aceptación incondicional supone un estar a favor del enfermo por encima de todo, estar por él, por su persona, más allá de sus comportamientos.

Significa tener la mirada puesta en él, que es más que un problema y, por tanto, es una persona con capacidades de reaccionar, con sentimientos únicos que dan unicidad al modo de vivir personal la propia enfermedad. Acoger el mundo emotivo del enfermo es una de las cosas más gratificantes para el ayudado. En efecto, sentir que sus sentimientos, lo más íntimo, no son condenados a vivir escondidos, incomunicados, reprimidos, sino que pueden ser presentados porque son aceptados como tal, hace vivir esponjados, abiertos. Por todos es sabido cómo el mundo de los sentimientos es el modo más íntimo de vivir el propio sufrimiento desencadenado por la enfermedad y cómo la primera expectativa o la necesidad primaria, antes de ser ayudado a vivirlos de una determinada manera o a reaccionar ante los problemas que los desencadenan, es la de ser acogidos sin condiciones. Ser acogido en la propia ansiedad sin ser acusado por experimentarla, ser acogido en la propia tristeza sin sentirse infravalorado por los demás, ser aceptado en los momentos de rebelión ante la imposibilidad de superar las dificultades, etc., son los puntos de partida sobre los que se puede iniciar una relación interpersonal verdadera.

Cuando se acoge incondicionalmente, el enfermo experimenta la calurosa sensación de ser acompañado sin condiciones y de poder caminar juntos a la exploración de cualquier situación, dando nombre a cuanto colorea el paisaje emotivo para así poder afrontar la realidad en la verdad, desde una postura realista, sin necesidad de esconderse detrás de máscaras que oculten la propia debilidad. El enfermo, entonces, se sitúa en la disposición de ser él mismo, pierde rigidez y avanza hacia la creatividad y el protagonismo en su situación.

La actitud de la aceptación incondicional no significa pasividad o ingenuidad en la relación con el enfermo, aprobando como bueno cualquier comportamiento del enfermo, incluso aquellos que no favorecen una sana relación consigo mismo y con los demás⁹, sino acogida y comprensión de la persona justamente en la situación en la que se encuentra y con sus comportamientos.

Luciano Cian ha expuesto con acierto cómo en las situaciones de crisis en las que se vive una dificultad que hace sufrir y que desencadena un conjunto de sentimientos, la primera expectativa del ayudado es la de sentirse acogido en los sentimientos, antes de ser acompañado en la búsqueda de soluciones a las dificultades¹⁰.

La forma más visible y clara de acogida y de aceptación es la escucha activa. Lejos de reducirse a un simple oír o de enriquecerlo con un superficial prestar atención, la escucha es la destreza que permite desplegar y poner en práctica la disposición interior de la aceptación incondicional. Escuchar activamente consiste en utilizar todos los sentidos para captar la experiencia de quien se comunica. Por eso no se escucha únicamente con los oídos sino también con la mirada receptiva, con el contacto corporal acogedor, con la proximidad física adecuada, con la atención al lenguaje no verbal del paciente, con la lectura cautelosa de sus silencios, con la atención al paralenguaje. De aquí que escuchar sea un acto profundo que nace del silencio, es decir, del descentramiento, de la superación de la autoescucha y de la superación de la tendencia a responder inmediatamente defendiendonos de la implicación emotiva o proponiendo rápidamente soluciones.

Una persona necesitada de escucha nos dirige estas elocuentes palabras:

"Cuanto te pido que me escuches y tú empiezas a darme consejos, no has hecho lo que te he pedido. Cuando te pido que me escuches y tú empiezas a decirme por qué no tendría que sentirme así, no respetas mis sentimientos. Cuando te pido que me escuches y tú sientes el deber de hacer algo por resolver mi problema, no respondes a mis necesidades. ¡Escúchame! Todo lo que te pido es que me escuches, no que hables o que hagas. Sólo que me escuches. Aconsejar es fácil. Pero yo no soy un incapaz. Quizás esté desanimado o en dificultad, pero no soy un inútil. Cuando tú haces por mí lo que yo mismo podría hacer y no necesito, no haces más que contribuir a mi inseguridad. Pero cuando aceptas, simplemente, que lo que siento me pertenece, aunque sea irracional, entonces no tengo que intentar hacértelo entender, sino empezar a descubrir lo que hay dentro de mí"¹¹.

¹⁰ Cfr. Cian L., "La relación de ayuda", Madrid, CCS, 1993, pp. 138-140.

¹¹ Cfr. O'Donnel R., "La escucha", en: Pangazzi, A. (ed), "El mosaico de la misericordia. Elementos de relación de ayuda", Santander, Sal Terrae, 1989, p. 43.

⁹ Cfr. Bermejo J.C., "La relación pastoral de ayuda al enfermo", Madrid, Paulinas, 1993, p. 74.

Escuchar, pues, es mantener la conversación centrada en el ayudado y favorecerle un hospedaje en nuestra persona. Centrada en el tú, la relación de ayuda al enfermo no investiga ni explora terrenos que el enfermo se quiere reservar, no fuerza la conversación. Escuchar significa también no hablar, es decir, captar el mensaje enviado por el enfermo de no deseo de conversación. Una presencia silenciosa o el saber retirarse serán oportunos cuando sean fruto de una escucha atenta de las necesidades del enfermo.

Si escuchar es el modo de poner en práctica la actitud de la acogida o aceptación incondicional, para que la escucha pueda tener lugar es necesario saber escucharse y acogerse a sí mismo, es decir, no ser un extraño para sí, sino conocerse y ser consciente y dueño de los propios sentimientos y de las propias reacciones y poseer un buen grado de autoaceptación.

La persona que tenga dificultad en aceptar los propios sentimientos, en percibirse a sí misma susceptible de experimentar todo tipo de emociones, encontrará dificultad para acoger las del enfermo. De ahí, por ejemplo, que la doctora Kübler-Ross dé tanta importancia a lo que ella llama "integrar la propia muerte"¹² para poder mantener abierta la conversación sobre la misma con el enfermo o sobre cualquier cosa con ella relacionada.

La delicada conversación sobre cuanto envuelve a la muerte se torna llevadera y de ayuda para el enfermo si encuentra en nosotros la disposición a hablar abiertamente de lo que le preocupa, de cómo está viviendo su situación. El tan traído y llevado tema de la verdad sobre el diagnóstico al enfermo terminal se reduce en buena parte si se adopta la disposición de compartir y acoger lo que se sabe, porque nadie ignora que muchos enfermos saben su diagnóstico sin habérselo comunicado como tal.

Cuando la doctora Kübler-Ross comenzó su seminario interdisciplinar sobre la muerte y los moribundos, tuvo dificultades para que los compañeros médicos aceptaran permitirle hablar con los pacientes terminales, negando que allí los hubiera o aludiendo a la crueldad de semejante iniciativa¹³. Ella, por su parte, descubrió cómo todos los pacientes estaban dispuestos a entablar una conversación abiertamente. Percibió que con el calor humano y la aceptación incondicional de la experiencia individual de cada uno, los pacientes comunicaban cada vez más sus mie-

dos, sus deseos, sus preocupaciones, sus esperanzas. Y es que la mayor dificultad a hablar de cuestiones delicadas no la tiene el paciente, sino el ayudante que experimenta una especie de pudor y miedo a estar conscientemente ante quien es dueño de la verdad sobre su vida, sobre su futuro. Parece como si una especie de mecanismo de defensa nos llevara a convencernos a nosotros mismos de que la realidad, cuando es dura, lo es menos si no se es consciente o si, siendo consciente, no se verbaliza. Lo cierto es que esto a lo único que lleva es a producir soledades emotivas, enfermos que no comunican su mundo interior porque no perciben la disposición a acogerlo incondicionalmente.

L.V. Thomas ha expuesto las diferentes situaciones que se crean en torno al conocimiento de la verdad en las relaciones familiares y profesionales:

- el "no saber nada", situación en la que el paciente no conoce la gravedad de su enfermedad, mientras que todos los que le rodean lo saben;
- el "sospechar algo", situación en la que el paciente sospecha lo que los otros saben y busca una confirmación o una negación de cuanto imagina;
- el "como si ninguno lo supiera", aunque todos lo saben y ninguno pretende que el otro lo sepa;
- el "todos lo saben" y se comportan abiertamente,
- y por último la situación en la que "el problema no se plantea" porque el paciente no tiene facultades para comprender su situación, como es el caso de los niños¹⁴.

Las relaciones de ayuda oportunas serían aquellas que se acomodan a la situación del paciente y establecen una relación según sus necesidades y capacidades en el estado concreto en que se encuentra, no según la tendencia a negar por la dificultad que el tema plantea a los familiares o profesionales de la salud.

Cuando en la experiencia del enfermo lo que se impone es la pregunta por el sentido del dolor y del sufrimiento, también aquí la acogida supone la renuncia a imponer nuestro punto de vista sobre el dolor ajeno e intentar compartir la inquietud y la falta de sentido. De hecho González Núñez ha escrito:

¹² Cfr. Kübler-Ross E., "Sobre la muerte y los moribundos", Barcelona, Grijalbo, 1993 (3), p. 51.

¹³ Cfr. Kübler-Ross E., o.c., pp. 40-41.

¹⁴ Thomas L.V., "Antropología de la muerte", México, FCE, 1983.

"Hay preguntas que no se plantean para ser contestadas, sino para que ellas interroguen a la persona que las plantea. Le alertarán sobre incertidumbres, incógnitas y misterios que —acompañantes inseparables y huéspedes familiares de la vida de cada día— alberga oficiosamente en su casa. Versan sobre realidades normales y sabidas, como la salud y la enfermedad, el bienestar y el sufrimiento, la satisfacción y la decepción, la esperanza y la desesperanza, el bien, el mal, la vida y la muerte (...) Las preguntas existenciales, vitales y trascendentes no son para ser contestadas sino para ser vividas. Una respuesta objetiva, universal, definitiva, nadie puede esperarla: sería pretenciosa y vulgar, vana y deshumanizadora. La duda y la pregunta, la incógnita y el misterio, el temor y la esperanza son ingredientes irrenunciables de la vida humana (...) Nos interesa su arte de plantearlas, su talante para asumirlas, su sabiduría para vivirlas con temor y respeto. Es quizá el modo mejor de humanizarlas y de que nos humanicen"¹⁵.

El poeta Rocki escribía: "Sé paciente con todo lo que queda sin resolver en tu corazón. Trata de amar tus mismas preguntas. No busques las respuestas que no se pueden dar, porque no serás capaz de vivirlas. Vive tus preguntas porque tal vez, sin notarlo estás elaborando gradualmente las respuestas"¹⁶.

Aceptar incondicionalmente, pues, supone no escaparse con racionalizaciones o abstracciones, sino centrarse en la persona que nos comunica sus sufrimientos; centrarse en el significado que para ella tiene cuanto le acontece.

LA ACTITUD EMPÁTICA EN LA RELACION DE AYUDA AL ENFERMO

El calor y la cordialidad a los que hemos aludido hablando de la consideración positiva del enfermo pudieran ser confundidos con una implicación emotiva con él que sobrepase los límites de una relación de ayuda competente y nos haga encontrarnos con nuestra vulnerabilidad corriendo serios riesgos de quemarnos por exceso de implicación emotiva. Este riesgo lo viven tanto los familiares que llegan a meterse

tanto en el mundo del sufrimiento del ser querido que no se desgastan o agotan en el darse, cuanto los profesionales sanitarios que no encuentran un equilibrio afectivo con los enfermos.

