



EDUCACION MEDICA U.C.

ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

Nº 16/98





EDUCACION MEDICA U.C.

ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

Nº 16/98

Portada

Imagen del Beato Alberto Hurtado Cruchaga, S.I., apóstol de la Caridad y servidor de Cristo en los pobres. En el trasfondo se observa el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, donde pasó los últimos días de su vida terrena y entregó su alma al Señor (18 de agosto de 1952)

Comité Editorial

Está constituido por los siguientes Profesores de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile:

DR. LORENZO CUBILLOS OSORIO

DR. IGNACIO DUARTE GARCIA DE CORTAZAR

DR. RICARDO FERRETTI DANERI

DR. ANGEL RODRIGUEZ GUERRO, M.id.

DR. PEDRO ROSSO ROSSO

*EDUCACION MEDICA U.C.
ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE
LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE*

*Editado por la Facultad de Medicina
de la Pontificia Universidad Católica de Chile*

Inscripción N° 62.929

I.S.B.N.: N° 956-14-0239-3

Diciembre 1998

*Alfabetas Artes Gráficas
Combarbalá 049 - La Granja*

Índice

Plegaria simple de San Francisco de Asís	9
Editorial <i>Dr. Lorenzo Cubillos O.</i>	11
<hr/>	
I. HUMANISMO MEDICO CRISTIANO	
<hr/>	
Es necesario vivir la caridad cristiana especialmente con los enfermos mentales. <i>S.S. Juan Pablo II</i>	15
La grandeza del ser humano es su semejanza con Dios. <i>Cardenal Joseph Ratzinger</i>	18
Hacia una nueva sensibilidad y mentalidad para con el enfermo mental. <i>Cardenal Fiorenzo Angelini</i>	23
La imagen del enfermo mental en los medios de comunicación. <i>Dr. Joaquín Navarro-Valls</i>	25
Papel de la Iglesia en el tratamiento de los enfermos mentales. <i>P. Pierluigi Marchesi, O.H.</i>	29
La Psiquiatría y el paciente terminal. <i>Dr. Zdzislaw Jan Ryn</i>	33
El rescate de la oración: <i>a pesar de los tiempos, los místicos tienen razón.</i> <i>R.P. Angel Rodríguez G.</i>	38
I JORNADA INTERNACIONAL DE HUMANIZACION DE LA SALUD EN CHILE	
Presentación de la Jornada. <i>Dr. José Manuel López M.</i>	46
Conocimiento, especialización y humanización en salud. <i>Dr. Juan de Dios Vial C.</i>	48
Humanización del mundo de la salud: significado y perspectivas. <i>Dr. fil. Angelo Brusco</i>	51
Relación de ayuda: un estilo de comunicación humanizadora. <i>Dr. teol. José Carlos Bermejo H.</i>	61
La enseñanza profesional en salud y el humanismo <i>Dr. Pedro Rosso R.</i>	70

II. DOCUMENTOS

La educación católica. <i>Monseñor Piero Biggio</i>	75
Valores en el Currículo de pregrado de la Escuela de Medicina. <i>Drs. Ignacio Duarte G., Andrés Arteaga M., Alejandro Manzur Y., Marisa Torres H.</i>	87
La necesidad de enseñar Medicina como una experiencia humana. <i>Dr. Alejandro Manzur Y.</i>	93
El Padre Hurtado y la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. <i>Dr. Eduardo Valenzuela A.</i>	97
Melancolía de la civilización. <i>Dr. Zdzislaw Jan Ryn</i>	100
La Medicina en Grecia Antigua: Mito, ciencia y valores inmortales. <i>Dr. Homero Gac E.</i>	105
DECIMOCUARTO ENCUENTRO DE ACADEMICOS DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE. Los Andes, 28.03.1998.	
La integración de Laboratorios Saval en el arte. <i>Dr. Patricio Muñoz J.</i>	116
Reforma al sistema judicial chileno. <i>Sr. Miguel L. Amundátegui</i>	118
Otro mundo fuera de la Medicina: la pasión por estudiar los insectos. <i>Dr. Pedro Vidal G.H.</i>	128

III. ETICA

Inauguración de las Jornadas de Bioética en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Discurso del Decano, Dr. Pedro Rosso R.	131
Etica y Psiquiatría. <i>Profesor Michele Schiavone</i>	134
Libertad religiosa y derechos humanos. <i>Dra. Paulina Taboada R.</i>	137
El conflictivo problema de los trasplantes. <i>Dr. Ernesto Mundt F.</i>	147

IV. PERFILES

Federico Ozanam, un laico santo consagrado al servicio de los pobres. <i>Artículo de L'Osservatore Romano</i>	155
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Monseñor Sotero Sanz Villalba. Recuerdo a los 20 años de su muerte. <i>Cardenal Jorge Medina E.</i>	158
Profesor Rodolfo Rencoret Donoso. Tres décadas después de su fallecimiento. <i>Dr. Lorenzo Cubillos O.</i>	162

V. VIDA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

A. Crónica

Sinopsis del Editor. <i>Dr. Lorenzo Cubillos O.</i>	169
CUARTO ENCUENTRO DE MEDICOS QUE CUMPLEN BODAS DE ORO Y DE PLATA, Y SEGUNDO ENCUENTRO DE MEDICOS QUE CUMPLEN BODAS DE DIAMANTE DE EJERCICIO PROFESIONAL (20 de junio de 1998)	
Palabras de bienvenida. <i>Dr. Ricardo Ferretti D.</i>	188
Introducción histórica al Encuentro. <i>Dr. Lorenzo Cubillos O.</i>	
Discurso en representación de los médicos que cumplen 60 años de profesión. <i>Dr. Fernán Díaz B.</i>	195
Discurso en representación de los médicos que cumplen 50 años de profesión. <i>Dr. Sergio de Tezanos Pinto Sch.</i>	197
Recuerdos del curso que pasó por la Escuela de Medicina entre 1941 y 1944. <i>Drs. Juan Villalobos N. y Manuel de la Lastra B.</i>	200
Discurso en representación de los médicos que cumplen 25 años de profesión. <i>Dra. Carmen Covarrubias F.</i>	206

B. Docencia

CEREMONIA DE PREMIACION A DOCENTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA (13 de enero de 1998)	
Un nuevo estilo de reconocimiento <i>Dr. Lorenzo Cubillos O.</i>	213
Presentación del premio "A la trayectoria académica" <i>Dr. Nicolás Velasco F.</i>	214
Discurso del Dr. Pablo Casanegra P., galardonado con el "Premio a la trayectoria académica 1997.	215

CEREMONIAS DE ENTREGA DE TITULOS DE MEDICO-CIRUJANOS Y DE ESPECIALISTAS

A. Entrega del Título de Médico-Cirujano a los alumnos de la Promoción 1997 (13 de enero de 1998)

Reseña del acto académico.
Dr. Lorenzo Cubillos O. 218

Discurso del Mejor Alumno de la promoción 1997.
Dr. Gonzalo Nazar M. 220

Nómina de la promoción médica 1997. 224

B. Entrega de Títulos de Especialistas (23 de junio de 1998)

Discurso del Director de Posgrado de la Escuela de Medicina.
Dr. Gonzalo Grebe B. 225

Nómina de becarios graduados en 1998 229

CEREMONIA DE CONDECORACION DEL DR. FLAVIO NERVI O.
POR LA REPUBLICA ITALIANA (12 de abril de 1998).

Discurso del Excmo. Embajador de la República de Italia, señor Emanuele Costa. 231

Discurso de agradecimiento del Dr. Flavio Nervi 233

CEREMONIA "HONRAD A LOS MAESTROS, PROMOVED A LA JUVENTUD"
(22 de julio de 1998)

Introducción al Acto Académico
Dr. Lorenzo Cubillos O. 236

Homenaje al Dr. Salvador Vial U.
Dr. Vicente Valdivieso D. 240

CEREMONIA DE INAUGURACION DEL AÑO ACADEMICO 1998
(7 de abril de 1998)

Discurso del Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Pedro Rosso R. 242

C. OBITUARIO: DONA EI REQUIEM ET LUX PERPETUA LUCEAT EI

Introducción
Dr. Lorenzo Cubillos O. 254

Cardenal Carlos Oviedo Cavada, O.M.
Homenaje del *Dr. Lorenzo Cubillos O.* 255

E.U. Mirella Acevedo Avilés.
Homenaje de las E.U. *Edith Yáñez A. y María Angélica García G.* 258

Dr. Arturo Atria Ramírez. <i>Homenaje del Dr. Fernán Díaz B.</i>	260
Dr. José Manuel Balmaceda Ossa. <i>Homenaje Dr. Lorenzo Cubillos O.</i>	264
Alumno Iván Andrés Barrientos Kompatzki. <i>Homenaje del alumno José P. Uribe O.</i>	268
Sra. Margret Knur, secretaria del Arzobispado de Colonia. <i>Homenaje de Monseñor Herbert Michel</i>	270
Dr. Guillermo Leighton Santelices. <i>Homenaje del Dr. Lorenzo Cubillos O.</i>	271
Dr. Iván Marinovic Chaparro. <i>Homenaje del Dr. Juan Carlos Glasinovic R.</i>	273
Dr. Miguel Luis Olivares A. <i>Homenaje del Dr. Juan Ricardo Olivares A.</i>	276
R.P. Sylvio de Schrijver, OFM <i>Homenaje de Mons. Polidoro van Vlierberghe, OFM, y del Dr. Lorenzo Cubillos O.</i>	278
Dr. Guido Solari Canessa. <i>Homenaje del Dr. Lorenzo Cubillos O.</i>	280
La Resurrección del Señor.	283
Indices acumulativos de revistas N° 11 al 15 (1993-1998)	285