En efecto, algunas veces cuando hablamos de humanización de la asistencia al enfermo y, en concreto, de un trato humano, es fácil pensar que lo que se espera es profesionales sensibles que sean capaces de sufrir con el paciente y tiernos hasta el punto de comportarse como un familiar o un ser querido, o bien familiares que carguen sobre sí el sufrimiento del ser querido hasta el punto de hacerlo tan propio que afecte gravemente a la propia salud. Compartir el dolor del otro, entonces, "puede ser el despliegue de lo que etimológicamente significa 'simpatía' (padecer con), una disposición que llevaría a confirmar o agravar el sentimiento de impotencia vivido por ambos. Sentir dolor cada vez que el enfermo que siente dolor, experimentar angustia cada vez que el enfermo experimenta angustia, sería una locura"¹⁷, sobre todo por parte de los profesionales sanitarios. Por parte de los familiares, no siempre esto es posible evitarlo porque el sufrimiento es compartido como "una sola carne" que son.

El otro extremo, adoptado por quienes en el acompañamiento a los que sufren ya han hecho un largo camino o en quienes dicen abiertamente que no quieren ser afectados por el dolor ajeno porque ellos tienen su vida y tienen que vivirla, sería la neutralidad afectiva, propuesta, por otra parte, a muchos profesionales como mecanismo para defenderse y poder resistir en el contacto frecuente con las situaciones angustiosas y dramáticas.

La cuestión es que la neutralidad afectiva no es posible para personas mínimamente sensibles y la implicación sale a un alto precio personal. ¿Dónde está el equilibrio? El equilibrio es la actitud empática de la que se habla con frecuencia y que no siempre es entendida en su significado propio.

La empatía requiere una introducción en el mundo del enfermo, pero una introducción que no anula nunca la distancia, que no sea una disolución del yo personal en el ajeno, o a la inversa, del yo ajeno en el personal.

La empatía es la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta otra persona, en nuestro caso el enfermo, y comunicar esta percepción con un lenguaje acomodado a los senti-

¹⁵ González Núñez A., "Antes que el cántaro se rompa. Sobre la salud, la enfermedad, la muerte y la vida", Madrid, San Pablo, 1993, pp. 9-11.

¹⁶ Citado por: Pangrazzi A., "La pérdida de un ser querido", Madrid, Paulinas, 1993, p. 107.

¹⁷ Bermejo J.C., "¿Qué hago con mis sentimientos?", en: "Humanizar", 9 (1993), p. 35.

mientos del ayudado. La persona empática es capaz de comunicar clara y explícitamente los sentimientos que el enfermo experimenta de una forma difusa y ambigua.

Cuando el ayudante percibe los sentimientos y significados personales que el enfermo experimenta en cada momento, cuando puede percibirlos "desde dentro", tal como se le aparecen al enfermo y es capaz de comunicarle una parte de esa comprensión, se da la empatía. No se trata, pues, de comprender las razones por las que el enfermo se comporta de una determinada manera o sus reacciones porque también nosotros hemos pasado por una situación semejante, sino que se trata de ser capaz de adoptar el punto de vista del enfermo, su marco de referencia, ver las cosas desde su punto de vista para captar el impacto que tienen sobre él, comprenderlo y hacerle experimentar que nuestra comprensión se ajusta a su experiencia.

Lejos de "meterse en el pellejo" del enfermo para sentir lo mismo que él, se entra con la propia capacidad comprensiva para adoptar su punto de vista. La aceptación de lo que el ayudado vive —dice Rogers— "no significa nada si no implica comprensión. Sólo cuando comprendo los sentimientos y pensamientos que al cliente le parecen horribles, débiles, sentimentales o extraños y cuando alcanzo a verlos como él los ve y aceptarlo con ellos, se siente realmente libre de explorar los rincones ocultos y los vericuetos de su vivencia más íntima y a menudo olvidada"¹⁸.

Empatía es, pues, "penetración en el mundo de los sentimientos ajenos, permaneciendo uno mismo"¹⁹. Por eso, conviene indicar con Casera²⁰ que la empatía debe presentarse como un proceso cuyo análisis de las fases nos permitirá comprender mejor el equilibrio entre implicación y distancia afectiva.

La primera fase sería la de la identificación, es decir el ayudante, movido por interés sincero hacia el paciente se coloca en la mejor actitud para escucharlo y contemplar su experiencia dejándose llevar por lo que el enfermo comunica, olvidándose de sí mismo, penetrando en su campo, identificándose con él en lo que la expresión "también yo, en circunstancias parecidas, he sentido las mismas reacciones y he obrado de la

misma manera" pueda contener y suscitarle. Es una identificación pasajera, en la que por instantes el ayudante, sin dejar de ser él mismo, pero poniéndose entre paréntesis, se deja llevar por el torbellino de experiencias del enfermo.

La segunda fase, a la que se hace referencia con el nombre de incorporación y repercusión, consiste en la conciencia que el efecto de la primera tiene sobre el ayudante. El enfermo se describe, en cierta medida superficialmente, pero el ayudante percibe ideas, sentimientos más ocultos, como la masa de un iceberg, que le hacen verse reflejado en lo que de su interior hay en común con aquella persona o aquella situación que presenta el enfermo. El ayudante recuerda viejas emociones adormecidas que están en estrecha relación con lo que está viviendo el ayudado, que tiene que ver con situaciones reales o imaginarias y posibles. Por la incorporación y repercusión, la observación del ayudado se convierte en observación de sí mismo y cobra especial importancia el principio "si quieres comprender a los otros, mira en tu corazón", de modo que el ayudante descubre sus semejanzas con el ayudado. La yuxtaposición entre mi yo personal y mi yo identificado con el del otro, es fuente de intuiciones liberadoras. La autoobservación es fuente de comprensión de la experiencia del otro.

Y en tercer lugar, la fase de la separación. En realidad, la identificación no se confunde con la fusión, por lo que la distancia o separación se vive desde el principio, desde el momento en que el ayudante decide ponerse entre paréntesis para adentrarse en el mundo del otro. El ayudante ha vibrado ante sus experiencias, se ha implicado, pero manteniendo la distancia que ahora se restablece, si cabe, de manera que interrumpe el proceso de introyección en la experiencia de sufrimiento ajeno. Se restablece así la distancia social y psíquica. Desde la distancia es más posible la objetividad y la reflexión serena sobre la experiencia vivida. Incluso en el acompañamiento familiar es necesario mantener una cierta distancia si no se quiere pagar el precio del desgaste que anule la propia personalidad y la posibilidad de una ayuda continuada. Si no se mantiene una cierta distancia, el ayudante necesitará ayuda también él con la misma urgencia.

Cuando el anciano ingresado nos dice que quiere morir, si realmente no salimos corriendo del camino que nos abre para recorrer un trozo juntos podemos explorar el significado que tal afirmación tiene para él. Entonces, poniéndonos entre paréntesis y viendo las cosas desde su punto de vista, comprenderemos que

¹⁸ Cfr. Rogers C.R., o.c., p. 41.

¹⁹ Cfr. Bizouard C., "De la acogida al diálogo", Bogotá, Selare, 1989, p. 85.

²⁰ Cfr. Casera D., "Mis hermanos los psicóticos", Madrid, Paulinas, 1983, p. 49 ss. Casera resume de: Katz R., "Empathy, its nature and uses", Londres, The free Press of Glencoe, 1963.

está cansado y triste porque sus hijos no vienen a verle, porque va experimentando cada día con más intensidad la pérdida de sus facultades y de su autonomía, y su identidad empieza a ponerse en tela de juicio porque ya no es el que era. Percibir desde su punto de vista esta triple crisis (de pertenencia, de autonomía y de identidad) puede despertar en el ayudante no superficial su experiencia de tristeza y su propia sensación de vaciedad ante los propios fracasos o en los momentos en los que sus capacidades cuentan poco. Este adentrarse en el otro y en sí mismo (sin anular la distancia y dispuesto siempre a restablecerla) permitirá comprender el significado de tal expresión del anciano señor.

Pero la empatía requiere un paso más que la comprensión. Es necesario conseguir que el ayudado se sienta comprendido. De ahí la importancia no sólo de la disposición o actitud empática, sino de las habilidades necesarias para hacer llegar la comprensión. En este sentido, es de gran utilidad, además del lenguaje no verbal, la respuesta reflejo o reformulación, es decir, la comunicación de cuanto el ayudante ha comprendido de la experiencia que está viviendo y expresa el enfermo. Este tipo de respuesta, con frecuencia considerada inútil o incluso contraproducente por quienes no tiene la habilidad de hacer un buen uso de ella, favorece de manera privilegiada la comunicación de la comprensión del ayudante y la autoexploración y autocomprensión del ayudado de sí mismo.

La empatía, naturalmente, es mucho más que un modo de responder en el diálogo con el enfermo, pero en el modo de responder se concreta la disposición interior y mediante las respuestas se puede verificar el grado de comprensión real alcanzado por el ayudante. Si creo haber comprendido la experiencia del enfermo sólo tengo un modo de comprobar que aquello que he comprendido coincide efectivamente con lo que el enfermo está viviendo y éste es expresarlo, porque así es él mismo quien puede corregirme o ratificarme en el camino emprendido.

Más allá de una simple y absurda repetición pasiva de cuanto dice el ayudado, la respuesta empática se situaría entre el reflejo de los sentimientos percibidos en el ayudado y la oportunidad o exactitud del diagnóstico o interpretación propugnada por la escuela psicoanalítica²¹. El mismo Rogers ha dado un valor a la interpretación en el modo de responder en la conversación de relación de ayuda, matizando que sólo

tiene valor en la medida en que ésta es aceptada y asimilada por el ayudado.

En efecto, no es suficiente una mera comunicación de lo que comprendemos de la experiencia del que sufre. Hay situaciones en las que realmente es oportuno inyectar una interpretación que tiene como efecto estimular la toma de conciencia del ayudado de su funcionamiento personal. En realidad, la interpretación es un modo un poco más penetrante de reformular el universo del ayudado que abre espacio a que éste se aclare, comprenda y baraje nuevas claves de lectura de su situación y movilice posibles recursos²².

El modo de responder empático, pues, es aquel que está centrado en la persona y que, en el modo de hacer uso del poder que tiene el ayudante sobre el ayudado, aquél no es directivo, sino facilitador.

La disposición de centrarse en la persona del enfermo, propia de la empatía, además de desplegarse o actualizarse mediante la destreza de responder, se traduce también en la habilidad de personalizar. Con frecuencia uno de los modos de defendernos de la incomodidad de las conversaciones difíciles, de aquellas que se presentan obstaculizadas por distintas problemáticas psicoemocionales y existenciales o versan sobre argumentos delicados, es la tendencia a generalizar o racionalizar. Con ello se intenta desdramatizar, quitar importancia, no se favorece que el ayudado posea su problema. Mediante la habilidad de personalizar en el diálogo de ayuda se pretende que el ayudado no vea su situación como algo ajeno a sí mismo o algo debido meramente a circunstancias ambientales y externas fuera de su control, sino que analice el grado de responsabilidad en el problema, su capacidad para afrontarlo y el grado en que desea realísticamente solucionarlo.

Personalizar significa preocuparse por la persona que presenta su sufrimiento, no por utilizar frases que generalizan y hacen de lo concreto e íntimo motivo para apelar a hechos, dichos y opiniones más generales que despistan del compromiso interpersonal de la verdadera comunicación. Personalizar supone despojarse de muchos principios y convicciones y revestirse de un vacío acogedor. El que personaliza, el que escucha realmente, inspira confianza para abrir el baúl porque no se escandaliza ante lo que oye, sino que admira con sorpresa el maravilloso mundo que no está en el escaparate, sino en

²¹ Cfr. Marroquín M., o.c., p. 95.

²² Cfr. Hétu J.L., "La relation d'aide", Québec, Méridien, 1982, pp. 71-80.

la trastienda de cada uno. Para el que escucha y responde personalizando, una cosa no es importante en sí misma, sino que pasa a serlo por insignificante que parezca, en el momento en que alguien lo cuenta de sí, y por eso no se cae en generalizaciones, abstracciones, racionalizaciones.