Plegaria simple de San Francisco de Asís



*"Señor, haz de mí un instrumento de Tu paz...
Que donde haya odio, ponga yo el amor.
Que donde haya ofensa, ponga yo el perdón.
Que donde haya discordia, ponga yo la unión.
Que donde haya error, ponga yo la verdad.
Que donde haya desesperación, ponga yo la esperanza.
Que donde haya tinieblas, ponga yo Tu luz.
Que donde haya tristeza, ponga yo alegría".*

*"¡Oh, Maestro!, que yo no busque tanto:
Ser consolado, como consolar.
Ser comprendido, como comprender.
Ser amado, como amar.*

*Porque dando, se recibe,
Olvidando, se encuentra.
Perdonando, se es perdonado.
Muriendo, se resucita a la Vida eterna".*

Editorial

En 1997 el Decano de la Facultad de Medicina, Prof. Dr. Pedro Rosso, manifestó el deseo de asumir el papel de editor de la revista "Educación Médica U.C.", para que el suscrito se dedicara con más tiempo a la tarea de escribir la "Historia de la Facultad de Medicina U.C.". Por las múltiples labores inherentes a su alta función, al señor Decano no le fue posible ese año desempeñar esta nueva actividad, por lo cual me solicitó que editara la revista correspondiente a 1997 (Nº 15).

En 1998, al incorporarse a nuestra Facultad el Dr. Angel Rodríguez Guerra, M.id., Director del Programa de Antropología Humana, se le encargó la edición de la revista, a partir de este año, misión que acogió con gran entusiasmo. El Padre Rodríguez, como lo llamamos cariñosamente, por ser nuevo en nuestro medio y por estar recargado de actividades docentes y pastorales, tampoco pudo afrontar este compromiso y me pidió que publicara la revista "Educación Médica U.C." (REMUC), correspondiente a 1998 (Nº 16), lo que por cierto acepté con mucho agrado.

Digo con mucho agrado, porque en cierto modo me siento padre de este anuario. En efecto, en octubre de 1983, como Director de la Oficina de Educación Médica U.C., me correspondió entregar a nuestra comunidad académica el primer número de esta revista, como respuesta a una necesidad espiritual de la Escuela. Entonces calificué este medio de divulgación como "genuino portavoz humanístico de nuestra Facultad de Medicina". Más tarde, he reiterado nuestra incondicional y permanente fidelidad a la doctrina de nuestra Santa Madre Iglesia y a la sabia palabra de nuestro Sumo Pontífice, quien siempre ha tenido una tribuna de honor en esta revista. En el prólogo de nuestro primer número (1983) señalé: "lanzamos esta revista en el nombre de Dios y con el deseo de que tenga larga y fructífera vida". Puedo aseverar que nunca nos ha faltado la ayuda del Señor y que me interesa vivamente que esta obra se perpetúe en nuestra Facultad. Estoy consciente de la limitación de mi existencia, y por ello me causa mucha alegría saber que nuestro Decano y el Padre Rodríguez prolongarán y proyectarán esta revista en la próxima centuria... Les deseo sinceramente ¡mucho, mucho éxito!

Al entregar esta revista, dejo la estructura acordada por nuestro Comité Editorial y que contempla los siguientes rubros:

- I. Humanismo Médico Cristiano*
- II. Documentos*
- III. Ética*
- IV. Perfiles*
- V. Vida de la Facultad de Medicina, que comprende: a) Crónicas, b) Docencia y c) Obituario*

En el abundante material que presentamos en este número, el tema central se relaciona con la Psiquiatría, en particular con el enfoque humanista cristiano del paciente psiquiátrico, que fue el eje de la Conferencia Internacional organizada por el Consejo Pontificio para la Pastoral de los Agentes Sanitarios (1997), el cual fue abordado por diversos y muy calificados autores. En este número de REMUC reproducimos varios de estos temas. A estos, agregamos las interesantes contribuciones del Profesor de Psiquiatría y ex Embajador de la República de Polonia, Dr. Zdzislaw Jan Ryn. Destaco que el último artículo de este número está dedicado a

un distinguido psiquiatra nacional y brillante alumno de nuestra Escuela de Medicina, el Prof. Dr. Guido Solari Canessa, fallecido recientemente.

También publicamos algunas de las ponencias presentadas en la I Jornada Internacional de Humanización de la Medicina, organizada por nuestra Facultad, como respuesta a una inquietante actitud deshumanizada del ejercicio de la Medicina en la sociedad contemporánea.

Junto con dar una calurosa bienvenida al Dr. Angel Rodríguez G., nuevo editor de REMUC, publicamos su artículo "El rescate de la oración", en el cual destaca la relevancia de esta como una profunda y amorosa comunicación con Dios. El Dr. Rodríguez es un entusiasta e incansable misionero ídente, quien como levadura está catalizando un cambio espiritual en nuestra comunidad médica, promoviendo al hombre-espíritu como única fórmula para afrontar con éxito los numerosos y grandes desafío que emergen de la vida contemporánea.

Dentro de los Documentos, también sobresale el aporte del Nuncio Apostólico de S.S., Monseñor Piero Biggio, con el tema "La educación católica", de vital importancia y trascendencia para que subsistan y se desarrollen los valores cristianos en nuestra sociedad. Asimismo realizamos el trabajo del Dr. Eduardo Valenzuela, "El Padre Hurtado y la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile", en el cual se ponen de relieve el afán de servicio y la Caridad como motivaciones comunes a nuestro beato chileno y al espíritu fundacional de esta Facultad de Medicina. Agregamos temas históricos y algunas conferencias dictadas en el tradicional encuentro anual de académicos de las Facultades de Medicina y de Ciencias Biológicas (Termas del Corazón, de Los Andes), con el valioso e ininterrumpido apoyo de Laboratorios Saval S.A.

El rubro Ética considera variados temas de palpitante actualidad como "Libertad religiosa y derechos humanos", de la Dra. Paulina Taboada R., y "El conflictivo problema de los trasplantes", del Dr. Ernesto Mundt F. Este último artículo viene como respuesta a la inquietud expresada por S.S. Juan Pablo II: "Es preciso investigar más las cuestiones éticas, legales y sociales de los trasplantes", que hizo presente en el Congreso Internacional sobre Trasplantes de Organos, en 1991.

Dentro de los Perfiles, señalamos la figura de Federico Ozanam, recientemente beatificado, apóstol de la caridad y fundador de las Conferencias de San Vicente de Paul. Después de veinte años de su muerte en tierra chilena, damos a conocer un cálido recuerdo del Cardenal Jorge Medina sobre el extraordinario Nuncio Apostólico de S.S., Monseñor Sotero Sanz Villalba. Completamos este perfil con un homenaje al Prof. Dr. Rodolfo Rencoret Donoso, uno de los más sólidos pilares espirituales de esta Facultad de Medicina, al conmemorarse tres decenios de su fallecimiento.

En Crónicas, relatamos algunos hechos relevantes del último año, acontecidos tanto en la Pontificia Universidad Católica de Chile como en su Facultad de Medicina. Entre ellos se destaca la inauguración de la nueva capilla universitaria en el Campus San Joaquín y la visita del Secretario de Estado de la Santa Sede, Cardenal Angelo Sodano, a nuestra Alma Mater. También damos cuenta del ya tradicional encuentro de médicos que cumplen 60, 50 y 25 años de ejercicio profesional, que se celebra anualmente en la Casa Central de esta Universidad.

En el capítulo Docencia, informamos de las ceremonias de premiación de docentes de la Facultad de Medicina, de la entrega de títulos de Médicos-Cirujanos y de Especialistas en 1998.

Un acontecimiento especial, es el reconocimiento de los méritos del Dr. Flavio Nervi O., quien recibió el grado honorífico de Gran Oficial de la República Italiana, en un protocolar, emotivo y concurrido encuentro en la Embajada de Italia.

Por la continuidad que ha tenido a través del tiempo, consagramos la ceremonia "Honrad a los Maestros, promoved a la Juventud", en la cual rendimos un homenaje a los docentes fallecidos y premiamos a los mejores alumnos de las disciplinas Cirugía, Medicina Interna y Pediatría. Este es un acto académico "ecuménico" en el cual hemos canalizado el homenaje anual que se ha rendido ininterrumpidamente al Dr. Rodolfo Rencoret Donoso, desde su muerte (1968).

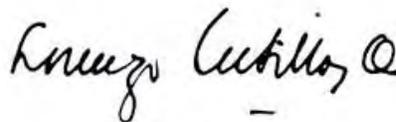
Numerosas personas relacionadas con la comunidad de nuestra Escuela y de la Medicina nacional ocupan el Obituario de este año. En efecto, en 1998, hemos visto desaparecer grandes profesores que dieron brillo a la Medicina chilena, entre otros los Drs. Arturo Atria Ramírez, José Manuel Balmaceda Ossa, Luis Hervé Lelièvre, Jorge Mardones Restat y Miguel Luis Olivares Alarcón. También han fallecido docentes, alumnos y ex alumnos de nuestra Escuela, y enfermeras y colaboradores de nuestra Institución. Dentro de estos últimos, destaco a la Sra. Margret Knur, eficientísima secretaria del Arzobispado de Colonia, organismo que desde hace muchos años, generosamente, ha colaborado en el financiamiento de nuestra revista. Coincidiendo con el cierre de este número de REMUC, nos sorprendió la muerte del Cardenal Carlos Oviedo Cavada, ilustre Pastor de nuestra Iglesia y ex Gran Canciller de nuestra Universidad, a quien también rendimos un sentido homenaje.

En nuestra fe cristiana, rogamos por el eterno descanso del alma de todas estas personas.

Finalizo dando gracias a Dios por los frutos alcanzados con la publicación de esta revista, en 16 años consecutivos. Agradezco también a todos los que contribuyeron con diferentes e interesantes artículos; a los miembros del Comité Editorial; al Vicariato General del Arzobispado de Colonia (Sección Iglesia y Misión Universal) por el valioso apoyo prestado a través de Monseñor Herbert Michel, y por cierto a nuestra imprenta oficial, Alfabetas Artes Gráficas. Dedico una mención especial a mi abnegada secretaria, Srta. Ruth Yáñez P., que con enorme paciencia y profesionalismo ha contribuido a la digna edición de esta revista.

Anhelo que "Educación Médica U.C." siempre siga superándose y continúe su función educadora en nuestra comunidad con el noble y sublime propósito,

Ad maiorem Dei gloriam!



DR. LORENZO CUBILLOS O.
Editor Responsable

Santiago, 8 de diciembre de 1998
Día de la Inmaculada Concepción de la Santísima Virgen María

Es necesario vivir la caridad cristiana especialmente con los enfermos mentales

Discurso de S.S. Juan Pablo II'



1. Me alegra encontrarme con vosotros y saludaros, ilustres participantes en la Conferencia Internacional que el Consejo Pontificio para la Pastoral de los Agentes Sanitarios ha organizado sobre el problema del trastorno mental con el significativo título de “¿Siempre a imagen y semejanza de Dios? El trastorno de la mente humana”.

En la XI Conferencia Internacional del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, publicado en *Dolentium Hominum* N° 34, año XII (N° 1), 1997, pp. 7-9.

Saludo con afecto al cardenal Fiorenzo Angelini, a quien agradezco sus cordiales palabras. A él y a sus colaboradores expreso en particular mi aprecio por el empeño que han puesto en la preparación de este simposio, que reúne a especialistas de todo el mundo.

Un compromiso común de la ciencia y la fe.

2. Entre vosotros, ilustres señores y señoras, se hallan presentes investigadores, científicos, expertos en ciencias biomédicas, teólogos, moralistas, juristas, psicólogos, sociólogos y agentes sanitarios. Juntos representáis un patrimonio

de humanidad, sabiduría, ciencia y experiencia del que pueden surgir reflexiones de gran utilidad para la comprensión, la atención y el seguimiento de los enfermos mentales.

La Iglesia mira a estas personas, como a cualquier ser humano afectado por la enfermedad, con particular solicitud. Iluminada por las palabras del Maestro divino, "cree que el hombre, hecho a imagen del Creador, redimido con la sangre de Cristo y santificado por la presencia del Espíritu Santo, tiene como fin último de su vida ser "alabanza de la gloria" de Dios (cf. *Ef.* 1, 12), haciendo así que cada una de sus acciones refleje su esplendor" (*Veritatis splendor*, 10).

La Iglesia está profundamente convencida de esta verdad. Y lo está también cuando las facultades intelectuales del hombre –las más nobles, porque testimonian su naturaleza espiritual– aparecen muy limitadas e, incluso, impedidas a causa de un proceso patológico. Por tanto, la Iglesia recuerda a la comunidad política el deber de reconocer y celebrar la imagen divina en el hombre a través de obras de acompañamiento y de servicio en favor de cuantos se encuentran en una situación de grave trastorno mental. Se trata de un compromiso que la ciencia y la fe, la Medicina y la pastoral, la competencia profesional y el sentido de la fraternidad común, cooperando entre sí, deben realizar mediante la inversión de recursos humanos, científicos y socioeconómicos adecuados.

La antropología cristiana

3. El título del simposio invita a seguir profundizando esta línea de reflexión, que acabamos de esbozar. En efecto, mientras por una parte vuelve a proponer una autorizada afirmación de la Biblia, por otra plantea un interrogante inquietante.

Uno de los pilares de la antropología cristiana es la convicción de que el hombre ha sido creado a imagen y semejanza de Dios. Está escrito en el primer capítulo de Génesis (1, 26). En las facultades intelectuales del hombre, es decir, en su razón y en su voluntad, la reflexión filosófica y teológica ha visto un signo privilegiado de esta afinidad con Dios. En efecto, estas facultades permiten al hombre conocer al Señor y entablar con El una relación de diálogo. Son prerrogativas que hacen del ser humano una persona. Razonando sobre ello, santo Tomás observa: "Persona, significa lo que en toda naturaleza es perfectísimo, es decir, lo que subiste en la naturaleza racional" (*Summa Theologiae* I, a. 29, a. 3).

Conviene precisar, sin embargo, que todo el hombre y, por tanto, no sólo su alma espiritual, con la inteligencia y la voluntad libre, sino también su cuerpo participa en la dignidad de "imagen de Dios". En efecto, el cuerpo del hombre "es cuerpo humano precisamente porque está animado por el alma espiritual, y es toda la persona humana la que está destinada a ser, en el cuerpo de Cristo, el templo del Espíritu" (*Catecismo de la Iglesia católica*, n. 364). "¿No sabéis, escribe el Apóstol, que vuestros cuerpos son miembros de Cristo? (...). No os pertenecéis (...). Glorificad, por tanto, a Dios en vuestro cuerpo" (*I Co* 6, 15, 19-20). De aquí deriva la exigencia de respeto al propio cuerpo, y también al de los demás, particularmente cuando sufre (cf. *Catecismo de la Iglesia católica*, n. 1004).

La misma dignidad

4. Precisamente por se persona, el hombre, entre todas las criaturas, está revestido de una dignidad única. Cada hombre tiene su propia razón de ser, y jamás puede ser utilizado como simple medio para alcanzar otras metas, ni siquiera en nombre del bienestar y del progreso de toda la comunidad. Dios, al crear al hombre a su imagen, quiso hacerlo partícipe de su señorío y de su gloria. Cuando le encomendó la misión de administrar toda la creación, tuvo en cuenta su inteligencia creativa y su libertad responsable.

El Vaticano II, sondeando el misterio del hombre, nos ha abierto, según las palabras de Cristo (cf. *Jn* 17, 21-22), horizontes inaccesibles a la razón humana. En la constitución *Gaudium et spes* se ha referido explícitamente a "cierta semejanza entre la unión de las personas divinas y la unión de los hijos de Dios en la verdad y el amor" (n. 24). Cuando Dios dirige su mirada al hombre, lo primero que ve y ama en él no son las obras que logra hacer, sino la imagen de sí mismo; una imagen que confiere al hombre la capacidad de conocer y amar a su Creador; de gobernar a todas las criaturas terrenas y de servirse de ellas para gloria de Dios (cf. *ib.*, 12). Por esta razón, la Iglesia reconoce en todos los hombres la misma dignidad y el mismo valor fundamental, independientemente de cualquier otra consideración que derive de las circunstancias. Por tanto, también independientemente –y esto es de suma importancia– del hecho de que esta capacidad no se pueda poner en práctica, porque está impedida por un trastorno mental.

Hijos de Dios

5. La revelación neotestamentaria no sólo confirma esta concepción del hombre como imagen y semejanza de Dios, sino que también la enriquece en gran medida. San Pablo afirma: "Al llegar la plenitud de los tiempos, envió Dios a su Hijo, nacido de mujer, nacido bajo la ley, para rescatar a los que se hallaban bajo la ley, y para que recibiéramos la filiación adoptiva" (*Ga* 4, 4-5). Por tanto, el hombre, en virtud de la gracia, participa realmente en esta filiación divina, convirtiéndose en hijo de Dios en el Hijo.

El Concilio Vaticano II enseña: Cristo es "imagen de Dios invisible" (*Col* I, 15); es el hombre perfecto que restituyó a los hijos de Adán la semejanza divina (...). En él la naturaleza humana ha sido asumida, no absorbida; por eso mismo, también en nosotros ha sido elevada a una dignidad sublime. Pues El mismo, el Hijo de Dios, con su encarnación, se ha unido, en cierto modo, con todo hombre" (*Gaudium et spes*, 22).