LA AUTENTICIDAD EN LA RELACION DE AYUDA AL ENFERMO

La autenticidad o genuinidad es la tercera variable que presenta Rogers para la relación de ayuda. El nos dice: "He descubierto que cuanto más auténtico puedo ser en la relación, tanto más útil resultará esta última. Sólo mostrándome tal cual soy, puedo lograr que la otra persona busque exitosamente su propia autenticidad"²³.

Si la empatía es uno de los polos de la buena comunicación, porque relacionándose con ella captamos el mundo del otro tal como lo vive, la autenticidad es el otro polo. Puede definirse como la capacidad del ayudante de ser libre y profundamente él mismo, excluyendo así la distancia entre lo que siente interiormente y lo que manifiesta exteriormente.

La autenticidad en la relación es algo más que la sinceridad. Abarca la comunicación sincera de lo que el ayudante es consciente y la buena comunicación consigo mismo; es decir, abarca tanto la accesibilidad a la conciencia de todos los sentimientos del ayudante cuanto la disposición a comunicar dichos sentimientos al ayudado siempre que éstos contribuyan a situar la relación en un marco real. El primer elemento supone, por tanto, saber reconocer en nosotros mismos los sentimientos y las reacciones que la relación con el enfermo nos suscita, ya sean positivos o negativos. El segundo elemento no significa que el ayudante deba manifestar abiertamente al enfermo todo su ser, todo su mundo interior, sino que no los niega ni se defiende ni acude a una respuesta aprendida o repetida.

La persona auténtica en la relación de ayuda con el enfermo siente profundamente, es consciente de lo que siente (está bien comunicada consigo misma) y es dueña de la comunicación externa de lo que siente, no aprovechando la relación de ayuda como lugar para expresar libremente todo tipo de sentimientos (incluso la hostilidad) sino aquello que favorezca la profundización en la relación y el progreso del ayu-

dado hacia un mayor dominio y superación de su problemática.

El mínimo al que lleva la actitud de la autenticidad en la relación de ayuda es a evitar aquellas intervenciones que ni siquiera el ayudante se las cree cuando las pronuncia. Pensemos, por ejemplo, en las frases con las que intentamos dar ánimo invitando a esperar tiempos mejores a alguien que nosotros no confiamos en que mejore su salud. Son frases huecas que retumban en el vacío o que ofenden al oído atento.

El ayudante auténtico, pues, tendrá el coraje no sólo de guardar silencio cuando no sabe qué decir, en lugar de llenarlo de palabrería, sino que además se aventurará abiertamente a caminar en medio de la conversación experimentando la inseguridad o la falta de luces ante el problema presentado por el ayudado. Y tendrá el coraje de confesar que no entiende muchas cosas, que también él está envuelto por el misterio y que no posee soluciones a todos los problemas. ¿Qué pasa si aceptamos la realidad en su crudeza y en su relatividad, tal y como es vivida por el enfermo? ¿Qué pasa si renunciemos a minimizar cuanto el sufriente nos comunica y le damos el valor que le da él?

Ser auténticos es disponerse a encontrarse con el niño frágil que nos habita, a resistir el silencio que parece insoportable y a comunicar y ayudar desde la fortaleza y la debilidad, acogiendo la debilidad del enfermo y apelando a la fortaleza que también en él reside.

La autenticidad en la relación de ayuda con el que sufre nos llevará, por tanto, a no decir nunca lo que a todos: "ya verás cómo todo va bien"; no nos llevará necesariamente a comunicar todo aquello que sentimos junto al que sufre, pero sí a mantener una relación que no generalice, que no pretenda sustituir con paternalismos, sino que, con humildad, sea capaz de reconocer y confesar, cuando sea necesario, que "tampoco yo entiendo el misterio del sufrimiento" ni tengo soluciones mágicas a los problemas.

Un interesante testimonio de una enferma nos invita a ser auténticos en la relación:

Amalia, joven enfermera contagiada por el virus del SIDA, escribe en un cuaderno que tiene en la mesilla y que le sirve para comunicar lo que desea, ante la dificultad de hablar. Además, en sus ratos de soledad, escribió este texto:

"Tengo que morir. Lo sé, pero tengo miedo. He visto morir a mucha gente y siempre pen-

²³ Cfr. Rogers C.R., o.c., p. 41.

sé que morir era fácil, y lo es, según creo, pero este miedo a desaparecer bajo tierra es una espina. Me traéis medicinas, me controláis la tensión, me miráis y os miro. Porque quiero adivinar en vuestros ojos, el cariño. Un enfermo resulta, siempre, una persona extraña. Pero cuando el enfermo es una enfermera, como yo, alguien como vosotras, os miráis en mi cama y sentís espanto. Y yo os pregunto: ¿de qué tenéis miedo? Decídmelo, por favor. Soy yo la que se va a morir, no vosotras.

Os veo inseguras cuando entráis en mi habitación. No sabéis qué decir. Y no es el miedo a equivocaros en la medicación lo que os frena. Es que os preocupa. Tened el valor de confesarlo.

A la puerta de este hospital he dejado mi papel de ATS y he entrado sólo como enferma. En casa he dejado todo menos las preguntas. ¿Por qué todo esto? ¿Es posible encontrarle un sentido?

Podéis estar seguras de que nadie, ni yo tampoco, esperamos una respuesta. A menudo me he sentido desilusionada porque no encontraba palabras convincentes para consolar a los enfermos. No las encontramos nunca. Esta es la causa de que nos refugiamos en la rutina.

Ahora, vuestra enferma soy yo. Esperad. No os vayáis. Esto es todo lo que os pido. Lo que me interesa saber es si tendré a mi lado a alguien que me coja la mano cuando lo necesite, porque, os lo repito, siento mucho miedo.

Puede que, para vosotros, la muerte sea una rutina. Para mí es algo nuevo. No sé cómo me veréis. No sois mi espejo. Ni siquiera me dais tiempo para mirarme en vuestros ojos. Es posible que no veáis nada especial, pero yo no me he muerto nunca antes. He amortajado a muchos. Los he dejado que se fueran muriendo, para entrar a lavarlos después. Nunca se me ocurrió que esto de morir fuera algo que sucede una sola vez en la vida.

El otro día os oí cuchichear a la puerta, que yo era joven. Y yo os pregunto: ¿se es realmente joven cuando una se está muriendo?

Entráis y salís de prisa. Habláis a la enferma que tenéis delante, no a Amalia. Le decís lo que a todos: 'Esto va mejor'. Y salís precipitadamente. No quiero robaros vuestro tiempo. Estáis cansadas. Hartas, a menudo, pero ya que estáis dentro, ¿no podríais superar vuestro miedo y cogerme la mano? (...)

A lo mejor, con un poco más de humildad, no resultaría tan difícil morir en un hospital"²⁴.

Desde el realismo en el que se sitúa el ayudante auténtico, puede serle útil el uso de la destreza de la autorrevelación, es decir, de la automanifestación de las ideas, motivaciones, conocimientos, sentimientos, valores, etc., del propio ayudante. Sin pasar a ser el centro de la atención en el proceso, el ayudante se revela a sí mismo, comunica su pensamiento, además de haber comprendido el mundo del enfermo, comunica sus sentimientos, sus experiencias personales, incluso cuando éstos pueden hacer que el enfermo se sienta confrontado.

En efecto, la confrontación es otro modo como se concreta el despliegue de la actitud interior de la autenticidad. Vista así, se superan las resistencias que algunos ven en el uso de la confrontación, refiriendo que puede herir, más que curar, incitar el bloqueo y la negación en lugar de estimular la apertura y provocar la justificación más que la exploración²⁵. Si el ayudante purifica sus motivaciones y está claramente centrado en la ayuda a la persona del enfermo, y no a la satisfacción de la propia necesidad de sentirse reconocido, útil o poderoso en el ejercicio de su rol o profesión, entonces la confrontación denuncia las contradicciones que el enfermo se esfuerza por ignorar y que, en la mayor parte de los casos, son fuente de problemas. Por la confrontación, el ayudante acompaña al enfermo a un responsable desenmascaramiento de las discrepancias, distorsiones, juegos y pantallas de humo que el enfermo usa para huir de su autocomprensión y del cambio constructivo de conducta, y desafía al ayudado a descubrir las encubiertas, subdesarrolladas y mal usadas potencialidades, habilidades y recursos que puede utilizar para examinar y comprender su situación y programar un plan de acción²⁶.

La confrontación en la relación de ayuda al enfermo, si nace de la autenticidad, expresa un profundo deseo de que éste crezca y sobrepase las contradicciones utilizando al máximo los propios recursos. Con su uso, el ayudante da un paso más del que daría Rogers con su "no-directivismo", intentando responder a la pregun-

²⁴ Cfr. Olivera A., "El hospital por dentro. Lo difícil es vivir", Madrid, Atenas, 1993, pp. 122-125.

²⁵ Cfr. Chalifour J., o.c., p. 199.

²⁶ Cfr. Bermejo J.C., o.c., p. 101, citando a Egan G., "The Skiller Helper", California, 1975, p. 158.

ta: ¿qué hacemos con el problema que hemos explorado y comprendido?

Cibanal, centrándose en la relación entre los profesionales de enfermería y los enfermos, apunta interesantes pistas para todo agente de salud sobre los contenidos de la confrontación. Responde con la siguiente lista a la pregunta sobre qué es lo que se ha de confrontar²⁷:

- Toda actitud o comportamiento destructor dirigido hacia sí mismo o hacia los otros.
- Las incongruencias entre el lenguaje verbal y el no verbal; entre lo que se dice y lo que se da a entender.
- La manera de ver la realidad frente a otras formas de abordarla.
- El no respeto a las reglas establecidas o aceptadas durante la conversación cara a cara.
- Los desconocimientos o falsos conocimientos que puedan subyacer en lo que el paciente dice.
- La subestima o sobreestima de la situación de las otras personas o de sí mismo.
- Las exageraciones.
- Los juegos en la relación interpersonal.
- Las generalizaciones, distorsiones o eliminaciones en la consideración del problema.
- Los comportamientos que se derivan de mensajes estereotipados (por ej. "debes agradar a todo el mundo", "no hay que depender de nadie", etc.).
- Las huidas y el rechazo de la responsabilidad.
- Las necesidades no reconocidas o no satisfechas.
- El contenido de lo que el enfermo comunica y la distancia o desproporción exagerada con el sentimiento que experimenta, etc.

Una buena confrontación debe ser siempre específica, propuesta, darse en el momento oportuno, normalmente en un estadio avanzado de la relación de ayuda, cuando se ha conseguido instaurar un cierto clima de confianza y el ayudante de salud se siente suelto a la hora de manejar con padronazgo las posibles reacciones de rechazo, y debe emanar en todo caso de la voluntad auténtica de ayudar al paciente y no de un deseo de descargar sobre él las tensiones del ayudante, sus agresividades o frustraciones personales o que surgen del mismo proceso de rela-

ción de ayuda. El objetivo no es, pues, mostrar que el familiar o agente de salud tiene razón, ni siquiera que el enfermo modifique su conducta, sino que tome conciencia de la presencia en él de incongruencias que le paralizan o impiden progresar en el proceso de superación o de integración de la enfermedad y los límites que ésta impone.

Hemos presentado la relación de ayuda como un modo de ser, un modo de estar ante el enfermo, hecho, antes que nada, de actitudes que se despliegan en habilidades o destrezas que permiten que la relación constituya un proceso de interacción centrado en la persona del enfermo, del ayudado.