Derechos inalienables

6. Al llegar a este punto, todos advertimos el peso de la inquietante pregunta que aparece en el tema: "¿Siempre?". Es una pregunta inquietante, que no se plantea tanto en el plano *ontológico* —aquí la fe y la razón están de acuerdo en reconocer a los enfermos mentales plena dignidad humana—, como en el *deontológico*. En efecto, podemos preguntarnos si existe una correspondencia plena y adecuada entre lo que es el hombre, incluido el enfermo mental, en el proyecto de Dios y el trato que le reservan sus semejantes en la vida diaria.

Ese interrogante —"¿siempre?"— debe impulsar tanto la conciencia personal como la colectiva a una reflexión sincera sobre el comportamiento con las personas que sufren el trastorno mental. ¿No es verdad que estas personas están expuestas frecuentemente a la indiferencia y al abandono e, incluso, a la explotación y al atropello?

Gracias a Dios, también está la otra cara de la moneda: lo subrayaba yo en la encíclica *Evangelium vitae*, recordando "todos estos gestos cotidianos de acogida, sacrificio y cuidado desinteresado, que un número incalculable de personas realiza con amor en las familias, hospitales, orfanatos, residencias de ancianos y en otros centros o comunidades, en defensa de la vida" (n. 27). Pero no podemos cerrar los ojos ante ciertos comportamientos que parecen igno-

rar la dignidad del hombre y conculcar sus derechos inalienables.

El ejemplo del Señor

7. Los cristianos, en particular, no podemos hacerlo. A este respecto, el Evangelio habla claramente. Cristo no sólo se compadece de los enfermos y realiza numerosas curaciones, devolviendo la salud al cuerpo y a la mente, sino que su compasión lo lleva también a identificarse con ellos. Dice: "Estaba enfermo y me visitasteis" (*Mt* 25, 36). Los discípulos del Señor, precisamente porque supieron ver la imagen de Cristo "paciente" en todas las personas afectadas por la enfermedad, les abrieron su corazón, prodigándose en las diversas formas de asistencia.

Ahora bien, Cristo tomó sobre sí todos los sufrimientos humanos, incluso el trastorno mental. Si, también este sufrimiento, que se presenta tal vez como el más absurdo e incomprensible, configura al enfermo con Cristo y lo hace partícipe de su pasión redentora.

Los predilectos de Dios

8. La respuesta al interrogante del tema es, por tanto, clara: quien sufre un trastorno mental lleva en sí, "siempre", como todo hombre, la imagen y semejanza de Dios. Además tiene "siempre" el derecho inalienable no sólo a ser considerado imagen de Dios y, por tanto, persona, sino también a ser tratado como tal.

A cada uno le corresponde la tarea de *poner en práctica* la respuesta: es necesario mostrar con los hechos que la enfermedad mental no crea brechas insuperables ni impide la relaciones de auténtica caridad cristiana con quien la padece. Más aún, debe suscitar una actitud de particular atención hacia estas personas, que pertenecen con pleno derecho a la categoría de los pobres, a los que corresponde el reino de los cielos (cf. *Mt* 5, 3).

Ilustres señores y señoras, he recordado estas verdades fundamentales y consoladoras, sabiendo bien que hablo a personas que las comprenden a fondo. Con mucho gusto aprovecho esta circunstancia para manifestaros todo mi aprecio por vuestro valioso trabajo y animaros a proseguir en un servicio de tan alto significado humanitario.

El Señor bendiga vuestros esfuerzos terapéuticos y los corone con resultados consoladores para vuestros pacientes, a quienes saludo afectuosamente y aseguro una oración particular.

La grandeza del ser humano es su semejanza con Dios*

Cardenal Joseph Ratzinger

*Prefecto de la Sagrada Congregación
de la Doctrina de la Fe (Santa Sede). Reconocido como uno
de los más destacados teólogos del mundo contemporáneo*



A la vista del tema de este convenio internacional, emergen en mí recuerdos inquietantes. Os ruego me permitáis contaros, a manera de introducción, esta experiencia personal que nos lleva al año 1941, al tiempo de la guerra y del régimen nacionalsocialista. Una de nuestras tías, a la que visitábamos frecuentemente, era madre de un robusto muchacho que era algún año más joven que yo, pero mostraba

progresivamente los indicios típicos del síndrome de Down. Suscitaba simpatía por la simplicidad de su mente ofuscada; y su madre, que ya había perdido una hija por muerte prematura, le estaba sinceramente apegada. Pero en 1941 fue ordenado por las autoridades del Tercer Reich que el chico debía ser llevado a un asilo para recibir una mejor asistencia. Todavía no se sospechaba nada de la operación de eliminación de los deshábiles mentales, ya iniciada. Poco tiempo después llegó la noticia de que el niño había muerto de pulmonía y su cuerpo había sido incinerado. Desde aquel momento se multiplicaron las noticias de tal género. En el pueblo

* Publicado en *Dolentium Hominum*, N° 34, año XII (N° 1), 1997, pp. 16-19

en que habíamos vivido antes, visitábamos de buena gana a una viuda que había quedado sin hijos y se alegraba por la visita de los niños del vecindario. La pequeña propiedad que había heredado de su padre apenas podía darle para vivir, pero tenía buen ánimo, aunque no sin algún temor por el futuro. Más tarde supimos que la soledad en la que se hallaba cada vez más sumergida, había nublado más y más su mente: el temor por el futuro se había hecho patológico, de manera que apenas se atrevía a comer, porque temía siempre por el mañana en el que tal vez quedaría sin comida que llevarse a la boca. La clasificaron como trastornada mentalmente, fue llevada a un asilo y también en este caso pronto llegó la noticia de que había muerto de pulmonía. Poco después en nuestro actual pueblo sucedió la misma cosa: la pequeña finca, junto a nuestra casa, estaba confiada a los cuidados de tres hermanos solteros, a quienes pertenecía. Eran considerados enfermos mentales, pero estaban en condiciones de ocuparse de su casa y de su propiedad. También ellos desaparecieron en un asilo y posteriormente se nos dijo que habían muerto. A este punto ya no cabía tener dudas de cuánto estaba sucediendo: se trataba de una sistemática eliminación de quienes no eran considerados como productivos. El Estado se había arrogado el derecho de decidir quién merecía vivir y quién debía ser privado de la existencia en beneficio de la comunidad y de sí mismo, porque no podía ser útil a los demás ni a sí mismo.

A los horrores de la guerra, que se hacían cada vez más sensibles, este hecho añadió un nuevo y diverso temor: advertíamos la helada frialdad de esta lógica de la utilidad y del poder. Sentíamos cómo el asesinato de esas personas humillaba y amenazaba a todos nosotros, a la esencia humana que había en nosotros: sí la paciencia y el amor dedicados a las personas que sufren son eliminados de la existencia humana como pérdida de tiempo y de dinero, no se hace el mal sólo a los que mueren, sino que en ese caso son mutilados en su espíritu los mismos que sobreviven. Nos dábamos cuenta de que allí donde el misterio de Dios, su dignidad intocable en cada hombre ya no es respetada, no sólo es amenazado cada individuo, sino que es todo el género humano quien está en peligro. En el silencio paralizador, en el temor que nos bloqueaba a todos, fue como una liberación cuando el Cardenal von Galen levantó su voz y rompió la parálisis del miedo para defender en los desahiles mentales al hombre mismo, imagen de Dios.

A todas las amenazas contra el hombre, derivadas del cálculo del poder y de lo útil, se opone la luminosa palabra de Dios con la que el Génesis introduce el relato de la creación del hombre: hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza –*faciamus hominem ad imaginem et similitudinem nostram*, traduce la Vulgata (Gen 1. 26). Pero ¿qué se entiende con esta palabra? ¿En qué consiste la semejanza divina del hombre? El término, en el interior del Antiguo Testamento es, por decirlo así, un monolito; no vuelve a aparecer en el Antiguo Testamento hebreo, bien que el Salmo 8 –“¿Qué es el hombre para que tú te acuerdes de él?”– revela un parentesco interior con aquel. Sólo es repetido en la literatura sapiencial. El Siracide (17, 2) funda la grandeza del ser humano en lo mismo, sin querer dar propiamente una interpretación del significado de la semejanza con Dios. El libro de la Sabiduría (2, 23) da un paso más y ve el ser imagen de Dios esencialmente fundado en la inmortalidad del hombre: lo que hace a Dios, Dios y lo distingue de la criatura es precisamente su inmortalidad y perennidad. Imagen de Dios es la criatura precisamente por el hecho de que participa de su inmortalidad, no por su naturaleza, sino como don del Creador. La orientación a la vida eterna es lo que hace al hombre el correspondiente creado de Dios. Esta reflexión podría continuar y también se podría decir: vida eterna significa algo más que una simple subsistencia eterna. Está llena de un sentido y sólo así es vida que merece y es capaz de eternidad. Una realidad puede ser eterna sólo a condición de que participe de lo que es eterno: de la eternidad de la verdad y del amor. Así, pues, orientación a la eternidad sería orientación a la eterna comunión de amor con Dios; y la imagen de Dios remitiría por su naturaleza más allá de la vida terrena. No podría en absoluto ser determinada estadísticamente, estar ligada a alguna cualidad particular, sino que sería ese tender más allá del tiempo de la vida terrena; podría entenderse sólo en la tensión al futuro, en la dinámica hacia la eternidad. Quien niega la eternidad, quien ve al hombre sólo como intramundano, no tendría en principio posibilidad alguna de penetrar la esencia de la semejanza con Dios.

Pero esto sólo queda insinuado en el libro de la Sabiduría y no está desarrollado posteriormente. Así, el Antiguo Testamento nos deja con una cuestión abierta, y se debe dar razón a Epifanio que, frente a todos los intentos de concretar el contenido de la semejanza divina, afirma que no se debe “tratar de definir dónde se coloca la imagen, sino confesar su existencia en

el hombre, si no se quiere ofender la gracia de Dios" (*Panarion*, LXX, 2, 7). Pero nosotros, cristianos, leemos en realidad el Antiguo Testamento siempre en la totalidad de la única Biblia, en la unidad con el Nuevo Testamento, y recibimos de este la clave para comprender rectamente los textos. Como el relato de la creación "En el principio creó Dios" recibe su correcta interpretación sólo en la lectura de San Juan: "en el principio era el Verbo", lo mismo sucede aquí. Naturalmente, en este momento no puedo presentar, en el cuadro de una breve prelación, la rica y pluricestrificada serie de testimonios del Nuevo Testamento acerca de nuestro problema. Simplemente trataré de evocar dos temas. Ante todo se debe observar como hecho más importante que en el Nuevo Testamento Cristo es designado como "la imagen de Dios" (2 Co 4,4; Col 1, 15). Los Padres han introducido aquí una observación lingüística, que tal vez no es tan sostenible, pero ciertamente corresponde a la orientación interior del Nuevo Testamento y de su reinterpretación del Antiguo. Dicen que sólo de Cristo se nos enseña que El es "la imagen de Dios", el hombre, en cambio, no es la imagen, sino *ad imaginem*, creado a imagen, según la imagen. Llega a ser imagen de Dios, en la medida en que entra en comunión con Cristo, se conforma a El. En otras palabras: la imagen originaria del hombre, que a su vez representa la imagen de Dios, es Cristo, y el hombre es creado a partir de su imagen, sobre su imagen. La criatura humana es al mismo tiempo proyecto preliminar en vista de Cristo, o sea: Cristo es la idea fundamental del Creador y forma al hombre en vista de El, a partir de esta idea fundamental.

El dinamismo ontológico y espiritual, que se oculta en esta concepción, se hace particularmente evidente en Rm 8, 29 y 1 Co 15, 49, y también en 2 Co 4, 6. Según Rm 8, 29, los hombres son predestinados "a ser conformes a la imagen de su Hijo, para que El sea el Primogénito entre muchos hermanos". Esta conformación a la imagen de Cristo se cumple en la resurrección, en la que El nos ha precedido, pero la resurrección —es necesario recordarlo ya aquí— presupone la cruz. La primera Carta a los Corintios distingue al primer Adán, que se hace "ánima viviente" (15, 14; cfr. Gen 2, 7), y el último Adán, que se hace Espíritu donador de vida. "Y como hemos llevado la imagen del hombre de tierra, así llevaremos la imagen del hombre celeste" (15, 49). Aquí está representada con toda claridad la tensión interior del ser humano entre fango y espíritu, tierra y cielo,

origen terreno y futuro divino. Esta tensión del ser humano en el tiempo y más allá del tiempo pertenece a la esencia del hombre. Y esta tensión lo determina precisamente en el centro de la vida en este tiempo. El está siempre en camino hacia sí mismo o se aleja de sí mismo; está en camino hacia Cristo o se aleja de El. Se acerca a su imagen originaria o la esconde y la arruina. El teólogo de Innsbruck F. Lakner ha expresado felizmente esta concepción dinámica de la semejanza divina del hombre, característica del Nuevo Testamento, de esta manera: "El ser imagen de Dios del hombre se funda en la predestinación a la filiación divina a través de la incorporación mística en Cristo"; el ser imagen es, por lo tanto, finalidad ínsita en el hombre desde la creación, "hacia Dios por medio de la participación en la vida divina en Cristo".

Pero así nos acercamos ahora a la cuestión decisiva para nuestro tema: esta semejanza divina, ¿puede ser destruida? y, eventualmente, ¿cómo? ¿Existen seres humanos que no son imagen de Dios? La Reforma, en su radicalización de la doctrina del pecado original, había respondido afirmativamente a esta pregunta y había dicho: Sí, con el pecado el hombre puede destruir en sí mismo la imagen de Dios y de hecho la ha destruido. Efectivamente, el hombre pecador, que no quiere reconocer a Dios y no respeta al hombre o incluso lo mata, este no representa la imagen de Dios, sino que la desfigura, contradice a Dios, que es Santidad, Verdad y Bondad. Recordando lo dicho al comienzo, esto puede y debe llevarnos a la pregunta: ¿en quién está más oscurecida la imagen de Dios, más desfigurada y extinguida, en el frío asesino, consciente de sí mismo, potente y quizá incluso inteligente, que se hace a sí mismo Dios y se burla de Dios, o en el inocente que sufre, en el que la luz de la razón resbala muy débil o incluso ya no se percibe? Pero la pregunta es prematura en este momento. Antes tenemos que decir: la tesis radical de la Reforma se ha demostrado insostenible, precisamente a partir de la Biblia. El hombre es imagen de Dios en cuanto a hombre. Y en tanto que es hombre, es un ser humano, tiende misteriosamente a Cristo, al Hijo de Dios hecho hombre y, por lo tanto, orientado al misterio de Dios. La imagen divina está conectada con la esencia humana en cuanto tal y no está en poder del hombre destruirla completamente.

Pero lo que ciertamente el hombre puede hacer es desfigurar la imagen, la contradicción interior con ella. Aquí debemos citar de nuevo a Lakner: "...la fuerza divina brilla precisamente

en la herida causada por las contradicciones... en este mundo el hombre como imagen de Dios es, por lo tanto, el hombre crucificado". Entre la figura del Adán terrenal formado con el fango, que Cristo junto con nosotros ha asumido en la encarnación y la gloria de la resurrección, está la cruz: el camino de las contradicciones y de las alteraciones de la imagen hacia la conformación con el Hijo, en el que se manifiesta la gloria de Dios, pasa a través del dolor de la cruz. Entre los Padres de la Iglesia, Máximo el Confesor ha reflexionado más que otros sobre esta conexión entre semejanza divina y cruz. El hombre, que es llamado a la "sinergia", a la colaboración con Dios, en cambio se ha opuesto a El. Esta oposición es "una agresión a la naturaleza del hombre". Ella "desfigura el verdadero rostro del hombre, la imagen de Dios, pues aparta al hombre de Dios y lo vuelve hacia sí mismo y erige entre los hombres la tiranía del egoísmo". Cristo, desde el interior de la misma naturaleza humana, ha realizado la superación de este contraste, su transformación en comunión: la obediencia de Jesús, su morir a sí mismo, se convierte en el verdadero éxodo que libera al hombre de su decadencia interior, conduciéndolo a la unidad con el amor de Dios. El crucificado se hace así "ícono del amor", precisamente en el crucificado, en su rostro herido y golpeado, el hombre se hace de nuevo transparencia de Dios, la imagen de Dios vuelve a brillar. Así la luz del amor divino descansa precisamente sobre las personas que sufren, en las que el esplendor de la creación se ha oscurecido exteriormente; porque ellas de modo particular son semejantes a Cristo crucificado, a la imagen del amor, se han acercado en una particular comunidad con aquel que sólo es la misma imagen de Dios. Podemos extender a ellos la palabra que Tertuliano formuló con referencia a Cristo: "Por mísero que pueda haber sido su pobre cuerpo... El siempre será mi Cristo" (*Adv. Marc.* III, 17, 2). Por grande que sea su sufrimiento, por desfigurados y ofuscados que puedan ser en su existencia humana, serán siempre los hijos predilectos de nuestro Señor, serán siempre de modo particular su imagen. Fundándose en la tensión entre ocultación y futura manifestación de la imagen de Dios, se puede aplicar a nuestra cuestión la palabra de la primera Carta de Juan: "nosotros desde ahora somos hijos de Dios, pero lo que seremos aún no ha sido revelado" (3, 2). Amamos en todos los seres humanos, pero sobre todo en los que sufren, en los deshábiles mentales, lo que serán y lo que en realidad ya son desde ahora. Ya desde

ahora son hijos de Dios, a imagen de Cristo, aunque aún no se ha manifestado lo que llegarán a ser.

Cristo en la Cruz se ha asimilado definitivamente a los más pobres, a los más indefensos, a los que más sufren, a los más abandonados, a los más despreciados. Y entre estos están aquellos de los que nuestro coloquio se ocupa hoy, aquellos cuya alma racional no llega a expresarse perfectamente mediante un cerebro débil o enfermo, como si por una u otra razón la materia se resistiera a ser asumida por parte del espíritu. Aquí Jesús revela lo esencial de la humanidad, lo que es su verdadero cumplimiento, no la inteligencia, ni la belleza y menos aún la riqueza o el placer, sino la capacidad de amar y de aceptar amorosamente la voluntad del Padre, por desconcertante que sea.