Al ayudante no le debería preocupar qué decir al enfermo cuando la comunicación se torna difícil, las dinámicas psicoafectivas se complican o surgen los conflictos éticos, sino con qué actitudes disponerse ante él y cómo desplegar dichas actitudes de manera correcta. Cuando el ayudante sienta que no sabe qué decir porque no tiene frases preparadas y se sienta desprotegido, estará en la mejor disposición de ser él mismo, ser auténtico, entrar en el mundo del otro con capacidad empática para acogerlo incondicionalmente y acompañarle comprensivamente en el proceso de ayuda.

LA FAMILIA DEL ENFERMO, DESTINATARIA DE LA AYUDA DEL AGENTE DE SALUD

Venimos considerando a la familia y a los profesionales sanitarios como ayudantes del enfermo y hemos presentado las actitudes y destrezas propias de una relación de ayuda eficaz. Ahora bien, cuando una persona enferma, sus familiares no son sólo posibles ayudantes, recursos para el enfermo, sino que pasan a ser también personas necesitadas de ayuda y los profesionales sanitarios han de considerarlos también como tales.

En efecto, al aparecer la enfermedad, la vida de la familia se desorganiza y algunos sentimientos pueden apoderarse de los miembros de la familia hasta el punto de necesitar ser ayudados en la integración de los mismos. La experiencia de pérdida que supone la enfermedad para el individuo es extensible para sus seres queridos. En éstos, fácilmente surgen sentimientos de solidaridad, pero pueden ser compartidos con sentimientos de culpa por no haber hecho lo posible para remediar errores cometidos y oportunidades perdidas; sentimientos de

²⁷ Cfr. Cibanal L., "Interrelación del profesional de enfermería con el paciente", Barcelona, Doyma, 1991, pp. 109-110.

rabia ante la impotencia; tristeza, resentimiento... que pueden llevar a que hablemos de "familia enferma", sobre todo cuando las relaciones entre los diversos miembros de la misma no son sanas, auténticas, de apoyo mutuo.

Hay relaciones enfermizas que están presentes tanto en la familia sana como en la familia donde hay un miembro enfermo. En este sentido, con el surgir de la enfermedad podría hablarse de una doble necesidad de promover salud en el ámbito familiar: salud para el enfermo y salud para las relaciones familiares enfermas. Pensemos en actitudes de dominio y utilización de un miembro de la pareja sobre otro o de uno de los padres sobre algún hijo; pensemos en la falta de respeto y de comprensión presente en tantos grupos familiares; pensemos en los problemas producidos por el consumo de alcohol o de las drogas por parte de algún miembro y en su efecto sobre toda la familia²⁸; pensemos en la escasa educación, en el analfabetismo, en la falta de cultura o de educación a la salud; pensemos en las relaciones sexuales promiscuas o en familias rotas o afectadas por problemas de pobreza, falta de trabajo, etc. Las posibilidades son innumerables. Las situaciones en las que la familia necesita el apoyo de los profesionales sanitarios, son fácilmente detectables.

Una situación particular y frecuente es la del familiar que vive la pérdida de un ser querido. En estos momentos, en los de acompañamiento al enfermo terminal, se da lo que se ha venido a llamar "luto anticipatorio"²⁹. Se trata de la elaboración anticipada del duelo posterior, con los correspondientes sentimientos y fantasías. Tal elaboración es útil en cuanto ayuda a la adaptación (aceptación) de la situación real, pero también porque el enfermo puede estar cansado de luchar y debe ser liberado de los estímulos familiares que pretenden seguir haciéndolo. "Es angustioso para un paciente que está cansado, que no puede más, oír que le digan continuamente que de alguna manera tiene el deber de

seguir luchando, de no prescindir de la familia, o verse obligado a volverse hacia un mundo social que él está en realidad a punto de abandonar. A menudo los familiares y los amigos no pueden comprender que alguien pueda o quiera dejar de luchar para seguir vivo, y pueden interpretar la disponibilidad a la muerte del paciente como si fuera una renuncia motivada en sentido personal"³⁰. De ahí la necesidad de ayudar a la familia a una elaboración sana del luto anticipatorio, del proceso de la pérdida.

Cuando el enfermo está muy grave, en coma o en fase agónica, y sus necesidades asistenciales están cubiertas debidamente, suele ser la familia la que necesita el apoyo de los profesionales sanitarios. Cuando surge espontánea la expresión "ya no hay nada que hacer", aún queda por hacer: quedan los cuidados necesarios para una muerte digna y la atención al entorno vital del enfermo para evitar reacciones patológicas o descontroladas. Buena parte de la elaboración de la pérdida de un ser querido depende de cómo se viva la fase final. De hecho, la presencia en los últimos momentos junto al enfermo favorece la sana integración de la pérdida. Es como si los últimos instantes de la vida resumieran toda la existencia. "Parece que el hecho de que uno muera sólo borra muchos años de hermanamiento que pueden haberse pasado juntos"³¹.

En el caso de las personas (a veces también enfermos o seropositivos) que viven el luto por la muerte de enfermos de SIDA, a veces tiene lugar una "sobrecarga de luto" en cuanto que éstos tienen que vivir en pocos meses o años muchos lutos, referidos a amigos íntimos o a parejas diversas o miembros del grupo³². Un especial sufrimiento se añade a aquellas personas que ven cómo a su ser querido le es negado un proceso normal de tratamiento del cadáver por la enfermedad padecida o por necesidades judiciales. Pensemos también por un momento en el luto de las parejas homosexuales que, sin ser familiares, sufren el dolor producido por la pérdida y, a veces, lo han de ocultar por la inaceptación social de este tipo de relaciones.

En todo caso, la relación de ayuda al familiar del enfermo tenderá a favorecer la sana relación fluida, auténtica y transparente con el familiar, en

²⁸ Es conocida la importancia dada a la familia en el proceso de cuantos quieren liberarse de la dependencia de la droga. Cfr. Agasso R., "Droga. Come uscirne", Torino, Camilliane, 1990, p. 184. "La familia del toxicómano se siente a menudo incapaz de ofrecer valores existenciales o modelos relacionales que permitan la continuidad del afecto y por tanto la pertenencia, y es precisamente en este terreno donde hay que hacer crecer el cambio del clima familiar para que haya confianza, cercanía e intimidad en las relaciones recíprocas". Cfr. Ranci D., "Una proposta per approcci difficili", in "Famiglia oggi", 1989 (41), p. 47.

²⁹ Pangrazzi A., "La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida", Madrid, Paulinas, 1993, pp. 66-68.

³⁰ Smith C.R., "Vicino alla morte. Guida al lavoro sociale con i morenti e i familiari in lutto", Trento, Erickson, 1990, p. 89.

³¹ Buckman R., "Cosa dire? Dialogo con il malato grave", Torino, UTET, 1990, p. 137.

³² Bermejo J.C., "La relación pastoral de ayuda al enfermo de SIDA", Roma, Camillianum, 1994, pp. 109-110.

lugar de relaciones de poder, de servidumbre u oscurantistas, que jueguen con la verdad y la gravedad de la situación. Se trata de favorecer que entre los miembros de la familia la enfermedad, más allá de ser un mero elemento disgregador, diabólico, se convierta en oportunidad para realizar los valores, para crecer y madurar³³.

Quisiera terminar con las palabras de un enfermo, uno de los muchos testimonios recogidos en un libro recientemente publicado por un equipo interdisciplinar, titulado "Vivir sanamente el sufrimiento". Es un testimonio de una mujer, enferma de cáncer, que expone cómo ve ella la muerte en nuestra sociedad:

"La muerte está envuelta hoy en una tremenda dureza. El enfermo se siente culpable por serlo y oculta como puede su temor. Sus allegados suelen tomar la postura más absurda:

asegurar al enfermo que todo va a salir bien, aunque sea en flagrante contradicción con la realidad. El enfermo se siente más solo que nunca, porque él *sabe*. Sus familiares no tienen desahogo, porque hablar del propio dolor se ha convertido en una falta de educación: normas no escritas de urbanidad nos dicen que no tenemos derecho a inquietar a los demás.

Creo que enfermos y familiares viven una profunda soledad ante la muerte. Carecen de toda ayuda. Y que el impacto de las formas de morir en la sociedad es, en general, muy débil y las respuestas que cultura y sociedad ofrecen prácticamente no existen. Sufrir y morir se han convertido en temas de mal gusto.

La enfermedad y la muerte son lo bastante duras para descolocar incluso a quien hizo de su vida una entrega total a Dios y al prójimo"³⁴.

³³ Cfr. Bermejo J.C., "El cristiano y la enfermedad", Barcelona, CPL, 1994, p. 27.

³⁴ Bermejo J.C., "Acompañar al enfermo. Perspectiva pastoral", en AA.VV., "Vivir sanamente el sufrimiento", Madrid, EDICE, 1994, p. 135.

Ceremonia Inaugural de la Semana de San Lucas 1994

Salón de Honor de la Casa Central,
lunes 17 de octubre de 1994



Palabras del Director de Pregrado de la Escuela de Medicina, Dr. Nicolás Velasco F.

La semana de San Lucas fue, desde sus orígenes, un punto de encuentro y unión. La Escuela y el Hospital eran muy chicos y todos se conocían. La asistencia a las diferentes actividades era masiva por parte de alumnos y profesores y la preparación para los diversos concursos muy acabada.

Ha pasado mucho tiempo desde aquellos primeros San Lucas. A través de los años, de ser una actividad de Escuela, organizada por la Dirección, se convirtió en el principal evento que los alumnos organizan y la Dirección apoya. De menos de 200 estudiantes pasamos a más de 700 entre alumnos de pre y posgrado; el Hospital ha crecido enormemente y todos, alumnos y profesores, estamos muy ocupados en nuestras labores habituales.

Lo que vale la pena siempre cuesta esfuerzo. Rendir como estudiante y ser un buen profesional es un gran esfuerzo, pero lo anterior

no significa que eso sea lo único que vale la pena. Conocerse, compartir, entretenerse juntos vale también un esfuerzo. Entre todos debemos lograr que en esta Escuela, además de aprender mucho, disfrutemos también mucho. Para este objetivo, San Lucas es una oportunidad especial que debemos aprovechar.

Ayer presenciamos la beatificación de un ex alumno de esta Universidad. Su labor espiritual y de servicio fue enorme y de gran esfuerzo, pero de un esfuerzo alegre, compartido entre muchos y con huella para el futuro. Ser un gran hombre es primero que todo no ser un tonto grave. Ser santo significa alegría y estar "contento, Señor, contento".

Deseando que la imagen de Alberto Hurtado ilumine las actividades de ésta y el resto de las semanas de nuestra vida, inauguraremos con alegría la semana de San Lucas 1994.

Discurso de inauguración del presidente de CEMUC

Alumno Thomas Leisewitz Velasco

En 1927, el por entonces Rector de nuestra Casa de Estudios, Monseñor Carlos Casanueva, redactó un informe sobre la próxima fundación de nuestra Escuela de Medicina, reseñando la gestación de esta "magna obra" y las dificultades de su financiamiento (cosa que no nos es nueva).

Al final del escrito había algo especialmente interesante. Decía Monseñor Casanueva: "Para los católicos es de especial importancia. Tiene

por objeto a una profesión que requiere más conciencia cristiana, más ilustrada y más pura, más honrada aún que todas las demás profesiones: pues no sólo decide de la vida, sino que en ella se plantean los más graves problemas morales, que llegan hasta las intimidades del hogar y gasta la fuente misma de la vida: y con frecuencia influye sobre la salvación eterna del alma... Lo que un buen médico o un mal médico influyen en la sociedad, para el bien o para el

mal, esté a la vista. No requiere demostración. Formar buenos médicos católicos es, como se comprende, la más grande de las obras, después de formar los sacerdotes. Tenemos nuestros seminarios, gracias a Dios. Es necesario que tengamos nuestra Escuela de Medicina, tan completa como sea posible tenerla".