Pero la pasión de Jesús desemboca en su resurrección. Cristo resucitado es el punto culminante de la historia, el Adán glorioso hacia el que tendía ya el primer Adán, el Adán "terreno". Así se manifiesta el fin del proyecto divino: todo hombre está en camino del primero al segundo Adán. Ninguno de nosotros es todavía él mismo. Cada uno debe llegar a serlo, como el grano de trigo que debe morir para dar fruto, como Cristo resucitado es infinitamente fecundo porque se ha dado ilimitadamente.

Una de las grandes alegrías de nuestro paraíso será sin duda descubrir las maravillas que el amor habrá operado en nosotros y que el amor habrá realizado en cada uno de nuestros hermanos y hermanas y en los más enfermos, los más desfavorecidos, en los más dañados, en los que más sufren, en tanto que nosotros ni siquiera comprendíamos cómo era posible el amor por su parte, mientras su amor permanecía oculto en el misterio de Dios.

Sí, una de nuestras alegrías será descubrir a nuestros hermanos y hermanas en todo el esplendor de su humanidad, en todo su esplendor de imágenes de Dios.

La Iglesia cree en ese esplendor futuro. Quiere ser atenta en subrayar la mínima señal que los deje entrever. Porque en el más allá cada uno de nosotros brillará tanto más cuanto más haya imitado a Cristo, en el contexto y con las posibilidades que le hayan sido dadas.

Pero permítaseme aquí dar testimonio del amor de la Iglesia por las personas que sufren. Sí, la Iglesia os ama. No sólo tiene por vosotros la "predilección" natural de la madre por los hijos que más sufren. No queda admirada sólo ante lo que seréis, sino ante lo que ya sois: imágenes de Cristo.

Imágenes de Cristo que hay que honrar, respetar, ayudar en lo posible, ciertamente, pero sobre todo imágenes de Cristo portadoras de un mensaje esencial sobre la verdad del hombre. Un mensaje que tendemos demasiado a olvidar: nuestro valor ante Dios no depende de la inteligencia, ni de la estabilidad del carácter, ni de la salud, que nos permiten tantas actividades de generosidad. Estos aspectos podrían desaparecer en todo momento. Nuestro valor ante Dios depende solamente de la opción que hayamos hecho de amar lo más posible en la verdad.

Decir que Dios nos ha creado a su imagen, significa decir que El ha querido que cada uno de nosotros manifieste un aspecto de su esplendor infinito, que El tiene un proyecto sobre cada uno de nosotros, que cada uno de nosotros está destinado a entrar, por el itinerario que le es propio, en la beatífica eternidad.

La dignidad del hombre no es algo que se impone a nuestros ojos, no es mensurable ni calificable, escapa a los parámetros de la razón

científica o técnica; pero nuestra cultura, nuestro humanismo, no han hecho progresos sino en la medida en que esta dignidad ha sido más universalmente y más plenamente reconocida a personas cada vez más numerosas. Cada vuelta atrás en este movimiento de expansión, cada ideología o acción política que pusiera a algunos seres humanos fuera de la categoría de quienes merecen respeto, indicaría un regreso a la barbarie. Y sabemos que desafortunadamente la amenaza de nuestra barbarie gravita siempre sobre nuestros hermanos y hermanas que sufren una limitación o una enfermedad mental. Una de nuestras tareas de cristianos es dar a conocer, respetar y promover plenamente su humanidad, su dignidad y su vocación de criaturas a imagen y semejanza de Dios.

Quiero aprovechar esta ocasión que se me ofrece para agradecer a cuantos, con la reflexión o la investigación, el estudio o los diversos cuidados, se comprometen a hacer cada vez más reconocible esta imagen.

Hacia una nueva sensibilidad y mentalidad para con el enfermo mental*

Cardenal Fiorenzo Angelini

Arzobispo Titular de Messene, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, Doctor Honoris Causa en Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

La interrogante puesta en el tema no quiere introducir una duda sobre la verdad del reflejo de la imagen y de la semejanza de Dios en cada persona humana, sino identificar y profundizar, a través de los caminos de la razón, de la ciencia y de la misma experiencia, iluminadas por la fe, los vestigios de este misterioso reflejo de Dios en quienes, bajo múltiples formas y con articulada gravedad, sufren el malestar de patologías de la mente.

Pero lo que interesa es motivar una actitud positiva práctica frente a la interrogante, más que una respuesta afirmativa teórica y abstracta. Esta no es suficiente. Dado que la imagen divina resplandece en el hombre incluso cuando, a causa de las enfermedades de la mente, sus facultades son totalmente impedidas o limitadas en su ejercicio, es tarea de la comunidad social, y de manera especial de los cristianos, reconocer y celebrar la imagen divina en el hombre a través del servicio a quienes sufren estas patologías. El rechazo y la incapacidad de absolver este deber se vuelven culpables cuando se traducen en indiferencia frente al problema, en la completa ausencia de compromisos concretos. Es el deber al que la ciencia y la fe, la Medicina y la moral natural y cristiana están llamadas a absolver sirviéndose del creciente progreso y la reconocida eficacia de los medios terapéuticos.

La III Conferencia Internacional de 1989 también fue dedicada a la *mente humana*. Bajo muchos aspectos los temas afrontados en la Conferencia de este año representan un desarrollo actualizado.

Investigadores, hombres de ciencia, estudiosos de biomedicina, psicólogos, teólogos, sociólogos y moralistas de fama internacional, afrontarán durante la Conferencia los diferentes temas sobre la *estructura* de la mente humana, los datos sobre la difusión de las enfermedades mentales, sus *causas* directas e indirectas, los *lugares del malestar*, *los diferentes modelos* de referencia social, *las formas y las manifestaciones* de las diferentes patologías, así como los *criterios y los medios de prevención, terapia y rehabilitación*. Con una visión ética y espiritual, se profundizarán tareas y métodos de la asistencia a los enfermos de mente, tanto desde el punto de vista estrictamente médico como pastoral.

El trastorno de la mente que afecta a un quinto de la humanidad no sólo debe ser afrontado en sus causas, sino de manera especial en sus consecuencias, para que afrontándolas, curándolas e incluso sanándolas, se confirme la importancia de la concepción y visión de la vida que reconoce su origen en Dios, la inviolable sacralidad y la suma dignidad en cada persona humana.

Estamos acostumbrados a escuchar que antes de proceder al cierre de los institutos psiquiátricos es necesario proveer a las estructuras necesarias alternativas en el territorio; estructuras que en muchas regiones no existen o son insuficientes.

Esto es verdad, pero no es toda la verdad. Las estructuras no bastan por sí solas si luego en la gestión de las mismas no tienen el primer puesto los criterios humanos y cristianos que lleven a mirar al enfermo de mente más grave como a un hermano a quien debemos amar y servir. También se trata de un problema de *mentalidad*, que lamentablemente está cada vez más cerrada, egoísta, que tiende a rechazar el sufrimiento y a marginarlo. La ciencia ha dado mu-

* Palabras inaugurales del Cardenal Fiorenzo Angelini en la XI Conferencia Internacional del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, publicado en *Dolentium Hominum* N° 34, año XII (N° 1), 1997, pp. 10-11.

chos pasos adelante en la terapia de las patologías de la mente, pero estas terapias se confirman muy insuficientes si no están integradas por una renovada sensibilidad social. La experiencia está demostrando que uno de los problemas más agudos en la terapia y en la asistencia a los enfermos de mente es justamente cómo estar cerca de las familias que, por sí solas, no están en grado de seguir adecuadamente y sin riesgo a su familiar enfermo. Incluso las estructuras más modernas, si falta el *corazón*, terminan siendo análogas a los vituperados manicomios.

En lo que se refiere al problema de los agentes sanitarios comprometidos en este campo, todos ellos deberían ser psicológica, profesional, moral y espiritualmente preparados para este tipo de asistencia.

La Conferencia internacional afrontará también el estudio de las causas estructurales del

malestar psíquico de nuestra sociedad. El punto clave, sin embargo, sigue siendo la recuperación y la creación de una nueva sensibilidad y de una nueva mentalidad. En efecto, no hay duda que el origen de muchas y nuevas formas de malestar psíquico lo encontramos en una crisis de valores y en la afirmación de falsos valores que conducen a una creciente soledad. El pasaje de esta soledad al trastorno mental es breve, antes bien, puede ser muy breve. La alianza entre recursos científicos y recursos espirituales no representan una hipótesis de solución posible, sino la solución obligada y, por tanto, insustituible, dado que un número creciente de manifestaciones patológicas en el ámbito de las enfermedades mentales derivan del hecho que no se recurre, ya sea en sede de prevención o terapéutica, al aporte de los recursos espirituales.



La imagen del enfermo mental en los medios de comunicación*

Dr. Joaquín Navarro-Valls

Médico Psiquiatra

Director de la Oficina de Prensa de la Santa Sede

Los medios de comunicación social viven una época de enamoramiento con el enfermo mental. Es una época ya larga y cuyo principio puede datarse en el inicio del segundo tercio de este siglo. La serie de estudios hemerográficos comparativos afirman *primero* la atención de los medios hacia una amplia parte de la patología psiquiátrica. En *segundo* lugar esa atención tiende actualmente a crecer. Y en *tercer* lugar se señala lo que es aún más significativo: ese interés desborda el espacio regular que los distintos medios –televisión, prensa diaria y periódica, etc.– dedican a los regulares espacios sobre la salud. El enfermo mental –y este es un dato ya en sí relevante– no es, en los medios de comunicación, *un enfermo más*. Situando al enfermo mental fuera del genérico espacio dedicado a la patología humana, los medios subrayan su peculiaridad antropológica.