Nuestro fundador estaba consciente de que era necesario que una Universidad Católica formara buenos médicos, era una responsabilidad irrenunciable...

Creo que esto es clave para entender nuestra misión como Escuela. Docentes, funcionarios y alumnos nunca podemos perder de vista este horizonte. Nuestro fundador lo resumió maravillosamente en aquella famosa frase: "*Nuestro deber es formar Médicos de Ciencia y de Conciencia*", de Ciencia y de Conciencia. Eso es, para eso venimos a estudiar Medicina, para eso nos enseñan Medicina.

No sólo debemos ser profesionales técnicamente eficientes, aunque ciertamente esto es muy importante. *No vamos a tratar con objetos, sino con personas, seres humanos.*

Hoy celebramos un nuevo aniversario de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, nuestra Escuela. Celebramos 64 años, durante los cuales se han formado médicos "de Ciencia y de Conciencia". Pero creemos que todavía falta.

Y una de las cosas más importantes que falta es de nuestra responsabilidad. Nosotros, alum-

nos de esta Escuela, muchas veces nos dejamos arrastrar por la corriente: nos levantamos temprano, estudiamos todo el día, y nos acostamos tarde.

Hay verdades que no salen en los libros, hay virtudes que se aprenden solamente si se convierten en un hábito, hay un mundo que no conocemos, o que, al menos, desconocemos.

No sólo debemos saber qué hacer, sino también el cómo y por qué.

Esta es una invitación. Una invitación a que nos detengamos. Una invitación a que pensemos qué estamos haciendo. A que nos autoexaminemos y veamos si todos esos kilos de conocimiento son más importantes que unos pocos gramos de humanidad.

Para eso sirve esta fiesta. Durante una semana celebraremos a nuestro santo Patrono, divirtiéndonos sanamente docentes, alumnos y funcionarios. Será una semana de ilusiones y alegría, exactamente para que miremos a nuestro lado y descubramos que no estamos solos, que hay una persona detrás de ese compañero que tan mal nos cae, detrás de ese funcionario que se sacrifica a diario por nosotros, detrás de ese profesor que nos hace la vida imposible.

Queremos que la alegría de esta semana se extienda a todos los días. Tenemos que estar felices de estudiar en esta Universidad, si no, no sirve de nada. A eso los invitamos.

Muchas gracias.

Undécimo Encuentro de Académicos de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

(Los Andes, 16-18 de diciembre de 1994)



Conferencia

El buen samaritano, la solidaridad, las instituciones y el siglo XX

Prof. Alberto Etchegaray A.



PRESENTACION DEL CONFERENCIANTE POR EL DR. RODOLFO WILD A.

Cuando el Comité encargado de la organización de estas Jornadas eligió este tema que será el primero de la mañana, se pensó como expositor en el señor Sergio Molina, Ministro de Educación. Se le eligió como una persona con las condiciones ideales para ello y se me encomendó contactar con él. Tuve una muy buena recepción de parte de él, pero sus múltiples obligaciones le impidieron asumir

este compromiso personalmente. Sin embargo, él se sentía muy honrado y me dijo que tenía el conferenciante adecuado para este tema. Me señaló que era difícil que en Chile hubiera una persona que con mayor propiedad pudiera hablar de este tema y que esta persona era don Alberto Etchegaray, quien a pesar de sus múltiples ocupaciones ha tenido la gentileza de venir y estar con nosotros en el día de hoy.

Cuando uno mira el currículo de don Alberto Etchegaray, ingeniero civil de la Universidad Católica, destacado empresario, académico y con múltiples otras actividades, uno queda real-

mente admirado. Sin embargo, es con creces su testimonio de vida cristiana y su trabajo en múltiples instituciones de Iglesia lo que más destaca.

No quiero dar lectura a su currículo; todos lo conocemos en su actividad pública como Minis-

tro de la Vivienda. Tampoco quiero herir su modestia dando a conocer todos los premios que en su vida ha obtenido, pero no tengo dudas de que es la persona más adecuada para hablarnos de esta temática en el día de hoy.

* * * * *

CONFERENCIA DEL PROF. ALBERTO ETCHEGARAY AUBRY

Quiero agradecer en primer lugar estas palabras iniciales, que me confunden. Yo iba a decir exactamente lo contrario, que la persona con más propiedad en Chile para hablar de esto es Sergio Molina y otras personas más, y que reemplazar a Sergio Molina no es nada de fácil, porque combina no sólo una excelencia en todo su conocimiento y su testimonio de vida pública, sino que es un hombre de profunda vida interior y de gran encuentro con el Señor; entonces, hablar por él es muy difícil.

Lo segundo es que uno le habla a muchos tipos de público y hay algunos públicos a los cuales se les tiene más temor. Yo confieso estar un poco preocupado de la exigencia del público al cual voy a hablar. Al Dr. Wild, cuando me invitó y me habló de todo esto, lo primero que le dije fue que no soy un intelectual, no soy un académico, soy un ingeniero de terreno, prácticamente esa es mi mejor definición. Entonces, pido excusas por todas las deficiencias o el rigor que, para algunos exigentes intelectuales o profesionales como ustedes son, puede significar una exposición de esta naturaleza.

Lo que sí quiero destacar y que me llamó la atención es que un grupo de médicos se reunieran con la asiduidad como lo hacen, por undécima vez consecutiva, y que destinaran un mes que es difícil, como diciembre, no sólo a tener un encuentro personal, sino también para darse un tiempo de reflexión sobre temas como los de esta interesante jornada. Desde ese punto de vista: mis felicitaciones.

El tema que me han solicitado empieza con una reflexión de la Parábola del Buen Samaritano, donde se plantea la solidaridad y otras consideraciones en perspectiva institucional hacia finales del siglo XX y siglo XXI.

La Parábola del Buen Samaritano, en Lucas 10, según el evangelista que es el único que la narra, dice lo siguiente: "Se levantó un Maestro de la Ley y para ponerlo en apuros le dijo:

Maestro, ¿qué debo hacer para conseguir la vida eterna? Y Jesús le dijo: ¿Qué dice la Biblia? ¿Qué lees en ella? Contestó: Amarás al Señor, tu Dios, con todo tu corazón, con toda tu alma, con toda tu fuerza, con todo tu espíritu y a tu prójimo como a ti mismo. Jesús le dijo: Tu respuesta es exacta, haz eso y vivirás. Pero él quiso dar el motivo de su pregunta y dijo a Jesús: ¿Quién es mi prójimo? Y Jesús empezó a decir: Bajó un hombre de Jerusalén a Jericó y cayó en manos de bandidos que lo despojaron de todo, y se fueron después de haberlo molido a golpes, dejándolo medio muerto. Por casualidad bajaba por ese camino un sacerdote, quien el verlo pasó por el otro lado de la carretera y siguió de largo. Lo mismo hizo un levita que llegó a ese lugar, lo vio, tomó el otro lado del camino y pasó de largo. Pero llegó cerca de él un samaritano que iba de viaje, lo vio y se compadeció, se le acercó, curó sus heridas con aceite y vino, y se las vendó, después lo puso en el mismo animal que él montaba, lo condujo a un hotel y se encargó de cuidarlo. Al día siguiente sacó dos monedas y se las dio al hotelero diciéndole: Cúdaló, lo que gastes de más yo te lo pagaré a mi vuelta. Jesús entonces preguntó: Según tu parecer, ¿cuál de estos tres se portó como prójimo del hombre que cayó en manos de salteadores? Y él contestó: El que se mostró compasivo con él. Jesús le dijo: Vete y haz lo mismo".

Yo, al preguntarme por qué habían elegido esta Parábola para hablar de solidaridad, he visto cómo la actualidad del Evangelio se hace tan presente a veces para personas que buscamos con ahínco ver cómo es la fórmula en la cual Dios nos habla hoy, y pienso que para la realidad de Chile esta Parábola elegida por ustedes es una inmensa actualidad. En chileno, "viene al callo".

Nosotros tenemos dentro de nuestro país una situación muy compleja. Voy a reafirmar y dar antecedentes sobre lo que estoy diciendo con cifras, estadísticas, etc. Tenemos una situación seria provocada por un asunto antiguo, que no es nuevo, y que se deriva de los niveles de des-

igualdad que en nuestra sociedad se presentan. Y hoy día el samaritano y la persona que de alguna manera puede tratar de entender en mejor forma la concreción del mensaje: "Ama a tu prójimo como a ti mismo" tiene mucho que ver con el tema de los pobres en Chile. Lo que me impresiona del Evangelio, no siendo yo un teólogo, es que en esta Parábola la pregunta se la hacen a Jesús para ponerlo en apuros. O sea, quien se la hace, se la hace "con mala leche", en buen castellano; quiere fregarlo, quiere decir: "Bueno, aquí te voy a pillar y te voy a hacer caer y dónde está el punto en el cual tú te vas a salir de la Ley, del rigor". Con la tranquilidad con que Él siempre contestaba, lo hace impecablemente. Pero el modelo que se presenta es el que a mí me interesa destacar, porque este samaritano no se contenta con lo mínimo, sino que lo hace todo. Él se le acercó, curó sus heridas con aceite y con vino, que era algo rico, se las vendó, trabajó sobre él, después lo puso en el animal que él montaba. Él se bajó del animal, le entregó su animal, lo condujo a un hotel y ahí se encargó de cuidarlo, no se lo entregó a otro para que lo cuidara, no se lo entregó al Hogar de Cristo, no le dijo: "Mire, Padre Poblete, hágase cargo usted de los pobres, porque yo estoy muy preocupado, yo estoy viviendo en mi casa, así que..." Pero después, al día siguiente, sacó dos monedas para pagarle toda su atención y se las dio al hotelero, no diciendo: "Mire, ya con esto basta, yo pago impuesto y el Estado se ocupará de este cuento. Si le falta, la cuenta me la cobra cuando yo vuelva, y yo pagaré todo lo que corresponda". En forma muy sintética, hay un acercamiento total, global, a la realidad de aquel que era el marginado de su tiempo.

Hoy día los marginados en Chile, los excluidos, son justamente las personas que no están incorporadas dentro de lo que pomposamente nosotros llamamos *la modernidad*. Yo quiero tocar muy profundamente con ustedes este tema de la pobreza, porque generalmente tenemos diversos acercamientos a la pobreza y la mayoría de las veces ellos están con un alto grado de negatividad. Primero con un sentimiento de culpa, porque nosotros no somos pobres. Entonces ya eso significa una situación muy compleja y delicada, y al mismo tiempo porque la pobreza siempre ha existido. Por último, todas las estadísticas demuestran que si el país sigue creciendo, si la macroeconomía se sigue controlando y cuidando, evidentemente el número de pobres va a disminuir. Sin embargo, quisiera tener una pequeña reflexión inicial sobre la pobreza y sus consecuencias, y el tema de la dignidad de los

pobres: después hacer algunas consideraciones estadísticas y de cifras, porque coincido con los organizadores que en un encuentro como éste lo más enriquecedor se produce cuando hay algún diálogo de preguntas y respuestas, donde se aclaran mucho más los conceptos.

Chile es un país que crece a un ritmo muy importante, en los últimos 10 años en un promedio del 7%, que se moderniza crecientemente, que se intercomunica rápidamente con el mundo. Todo este asunto de los multicarrier nos pone en segundo o primer lugar en el mundo de telecomunicaciones, en que existen crecientes niveles educacionales y culturales, en que circulan productos de alta sofisticación. ¿Quiénes son los pobres, entonces, en este mundo?

Las definiciones habituales de pobreza parecieran ser insuficientes. La pobreza es un estado complejo de las personas, de las familias y de los grupos sociales, en el que confluyen numerosos factores: negativos, carencias fundamentales y factores positivos, potencialidades que pueden y deben aportar al conjunto de la sociedad.

En primer lugar, la pobreza es una relación: alguien es pobre respecto a otro. Las necesidades básicas siempre están determinadas por las culturas, por el tipo de sociedad que a cada uno le ha tocado vivir. La pobreza es un concepto relativo a las sociedades concretas y por eso también es un criterio que cambia con el tiempo.

Hace unas décadas no poseer radio o televisor no implicaba pobreza. Hoy día sí. Lo mismo ocurre incluso en la alimentación y en otros ámbitos de la vida. La pobreza también interpela a las sociedades, porque la pobreza extrema, en particular, conlleva una crítica a la no pobreza, impide el funcionamiento sin conflictos de la sociedad, pone un manto de dudas y temores sobre la estabilidad de las instituciones y constituye además una acusación ética al conjunto de sus habitantes. El desafío de una concepción económica, social, cultural y ética de la pobreza está, por supuesto, en la base de una acción para superarla.

¿COMO ES EL MUNDO DE LOS POBRES?

El mundo de los pobres está representado en primer lugar por un ingreso exiguuo, o por lo menos por la falta de un ingreso estable, que es la expresión más evidente de la pobreza, y generalmente las mediciones de pobreza están

vinculadas a los ingresos. Hay muy pocos indicadores en Chile, o en cualquier otro país del mundo, que midan niveles de satisfacción. Tenemos muy sofisticados indicadores de medición económica, pero no los tenemos de indicadores sociales. No sabemos por ejemplo si a la gente le interesa más que su barrio esté pavimentado o que haya árboles, que haya parques, que haya iluminación, o si quieren más rápidamente tener un acceso a un consultorio con ciertas características, o si están o no contentos con el tipo de educación, si existen los locales deportivos donde poder hacer recreación. A veces tan tremendo como no tener ingresos es no saber qué hacer los días sábados y domingos; la situación en las poblaciones santiaguinas es tremenda en las mujeres y los hombres: la lata permanente de no saber qué hacer con el tiempo libre ni dónde ubicarse.

Pero la pobreza, que está expresada en falta de bienes y en carencias, que es como se denominan habitualmente, son de muy diferentes dimensiones y ellas en su conjunto constituyen obstáculos formidables y a veces insuperables para modificar la condición de pobreza. Cuando son extremadamente duras estamos hablando de marginalidad. Hay en este aspecto una relación directa en el hábitat, la presencia de enfermedades, el acceso a la educación y a la cultura. Y especialmente la marginación de los pobres, con sus sistemas y códigos de cultura, es sin duda un factor de reproducción de dicha situación: el no saber un oficio, el no conocer el acceso a las tecnologías, el no poseer el instrumental básico utilizado por la sociedad global. Hay incluso ya códigos de lenguaje que no son asumidos. Hay aquí, además, situaciones permanentes, estratos estables, una subcultura de la pobreza, y especialmente el quiebre en la convivencia y la existencia de barreras sociales y prejuicios recíprocos que impiden el desplazamiento y la movilidad de las personas según sus aportes y capacidades.

LA DIGNIDAD DE LOS POBRES

El mundo de los pobres tampoco no es solamente un mundo de carencias. En él existen enormes potencialidades desconocidas incluso por ellos mismos, negadas y a veces rechazadas por la sociedad global. La supervivencia en medio de condiciones de pobreza muy duras es posible gracias al desarrollo de un conjunto de valores y acciones, entre los que destaca fundamentalmente la solidaridad. Las experiencias de

autoayuda, de las que está llena la historia del país, y en especial la historia reciente, es la base para una comprensión global del mundo de los pobres. Una concepción de pobreza que no equilibre los aspectos negativos con los aspectos positivos y enriquecedores para el conjunto de la sociedad atentará contra su dignidad. La carencia de bienes y faltas de recursos no implica ausencia de proyectos, no implica ausencia de decencia o de moral, muchas veces lo fortalece.

Las múltiples experiencias de solidaridad interna muestran la capacidad de participación, autoorganización, capacidad de agrupamiento del mundo de los pobres. La fe de los pobres, su dimensión religiosa, la vida espiritual que permite la pobreza, la mantención de tradiciones, costumbres ancestrales, conocimientos muchas veces ya olvidados, son aportes que el mundo de los pobres ofrece y entrega a nuestra sociedad, mal valorizados. En el mundo de los pobres, entonces, a mi modo de ver, está la capacidad de la superación de la pobreza. Si la carencia fuera un absoluto, los pobres irremediablemente caerían en la espiral de la destrucción. Sin embargo, por tener justamente este tipo de dignidad y este tipo de potencialidades, es porque estoy firmemente convencido de que Chile tiene una oportunidad única de salir de la condición de pobreza si se aplican colectivamente con mucha voluntad, con mucha energía y con mucho esfuerzo, los procesos para lograrlo.

HAY DIVERSOS NIVELES DE ANALISIS DE LA POBREZA

Individual, familiar, grupal o sectorial. El ámbito de la familia es obviamente muy determinante. Los individuos son pobres, por lo general, cuando su hogar también lo es. Es por eso que es muy importante tomar en cuenta en forma central a la familia como un elemento de acción y de análisis. Además la pobreza no ocurre en forma aislada, no es producto generalmente de la casualidad ni de la flojera de las personas, como muchas veces se quiere señalar. Es por eso que la pobreza se da grupalmente. Hay sectores, áreas pobres en el país. Tiene una expresión territorial. El mundo de los pobres es también muy heterogéneo. Hay pobreza por atraso, son mundos pobres tradicionales, producto de situaciones económicas, productivas, sociales y culturales históricas. Los campesinos, pequeños productores, que saben hacer su traba-

jo, que son sabios conocedores de su mundo natural, y que, sin embargo, por causas externas a ellos mismos, sus productos han perdido valor. Aquí hay todo un tema de la reconversión agrícola. Dramático lo que está pasando en estos días, se va a profundizar. En Chile se tiene que disminuir a la mitad la población que está en el mundo agrícola. Y eso va a ser tremendamente determinante para la vida de muchas personas. Pero también lo hay en el ámbito minero, en el ámbito forestal, en el ámbito pecuario. Existen las minorías étnicas, lo que tradicionalmente se ha ido reproduciendo dentro de los sectores aimaras, mapuches, etc. Y existe también la pobreza dura urbana, reciclada por sectores donde la marginalidad, la violencia, la drogadicción, y especialmente la autoestima, esto es, la mirada que sobre sí mismo tienen la sociedad y ellos mismos.

En Santiago, por ejemplo, cuando uno va a conversar con la gente de La Pintana, es algo bien impactante. Ellos no se atreven a decir, cuando van a una casa comercial, que viven en La Pintana, porque si viven en La Pintana no les dan crédito. Hay una cosa dura que voy a decir aquí para los médicos, pero no hay médicos en La Pintana. En este momento hay consultorios, hay recursos para pagar a médicos que vayan a trabajar ahí, y no hay médicos que atiendan ese consultorio. Y cuando uno se reúne con esa comunidad, ellos dicen: Bueno, pero por qué, qué pasa. Hay un consultorio del Hogar de Cristo donde van los médicos, hay otro pequeño que está al lado, pero el consultorio municipal no tiene atención médica. Los médicos dicen que no hay una explicación, puede que sean las condiciones de seguridad, que se lleven los automóviles, etc. Yo quiero decirles que en este tema de los profesionales, el tema va mucho más allá de los propios médicos, porque la concentración de la inteligencia en Chile, la concentración profesional en las áreas de trabajo ha llevado a que ésta sea mucho mayor que la concentración de la riqueza y que la concentración política. Hay provincias completas donde no hay un solo arquitecto, provincias completas donde no hay un solo ingeniero comercial, provincias donde no hay ninguna atención en temas de especialidad, cualesquiera sean las disciplinas, sean éstas las ciencias exactas, las ciencias sociales o cualquier otra. Es una limitación grave para el desarrollo.

Finalmente, frente a esta definición o análisis sobre el tema de la pobreza, uno debería decir que hay también una producción de nuevos pobres: pobres producto de la modernización. Hay sectores donde, por la forma tan potente que

tiene la inversión de los productos nuevos, hay gente que para eso no sirve, que no está preparada, que no está polivalentemente preparada ni es reciclable, y esta modernidad produce nuevos pobres.

Finalmente hay que agregar el caso de los discapacitados y la tercera edad. En Chile hay 40 mil mudos, 50 mil sordos, 101 mil personas que están no valientes completas y 1.200.000 personas con algún grado de discapacidad. Un francés me decía que los chilenos son un poco como los griegos. En los cuadros de los griegos nunca apareció alguno que le faltara algo, las personas son siempre perfectas desde el punto de vista corporal. Nunca aparece alguien que le falte una oreja, un tuerto. Aquí la discapacidad se borra. Una vez al año Don Francisco la ha estado metiendo desde hace 10 años con la Teletón, pero el tema de la discapacidad es un tema muy serio. Más grave aún es el tema de los ancianos. Por decreto nosotros determinamos que el jubilado cuando muere, su viuda montepiada tiene que recibir la mitad de lo que estaba recibiendo. Ayer aparece Aninat en "La Segunda" diciendo que ya es un escándalo el tema del montepío ¿Cómo no lo va a ser? En Chile hay más de 200 mil mujeres que reciben menos de 18 mil pesos de montepío y mientras vivía el marido eran 36 mil, que era muy malo, que era pésimo, que era jubilación. Pero murió el beneficiario y baja a la mitad. Y yo digo: ¿la luz no sigue siendo la misma, el arriendo de la casa? Hay una serie de gastos que no tienen nada que ver con la presencia de dos personas en la casa. Las mujeres jefas de hogar, que en Chile son muchas, y en donde se concentra tres veces más pobreza que en el resto de las otras. Los niños. Esos son los grupos vulnerables.

Sobre cifras

Parece interesante ver qué es lo que pasa con Chile y la imagen-país que estamos proyectando. Hay un foro que nos mide como países en competencia, que es el famoso informe de competitividad hecho por un grupo de entidades que en Suiza y Estados Unidos llaman el "Informe Mundial de Competitividad" que toma los 44 países emergentes, en el cual Chile ocupa exactamente el lugar del medio, 22, y en ese lugar del medio Chile es el líder latinoamericano.

Fortalezas de Chile, escogidas de ese Informe Mundial:

- Un ritmo de crecimiento promedio en los últimos 10 años del 6,5%, al mismo nivel que

los tigres asiáticos, que son los que lideran (los 4 tigres asiáticos van al 7,3%), cuatro veces más alto que el del grupo desarrollado de los 7 de Europa, y seis veces más alto que el promedio de Brasil y México en esos 10 años.

- *Riesgo económico:* El país es percibido como el más estable en América Latina en términos de riesgo económico.
- *Riesgo político:* Igual, muy parecido a los tigres asiáticos.
- *Expectativas de utilidades:* Chile tiene el más alto índice del mundo hoy día, en términos de inversión.
- *Percepción de proteccionismo:* el país es percibido como menos proteccionista dentro de esos 44 en competencia, más alta expectativa de utilidades, menos proteccionismo; el país ideal desde el punto de vista de su fortaleza económica.
- *Percepción de corrupción:* interesantísimo, de los más bajos, quizás el más bajo también de los 44: si no ocupa el primer lugar, ocupa el segundo. Es percibido menos corrupto incluso que los países en desarrollo de Europa, y por supuesto menos corrupto que los tigres asiáticos.
- No está aquí el dato de índice institucional, pero aparece Chile como el país en el segundo lugar en términos de tamaño del Estado, es decir de funcionarios públicos con respecto al número de personas atendidas: en el 11º lugar en tema institucional del Estado. Sin embargo, Chile tiene un muy mal lugar, casi el último, el número 42, en descentralización: es un país tremendamente centralizado, que para la pobreza es muy determinante. No va a ser ágil trabajar en el tema de la pobreza, ni ningún otro tema como la salud por supuesto, si aparece con ese nivel de centralismo, que hasta para comprar una ampollita hay que pedirle permiso a Santiago.