Una palabra de carácter metodológico. Cuando en nuestra relación hablamos de la *imagen* del enfermo mental en los medios de comunicación, nos referimos fundamentalmente a la *imagen dominante* presente en los medios. Y esto comporta desentenderse de imágenes más o menos elaboradas que se alejan de aquel *modelo predominante* en la mayor parte de los medios europeos y americanos que hemos estudiado.

Los medios descubren al enfermo mental

Si el enfermo mental es protagonista antiguo en la literatura científica, su frecuente presencia en los medios de masas es fenómeno relativamente reciente. Ciertamente, el enfermo mental no era objeto de atención privilegiada o

siquiera adecuada cuando los medios adquirían la vitalidad que hoy los define. Su presencia entonces en los medios masivos de comunicación era escasa. Volveremos más adelante sobre las posibles razones de este hecho. Lo que ahora interesa subrayar es que el descubrimiento del enfermo mental por los medios es reciente.

Este hecho es enigmático. En todo caso no es atribuible solamente al desarrollo evidente de las técnicas diagnósticas o semiológicas en la psiquiatría actual. Ni parece tampoco depender de la gravedad de unos u otros cuadros gnoseológicos. La vía de aproximación de los medios al enfermo mental –y esto no puede desconcertar– no es estrictamente científica. El tema lo plantean los medios más bien en términos de “significado” que de puro interés descriptivo o siquiera terapéutico. Y no es infrecuente –sobre todo en la cinematografía americana en los años 40 y en la prensa europea en los años 50– una presentación del enfermo mental como si fuera una *clave de lectura* para el ser humano contemporáneo; una especie de parámetro hermenéutico de la humanidad. El enfermo mental que más frecuentemente han presentado los medios durante una parte de nuestro siglo, más que un portador de enfermedad era un portador de mensaje: era alguien que *tiene algo que decir*. Y basta estudiar la imagen –casi ausente, o mejor, deliberadamente ausente– del enfermo mental en la prensa y otros medios de hace 70 años para concluir que el nuevo panorama no es principalmente un cambio operado en el ámbito exclusivo de los medios. Es más bien un cambio en la sensibilidad colectiva; un cambio de apreciación social.

En la actualidad –como veremos más adelante– esa imagen evoluciona nuevamente en un sentido que luego señalaremos.

He aquí un rasgo importante en la dialéctica mediática: la imagen del enfermo mental es di-

* Publicado en *Dolentium Hominum*, N° 34, año XII (N° 1), 1977, pp. 199-201.

námica; cambia. Y cambia en unos años radicalmente. Si nuestro interés por la imagen del enfermo mental que nos proporcionan los medios nos llevara a estudiarla en el arco de tiempo de este siglo encontraríamos una oscilación pendular que aún hoy está en plena evolución.

Primero apareció una imagen que llamaríamos *muda* del enfermo mental: la de un ser insolidario con su enfermedad. Y la enfermedad mental era vista –literalmente– como una *faulidad* con la que no cabía diálogo alguno. La enfermedad mental no traía luz alguna a la historia del hombre; no era, propiamente hablando, sino un accidente en la periferia del significado antropológico.

Pero de esta imagen se pasó en pocos años a otra en la que los medios se interesaban por la enfermedad mental en cuanto hecho de *interés humano*. El enfermo mental pareció reclamar ser valorado, explorado, interpretado. El enfermo podría, en definitiva, asumir biográficamente el significado de su enfermedad. Y en no infrecuentes casos la cinematografía presentó una relación del enfermo con su enfermedad, que recuerda los términos del enamoramiento. El enfermo mental se hacía argumento cinematográfico, informativo.

¿Qué cambio explica esta evolución en la imagen pública, no científica, del enfermo mental?

Tres cambios para explicar un cambio

La imagen pública del enfermo mental ha cambiado en esta segunda parte del siglo en función de tres factores principales: la evolución de la Medicina científica, los cambios en la sensibilidad social y la mutación en los modelos antropológicos sobre la condición humana. Estos tres factores han evolucionado profundamente a lo largo de este siglo. Y ese triple cambio condiciona la nueva perspectiva con que los medios han presentado o presentan hoy la imagen del enfermo mental.

La primera imagen del hombre mentalmente enfermo en la prensa de principios de este siglo era la de un ser alienado para el que conviene la expresión popular de *loco*. Su imagen era inquietante porque en ella había más de un elemento de amenaza para la comunidad. El enfermo mental era representado en el ápice de una lamentable condición humana a la que las más de las veces convenía aplicar el aislamiento de la comunidad. Por esto, raramente producía el enfermo mental noticia para los medios si no era en el ámbito de una supuesta o real peligro-

sidad social. Como ninguna otra enfermedad en nuestro siglo, la enfermedad mental arrastraba consigo un estigma que la sociedad procuraba aislar y los medios, en lo posible, silenciar.

En aquella imagen, los medios daban forma paradigmática a la consideración, tomada de una escuela psiquiátrica, "*Toda enfermedad mental es una enfermedad del cerebro*" y como tal, tan carente de significación antropológica como cualquier otro episodio de patología orgánica.

Es evidente que aquella imagen estaba forjada sobre una patología psiquiátrica extraordinariamente reducida. El "*enfermo mental*" de entonces era para los medios casi exclusivamente el enfermo esquizofrénico, el paciente con trastornos mentales orgánicos y los casos más serios de trastornos bipolares del humor, mientras que se excluía de aquella imagen lo que estadísticamente constituye hoy la mayor parte de la clínica psiquiátrica: la patología más abundante de los trastornos de humor, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos por el uso de sustancias psicoactivas, etc.

El "interés humano" del enfermo mental

El gran cambio en los medios acontece con la popularización de las teorías que abordan el problema de la etiología en la enfermedad mental. De todas ellas, ninguna ha contribuido tanto como el psicoanálisis a configurar fuera de la psiquiatría académica la imagen del enfermo mental. Su incidencia en los medios, principalmente prensa y cinematografía, fue enorme. Naturalmente, esa popularización se hizo a costa de trivializar las intuiciones freudianas, pero el resultado en términos de crear una nueva imagen del enfermo mental fue decisiva.

El psicoanálisis –o mejor su versión popular– traía a los medios la sugestión de presentar en forma "comprensiva" los síntomas clínicos incluso por parte de personal no especializado. Y su pretensión de "interpretar" los procesos mentales, tanto normales como anormales, confirió por primera vez a los ambientes mediáticos la capacidad de poder interesarse por el enfermo mental como elemento de extraordinario "interés humano".

Con la divulgación psicoanalítica, cambia la imagen del enfermo mental en los medios. Y cambia simultáneamente en dos dimensiones. En primer lugar, el enfermo mental abandona su aislamiento vital para convertirse en un ser cuya enfermedad puede ser asumida, interpretada, valorada, entendida. Y en segundo lugar, los me-

dios descubren que el ámbito de la enfermedad mental se amplía extraordinariamente para dar cabida a la gran patología de las "neurosis" que parece comprender provincias de la Medicina hasta entonces excluidas popularmente de la consideración de "enfermedad mental".

Si en la etapa anterior los medios se habían apropiado de la referencia general etiológica "toda enfermedad mental es una enfermedad del cerebro", en esta segunda etapa la referencia etiológica es más bien dinámica –psicodinámica– y se formulaba con el eslogan "toda enfermedad mental es expresión de un conflicto inconsciente". En el mundo de los medios de un trastorno del *cerebro*, se ha pasado a la categoría de un trastorno del *alma*.

Una imagen huérfana

En el siguiente paso –y es la situación actual– la imagen del enfermo mental sufre una acen-tuación sucesiva que aun manteniendo algunos rasgos de las imágenes precedentes incluye una nueva dimensión no propiamente referida a aquellas dos grandes categorías precedentes ya aludidas. La nueva imagen del enfermo mental que encontramos en los medios parte de unos parámetros nuevos. Y esos parámetros –configurados fundamentalmente más en términos sociales que etiológicos– son: la enfermedad se define por su *frecuencia*, su *manejabilidad* en términos terapéuticos y su *carencia de biografía*. O dicho de otro modo, el enfermo mental es socialmente ubicuo; curable en términos farmacológicos y, en la medida en que su mal es abordable desde la farmacología, tiene menos importancia la investigación *biográfica* de su enfermedad.

Ha disminuido en esa imagen popular del enfermo mental el interés por los *modelos etiológicos reduccionistas* que caracterizó el período entre los años 30 a 70 en América y entre los 35 a 45 en Europa. Con la disminuida vitalidad popular del psicoanálisis freudiano y de sus teorías alternas, decae en los ambientes mediáticos la sugestión por encontrar una respuesta omnicompreensiva al síndrome psiquiátrico y a presentar al enfermo mental en términos de una interpretación causal –teórica– única. Por el contrario, no es infrecuente hoy encontrar precisamente en los medios una insistencia en la inhabilidad del psicoanálisis para presentar hipótesis explicativas que puedan sufrir la prueba de la verificación experimental.