Debilidades de Chile: no tomadas objetivamente por Chile, sino que medidas desde afuera:

- Muy bajo crecimiento en la productividad, la tercera parte de los asiáticos.
- El gasto en inversión y desarrollo es paupérrimo, la cuarta parte de lo que gastan los tigres en desarrollo y la octava parte de lo que gastan los desarrollados.
- La matrícula en educación superior es la más baja de todos los que están en la competencia.

- La fuerza de trabajo, como porcentaje de la población entre 15 y 65 años, está en el lugar número 25.

- El ingreso es del 20% más rico con respecto al porcentaje total; ocupamos el lugar 32 y compartimos con Brasil una de las peores distribuciones de ingreso. Fijense que en 1962, hace 30 años, el promedio de lo que ganaban los más ricos en Chile (en término de ingresos monetarios medidos por declaraciones de impuestos, no lo que se recibe sin que se tribute por abajo; con respecto al promedio de trabajadores ocupados, es decir no estamos hablando ni de las montepiadas ni de los trabajadores eventuales) era 30 veces, ahora es 60 veces; se ha duplicado en 30 años.

Datos sobre educación: la fuente es la Confederación de la Producción y el Comercio, una fuente irreprochable porque está dada por los empresarios y no por ningún instituto de izquierda o marxista. Cobertura de educación: quintiles del 1º al 5º, en que el primer quintil es el de menos ingresos. En educación superior solamente llega el 5,6% de ese quintil; en cambio el último, el más alto, el 41%. La educación básica prácticamente igual: el país tiene una cobertura de educación que todos conocemos. Sin embargo en la educación media, el primer quintil baja a la mitad, la mitad de la gente abandona la educación cuando ha terminado los 8 años básicos. En cambio en el quintil más alto se mantiene constante, no hay deserción. Hay una comuna pobre: Pelluhue, que está determinada entre las 71 más pobres. Hicimos un estudio sobre "servicio país" en Pelluhue: en toda su historia hay solamente 17 personas, de un total de cerca de 45 mil habitantes, que han logrado terminar toda su educación completa. En las comunas de los sectores más altos, el promedio de los últimos 40 años indica que el 56% de sus habitantes ha terminado sus estudios completos, incluyendo educación técnica o superior. Un dato interesante sobre el tema de educación prebásica: Supuestamente con estos niveles de pobreza uno debería decir que por lo menos tratemos de ayudar para que sea similar a lo que en salud se ha hecho tan bien. Entre paréntesis, hay una política en salud excelente: Chile ha demostrado que ha hecho subir sus índices de esta medición que hace Naciones Unidas, que no mide solamente el índice de desarrollo económico, sino que ha tomado un indicador que se llama "índice de desarrollo humano" y que en Chile está más alto de lo que le correspondería según sus ingresos monetarios, y se debe funda-

mentalmente a las políticas de salud, que han disminuido la mortalidad infantil. Bueno, uno esperaría lo mismo para el tema educacional. Sin embargo en el prebásico, o sea todo lo que es la educación de jardines infantiles, el primer quintil tiene un 15% de cobertura, en circunstancias que el último quintil, el sector más rico de la población, lo duplica, o sea el 31%. Todos nosotros tratamos que nuestros hijos vayan a jardines infantiles, entendiendo que con eso estamos potenciando sus ingresos después a la educación básica. Con todo lo que significa. Y aquí está incluido prekinder y kinder, pero también la época entre los dos y cuatro años. Me parece interesante destacar eso.

Pero el problema más delicado es el resultado del SIMCE. "La Segunda" publicó también hace poco todo el resultado por comuna. Era dramático, porque ahí hay una educación que no está sirviendo absolutamente para nada para esa gente de esas comunas pobres. Ochenta y ocho por ciento en resultado en matemáticas y castellano en todos los sectores de comunas con mayores ingresos, frente a 56 ó 60 el promedio de los otros, o sea 20 puntos, que en este caso es como decirles que lo que están estudiando no sirve para nada. Estos niños que salen de esa educación leen: Co-o-pe-ra-ti-va - de - tra-ba-jo, no pueden leer de corrido. Hoy día los niños en la educación municipalizada, aunque no sepan leer pasan de curso. No es como en el Silabario que nosotros estudiamos: si no sabías el silabario te quedabas repitiendo, y no pasabas a segundo hasta saber leer. Esto no es así. Entonces en términos de cumplimiento de objetivos, aquí no se da.

Hay una serie de otros cuadros, que uno podría seguir dando sobre todo en el tema de capacitación, etc., que indican la situación delicada del problema.

Antes de la reflexión final quisiera decir que aquí hay puntos muy serios sobre los cuales ubicarse. El primero es el tema de la educación. O sea, realmente desde el punto de vista cultural, desde el punto de vista de las oportunidades, desde el punto de vista del capital futuro, no cabe la menor duda de que la educación va a ser la principal herramienta de inserción dentro de una sociedad de los próximos años y la única forma de poder salir de condiciones serias de pobreza y marginación. Todos los esfuerzos que Chile haga en ese aspecto van a ser enormemente rentables para los dos objetivos: para poder competir mejor, pero también para poder integrar más el país. Para poder hacer un país más armónico hay que resolver este problema de equidad.

En segundo lugar, como la educación tiene su tiempo y tiene sus dificultades estructurales, hay que compensarla con la capacitación, hay que cuadruplicar el gasto en capacitación. En cifras de capacitación pasa lo mismo que en educación: se capacita solamente el 9% de la población. En fondos de capacitación se ocupa el 29% y los otros se pierden; y se están aprovechando porque las empresas lo necesitan para capacitar el sector más alto, porque tienen que competir afuera. Entonces la base piramidal de las empresas no reside en la capacitación. Educación-capacitación: un ámbito.

Un segundo ámbito: economía productiva. Chile tiene una gran potencialidad creativa en economía productiva. Nuevamente cifras para avalar lo que estoy diciendo. En Chile hay 6 mil empresarios grandes, 60 mil medianos y hay 360 mil micro y pequeños empresarios, la más alta proporción de empresarios de América Latina, y yo diría que compitiendo muy fuerte mundialmente. Y eso es un gran activo para el país, porque puede tener una movilidad y diversidad que le permite competir mejor con el futuro, pero esos 360 mil están mal equipados, mal capacitados, con mal acceso al crédito y, especialmente, con enormes problemas de comercialización. Y para esto no sirven estos famosos planes tremendos de unas grandes instituciones, no; significan esfuerzos muy micro-sostenidos, regionales, operativos, gran coordinación con los exportadores, etc.

Además de estas dos áreas, evidentemente que en Chile hay que ver en muchos ámbitos sectoriales, en los temas clásicos de salud, el tema de hábitat que es ciudad y vivienda, el tema del acceso a la justicia: para los pobres la situación es hoy día intolerable, es risible, a un pobre que se le diga que puede tener acceso a un mínimo de justicia es imposible. La reforma de la justicia está pendiente en todos los ámbitos y no cabe duda de que es el sector más atrasado dentro de las reformas del Estado. Esta modernización de la justicia ha llevado a los sectores más altos a buscar sistemas de arbitrajes directos entre las empresas para saltarse los juzgados, porque ya no pueden entrar a una lógica en la cual van a pasar cinco años pleiteando, y ya se ha producido a nivel interno la lógica que tienen los pobres, que son los tribunales vecinales, que van a obligar a una parte muy específica a esa tarea.

Pero fundamentalmente hay dos focos que quisiera llevarlos a reflexionar. En primer lugar nos ha parecido que si se pone a la mujer como sujeto estratégico de la acción en la cual invertir

en todos los ámbitos, el país va a tener enormes rentabilidades internas. Por varias razones. Primero, porque la mujer hoy día conlleva las situaciones más graves de pobreza. Segundo, porque cuando se invierte en la mujer y la mujer se incorpora al mundo del trabajo, su familia directamente sale de su condición por lo menos de extrema pobreza. Tercero, porque según todos los estudios internacionales, la mujer es muy responsable con sus ingresos para reinvertirlos en su familia, al revés del hombre, y los reinvierte no solamente en términos directos sino que además tiene una inversión valórica mucho más alta. La mujer es una gran educadora en salud, es una gran educadora en hábitos y es mucho más responsable. Hay criterios matriarcales ancestrales en esta sociedad. Y por último porque la mujer está mucho más capacitada para esta segunda fase exportadora que Chile tiene. Tiene habilidades y motricidad fina, que yo por lo menos con mi torpeza manual ciertamente salgo "rajado".

Les voy a contar el cuento de los salmones.

¿Por qué? Nosotros queremos facilitar el ingreso de la mujer al tema del trabajo del salmón. Porque nuestra experiencia es la siguiente: nosotros trabajamos con la mujer siguiendo un poco el esquema de los fruteros. Pusimos a la mujer en los grandes galpones, recibiendo el salmón para viscerarlo, trozarlo, contarlo, ponerlo dentro de cajas de plumavit que tienen que ir muy bien presentadas al avión para la exportación. Pero en el Sur el hombre es muy irresponsable con su trabajo y teníamos frecuentes fallas en el trabajo del malecón, del muelle. Entonces tuvimos que empezar a utilizar mujeres para alimentar los salmones y empezamos a constatar (dentro de la medición que ellos llevan, porque son muy precisos, muy exactos) el aumento del peso del salmón alimentando por manos femeninas, con respecto al salmón alimentado por manos masculinas. Resultado hoy día: la industria salmonera de Puerto Montt utiliza preferentemente mujeres para alimentar salmones. Treinta por ciento es el aumento del peso del salmón debido a que la mujer, antes de echar el alimento, mira dónde está el salmón, no tira al aire al voleo como lo hace el hombre. Esto se puede extrapolar para ver que en el aumento de los servicios, en una sociedad que va avanzando muchos más fuertemente al tema de servicios, evidentemente que la participación y el ingreso de la mujer va a ser determinante. Pero una mujer que hoy día en promedio gana el 60% de lo que ganan los hombres, con mucho menos capacidad negociadora, con mucho me-

nos capacitación y, además, con todo el criterio cultural que el machismo impone, que tiene que llegar a la casa, atender al señor que está echado viendo televisión. Especialmente en el mundo más popular, si esta mujer va a entrar a trabajar, a lo mejor va a ser el principal sustento del hogar y el hombre va a tener que entrar a suplir parte de las tareas domésticas que le correspondían a la mujer.

En segundo lugar, además del tema de la mujer, lo territorial y lo local pasa a ser determinante. Es decir, ¿es objetivamente hoy día una limitación para derrotar la pobreza? La excesiva concentración de poder en lo central y todos los esfuerzos, las apuestas y los riesgos, son infinitamente menos graves que la excesiva concentración y la falta de acercamiento a lo local, porque la pobreza tiene diferentes rostros y absolutamente distintos según cada lugar.

Quiero volver ahora al samaritano. A todos nos apasiona seguir hablando de cifras, de estadísticas, de situaciones y de política. Pero aquí se está jugando algo muy radical del tipo y de calidad de sociedad que se está tratando de formar. Creo que nosotros somos producto de un tipo de cultura, quizás muy influida por lo que de alguna manera nos planteó la Revolución Francesa, en la cual en los términos de *liberté, égalité, fraternité* asumidas dentro de la lógica del hombre de los últimos 200-300 años, impetradas por nuestra fe: el cristianismo, han buscado de alguna manera compatibilizar las grandes utopías del hombre con las consecuencias o actitudes consecuentes que derivan de nuestra fe en el Señor Jesús. Y esto no ha sido de ninguna manera difícil en los primeros dos términos, porque los franceses cuando eligieron su denominación, le agregaron una gran fuerza que ellos tienen. O sea hablar de libertad, y la libertad tiene fuerza y expresión propia y la gente se juega y muere por la libertad y todos luchamos y es una cosa muy potente y mueve este tema de las sociedades libres, etc. La igualdad también. Yo diría que, como dice el cardenal Martini, Arzobispo de Milán, el hombre del siglo XX se ha movido fundamentalmente por la justicia y esto ha estado cruzando todo el siglo y han fracasado muchas formas de poder hacer efectiva esa justicia. Pero la utopía sigue vigente y fuerte: al juntarse un grupo como éste, donde haya gente menor de 25 años, las principales críticas van hacia nuestra generación. ¿Cuántos de ustedes se han jugado por la justicia? ¿Es esta una sociedad justa o no lo es? El tercer término es muy complejo, porque los franceses le pusieron algo que tiene que ver con compadres y buenos

amigos: la "fraternidad" no tiene fuerza, porque es como golpearse en la espalda. Y resulta que el término potente, que era el cristiano de la "caridad", quedó trasnochado, quedó traspapelado.

Y se ha planteado fuerte el tema de la solidaridad, que tiene más potencia. Pero de partida la solidaridad ya es algo que lleva la carga de lo valórico espiritual, incluso desde el punto de vista de los no creyentes tiene algo que ver con religioso. No es aceptado como un valor propio de la sociedad. No es un activo. La falta no cree que la solidaridad realmente sea importante como un activo de la sociedad. Lo siente fuertemente: ¿es una sociedad libre? Sí, vale y tiene potencia. Mientras más libertad, incluso económica, no hay ningún indicador dentro de las fortalezas de un país que diga que éste es un país solidario o no solidario. Y yo creo que ese es un tema de una profunda reflexión, porque no basta que el Papa diga que hay que construir una economía de la solidaridad en la CEPAL, no basta que se diga que hay que ser solidario, eso es una imposición. Aparece siempre como una carga. Esto es una potenciación, o sea esto es una oportunidad. Por eso es que a mí me llamó tanto la atención que ustedes hubieran elegido la Parábola del Buen Samaritano y hubieran elegido este tema para iniciar su reflexión, porque no es común. La solidaridad tiene que ver con las cosas que suceden eventualmente, tiene que ver cuando hay aluviones, cuando hay terremotos, ahí se es solidario. O cuando Don Francisco llama una vez al año a que la gente salga con un poco de plata a entregar algo, pero no es una actitud de la cotidianidad, que impetra y que hace funcionar toda la lógica con la misma efectividad. Y yo creo que esa culpa la tienen los franceses cuando pusieron el tema de la fraternidad, porque ahí la desvaloraron. Y nosotros los cristianos no hemos sabido ponerla al frente como para decir: esto es importante para la sociedad contemporánea. Tiene una enorme importancia, porque la solidaridad no está en lo que sobra en términos de recursos o lo que sobra en términos de tiempo. Por ejemplo, un médico dice: primero yo soy médico, yo trabajo en mi profesión, aquí estoy operando, y después soy de la Sociedad Protectora de la Infancia, trabajo en una fundación con ancianitos, trabajo por aquí, por allá. Pero no está cruzando la forma en la cual se opera cotidianamente. Y esto tiene consecuencias muy negativas, porque de alguna manera nosotros somos lo que en la Parábola aparece como el sacerdote y el levita, que pasamos de lado frente a las cosas, que le

preguntamos al Señor ¿dónde hay que cumplir la ley? La ley se cumple yendo a misa el domingo, la ley se cumple con que tú tengas una moral particular, que no le pongas el gorro a tu señora, que informes bien a tus hijos, que los tengas en un colegio como corresponde, que cuando haya que firmar cartas contra el divorcio tú seas el primero en la lista de "El Mercurio" firmando, que estamos defendiendo la vida en contra del aborto. Pero hay muchas personas en nuestro país que cotidianamente están ahí en el camino, que han sido asaltadas, por la falta de oportunidades, por la realidad que tiene esta sociedad, y ni nos detenemos, ni los subimos arriba del caballo, ni les curamos las heridas, ni los vendamos, ni los llevamos a la posada, ni le decimos al posadero que hay que pagarles. O sea, la globalidad de la interacción no está presente. Y eso está produciendo un país de menor calidad. No basta que nuestros indicadores de París nos sigan diciendo que estamos orgullosos de nuestra estabilidad política que hemos logrado después de 100 años, por segunda vez tener un gran consenso que nos permite ser realmente un país, ojalá que no nos miren como modelo, pero del cual por lo menos nos sentimos un poco más seguros en términos de su estabilidad futura, que aquel que no está en el consenso, queda fuera del camino. Más allá de la disputa cotidiana absurda, que a veces aparece demasiado extrapolada, la verdad es que en este país hay un gran acuerdo nacional de cómo deben ser llevadas las cosas desde el punto de vista político; la hay desde el punto de vista económico. Nadie cuestiona el modelo, ni siquiera cuestiona la necesidad de que tiene que haber más equidad. Ha entrado con más fuerza el hecho de que uno tiene que buscar la compatibilización entre las exigencias de la economía y las exigencias de la ética. No pueden seguir diciéndonos que la economía es tan absolutamente no valórica que no puede compatibilizarse las exigencias y los rigores de ambos. Esas cosas están como dadas.

Lo que está faltando al país es hacer un esfuerzo colectivo de fondo en el sentido de encontrar cómo se produce más integración, porque hay mucha gente que siente que este país en este proyecto le es propio y esa gente hoy día está de alguna manera botada en el camino y representa un poco los sectores de pobreza.

En el fondo creo que, también para seguir ocupando la terminología francesa, estamos con una mala traducción del verbo *bien-être*. El verbo *bien-être* hoy día es traducido siempre como bienestar: ¿tú cómo estás? Yo estoy bien. Y es

una sociedad que en el fondo se define a sí mismo ¿Cómo estai? se preguntan los lolos. Estamos bien. Y nadie se contesta la otra traducción del *bienêtre* que es el *bien ser*: cómo somos, cómo soy, cómo eres. Y en el fondo esto es muy directamente una interpelación que en el caso de la moral tiene que ver con un equilibrio entre la moral particular y la moral social. Aquí en Chile, y en muchos países, está gravemente dañada la ecología social. No sólo hay un problema con la ecología ambiental, hay un problema serio de ecología social. Y es eso lo que hay que recomponer y están las herramientas dadas para eso.

Yo recomiendo una carta pastoral de don Carlos González, que se llama "La pobreza se supera en solidaridad", donde hay una gran cantidad de reflexiones en el estilo que tiene don Carlos González, que es un hombre muy sencillo para exponer sus ideas. Incluso en algunos casos él se deja autocuestionar.

Quisiera decirles que en este tema me he sentido tremendamente acompañado por todos los obispos chilenos. Yo estuve en Valdivia el 24 de noviembre recién pasado, en la asamblea plenaria de los obispos y tuvimos dos sesiones: una en la noche de 20:30 a 22:30 horas y otra de día, que fue la pública, de 9:00 a 11:00, en la cual este tema se tocó a fondo. Y a veces nosotros estamos demasiado metidos en esta coyuntura de que los obispos tienen diversas visiones pastorales y la prensa destaca que un obispo dijo esto y que el otro le contestó lo otro, que no está de acuerdo el obispo de tal o cual, etc... En

esto hubo unanimidad y después ellos lo expresaron públicamente en su declaración final. Este es un tema de la máxima importancia evangélica para Chile. Tiene una cantidad de consecuencias sobre el tipo de país que se va a hacer y se va a construir. En esa carta don Carlos González cita a San Vicente de Paul, y creo que es muy atinente a lo que aquí se está reflexionando. San Vicente de Paul dice que escribió a las primeras Religiosas de la Caridad lo siguiente: "La calle será larga y hostil, las escaleras sucias y los pobres a veces ingratos. Verás pronto que la caridad es pesada para llevarla, más que el plato de sopa y la panera llena, pero tú guardarás tu dulzura y tu sonrisa. No es todo dar alimento o pan, esto lo pueden hacer los ricos y poderosos, tú eres la pequeña sirviente de los pobres, la hija de la caridad, siempre sonriente y de buen humor. Los pobres son tus maestros, serán maestros terribles, ya lo verás. Mientras más sucios y feos, serán más injustos, más groseros y más deberás darles tu amor. No es sino por el amor, por el solo amor, que los pobres te perdonarán el pan que tú les darás".

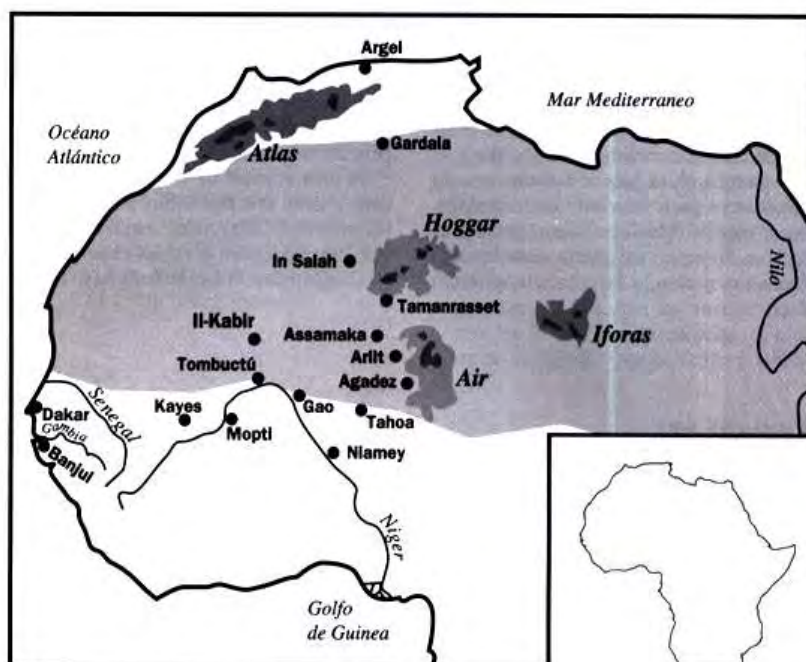
Creo que cuando uno puede enfrentarse a esta forma de mirar a ese hombre que está botado en el camino, al cual el buen samaritano recoge, puede entender la magnitud de lo que significa esto, de las dificultades que entraña, de las necesidades de abordarlo, pero especialmente de la oportunidad que con esto se presenta.

Esto era lo que yo quería compartir con ustedes.

Conferencia

¿Por qué se viaja? Reflexiones sobre el viaje y la frontera

Dr. Beltrán Mena C.



PRESENTACION DEL CONFERENCIANTE POR EL DR. NICOLAS VELASCO F.

Voy a presentar al primer conferenciante de esta tarde, al Dr. Beltrán Mena Concha. El Dr. Mena estudió Medicina en la Universidad Católica, egresando el año 1985. Según reza la ficha propia del registro académico, ingresó en el puesto 54, con un puntaje ponderado de Prueba de Aptitud Académica de 752,3; a su egreso se le confiere el título de Médico-Cirujano por unanimidad, lo que quiere decir “en buen

romance” que no fue un estudiante distinguido, aunque –a pesar de ello– aprobó Patología y Anatomía Patológica en el primer intento.

La persona que les presento ahora es un hombre de intereses culturales diversos y dispersos. Funda, siendo estudiante de Medicina, la revista *Hombre y Universo*, una revista muy bonita con una serie de artículos muy interesantes, y que fue la única revista de corte cultural que existió en la Universidad por un período de por lo menos tres años. El primer número tuvo una gestación de tres años y se publicó a su vez durante tres años. Aparentemente, después de la