Paralelamente, los medios de comunicación de masas han transmitido la idea de la *ubicui-*

dad del enfermo mental, probablemente por el uso sistemático de la estadística y de las técnicas de investigación social. Esta enorme ampliación de espacio que los medios conceden hoy al enfermo mental parece ir más allá de lo que la Psiquiatría científica afirma. Sobre todo plantea el mismo problema que aparece en otras áreas de la divulgación científica que utilizan impropriamente el instrumento estadístico: la frecuencia se toma por norma y la extrapolación sucesiva es la de pretender interpretar "lo normal" desde "la anormalidad" o la salud desde la enfermedad. Es la pretensión a la que nos referíamos antes de que el enfermo mental sea un parámetro hermenéutico del ser humano. En todo caso, los medios actualmente con su insistencia en la descripción de rasgos característicos y conductas "extremas" tienden a confundir la frontera que, en la clínica psiquiátrica, define al enfermo mental.

Los ambientes mediáticos han percibido la *evolución terapéutica* de la enfermedad mental sobre todo por el desarrollo de la psicofarmacología. Y este elemento ha cambiado radicalmente la imagen del enfermo mental en los medios de comunicación. Esa imagen que a principios de siglo era la del ser aislado e insolidario –"Toda enfermedad mental es enfermedad del cerebro"– y al que la divulgación sobre las teorías psicodinámicas habían sucesivamente convertido en un ser enigmático pero lleno de "interés humano" –"La enfermedad mental es enfermedad del alma"–, es ahora la imagen de un enfermo al que la farmacología curará su mal sin necesidad de interesarse por la biografía de su enfermedad. La imagen dominante hoy del enfermo mental incluye la idea de que la terapéutica fundamental –a veces exclusiva– es la farmacológica y, por tanto, resulta secundaria, y hasta a veces inútil, la pregunta sobre la *biografía* del síndrome clínico.

Este es, probablemente, el elemento nuevo presente hoy en la imagen popular-dominante del hombre enfermo: el de presentar a la enfermedad como *huérfana*, sin biografía y sin historia: como un visitante casual de cuya llegada no se encuentra aviso alguno en la vida precedente del paciente. A este rasgo conduce tanto la presunta manejabilidad farmacológica de la enfermedad mental, como el desinterés por los modelos etiológicos que una vez dieron a los medios la ficción de una fácil comprensión de la enfermedad mental.

El enfermo mental hoy aparece en los medios como el portador de una enfermedad que no tiene raíces en el pasado. El interés descripti-

vo por su estado y conducta excluye la pregunta sobre la posible influencia de la vida del enfermo –preferencias, educación, categorías valorativas, expectativas, etc.– en su estado actual. La enfermedad mental –dicen con sus descripciones los medios– es una *situación* y no un lugar al que se llega frecuentemente desde unos presupuestos –hábitos, conductas de riesgo, predisposiciones, etc.– elocuentes para la clínica psiquiátrica.

Es reiterativa, por ejemplo, la presentación de los trastornos por el uso de sustancias psicoactivas sin las referencias al contexto social de estos trastornos, a las causas sociales de su desarrollo, a las influencias sociales y culturales, a las actitudes, creencias y expectativas previas de estos enfermos, al ambiente de estabilidad o inestabilidad familiar, etc. Sin ese contexto humano *clínicamente relevante*, el enfermo con drogadicción termina por aparecer sistemáticamente ubicado en las páginas del periódico dedicadas a “sucesos” y, muy frecuentemente, su imagen aparece ligada al concepto de “delincuencia”.

Un reduccionismo de este estilo aparece frecuentemente en el tratamiento informativo de otras patologías psiquiátricas. La imagen –por ejemplo, en cinematografía, televisión o prensa– del enfermo depresivo es con frecuencia eficaz desde el punto de vista *descriptivo*. Pero la carencia de referencias causales sitúa a la enfermedad en un plano de total discontinuidad con la biografía del enfermo. Nada hay tan engañoso como la imagen de un depresivo que aparece en desconexión con su propia biografía. Sin la referencia a su modo habitual de reaccionar al estrés, sin el conocimiento de sus hábitos o de las situaciones de riesgo presentes en su vida y, en definitiva, sin una luz adecuada que ilumine la configuración general de su vida, el enfermo depresivo no es comprensible o siquiera verosímil.

La *amputación biográfica* del enfermo mental es quizás el más común y probablemente el más constante rasgo con que los medios transmiten hoy su imagen. Es lo que llamamos una enfermedad *huérfana*: sin genealogía, sin paternidad, sin biografía. Se presume –lo que no

siempre es cierto– que la enfermedad mental es pura fatalidad, gratuidad suma que avviene sin conexión alguna con datos antropológicos –vitales– precedentes.

En otras patologías orgánicas –enfermedades infecciosas, neoplásicas, etc.– los medios recuerdan criterios higiénicos y preventivos que ayudan a evitar la enfermedad. En el caso del enfermo mental, raramente avisan de conductas arriesgadas, de configuraciones vitales que constituyen de hecho factores predisponentes, precipitantes o perpetuantes de la enfermedad mental. Se presenta así al enfermo mental no sólo fuera de un contexto antropológico, sino que también se le escamotea al paciente la comprensión de aquellos elementos que podrían constituir una adecuada *higiene vital* de su enfermedad.

Podríamos ahora, para terminar, plantear la pregunta sobre la relación entre esa imagen del enfermo mental y la consideración que de él tiene la psiquiatría científica.

No hay duda de que la imagen de los medios y su evolución en este siglo ha seguido, al menos de lejos, las distintas configuraciones conceptuales –diagnósticas, de clasificación y terapéuticas– de la enfermedad mental en la psiquiatría académica: la psiquiatría es una de aquellas áreas del saber médico que ha contado siempre con buenos divulgadores. Pero la ósmosis entre psiquiatría científica y medios de comunicación no ha producido aún los resultados que cabría esperar.

Algunos de los reduccionismos presentes en la imagen del enfermo mental transmitida por los medios estaban ya latentes en algunas de las concepciones de la misma psiquiatría. Otros –los más– han sido introducidos por los mismos medios, lo que confirma la insuficiencia de aquella divulgación.

De estos reduccionismos el más notable, en nuestra opinión, es de carácter determinista y su más aparente perfil es el que presenta al enfermo mental descoyuntado de su propia biografía. Su limitación mayor –y su riesgo– es la de *despersonalizar* al hombre enfermo amputando el síndrome psiquiátrico de sus raíces antropológicas.

Papel de la Iglesia en el tratamiento de los enfermos mentales*

P. Pierluigi Marchesi, O.H.

*Responsable de la Oficina Estudios de la Provincia
Lombardo-Véneto de la Orden de San Juan de Dios (Italia).
Miembro del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios*



Introducción

Las órdenes religiosas, como parte de la Iglesia, comprometidas en los diferentes servicios a la Humanidad, se han distinguido en el pasado por su capacidad de afrontar las necesidades de los hombres en los diferentes contextos históricos. En la actualidad ellas tienen en cuenta el presente con la tentativa de hacer cada vez más actual la riqueza de los

carismas de su fundación defendiendo su peculiaridad y a menudo luchando con sistemas jurídico-administrativos lejanos de la sensibilidad cristiana. Entre las iniciativas más merecedoras debemos considerar aquellas destinadas a los incurables, a los enfermos pobres, a los leprosos y apestados, a los niños expósitos, porque son considerados anormales o no deseados.

Entre las personas más necesitadas de hoy, gracias también a la ayuda de muchos voluntarios, los religiosos se ocupan de los enfermos oncológicos en fases terminales, de personas enfermas de SIDA o tóxicodependientes y de personas con *handicap* mental grave. Debo decir

* Publicado en *Dolentium Hominum*, N° 34, año XII (N° 1), 1977, pp. 205-207.

que me apena no haber podido recopilar datos sobre las múltiples presencias de la Iglesia en estos sectores de la asistencia. Con este fin, el mes pasado envié una carta a varios institutos religiosos, aún no he recibido respuesta alguna. Aprovecho esta ocasión para invitar a las varias Conferencias Episcopales y al mismo Pontificio Consejo para los Agentes Pastorales, para lanzar una campaña de información sobre los modelos asistenciales practicados en estos sectores por religiosas, religiosos y por las innumerables organizaciones del voluntariado católico en el mundo. Un censo sobre estas iniciativas podría servir también como llamado a quienes desean consagrar su vida totalmente al servicio de los enfermos más olvidados.

I. Una mirada al pasado

Permaneciendo en el ámbito, gracias al cual he acumulado mi experiencia en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de los *Fatebenefratelli*, quisiera hablar de la asistencia a los enfermos mentales. En el pasado los *Fatebenefratelli* hicieron una específica elección de campo del método de dulzura para aplicar los tratamientos a los enfermos de mente.

Tenemos compañeros ejemplares que desean recordar.

Ya en 1632 San Vicente de Paul fundó en París la Casa de San Lázaro —de aquí el nombre de Lazaristas—, verdadero modelo de caridad, incluso de ternura y de amor hacia los enfermos mentales que encontraban así un asilo piadoso.

Sólo en la Francia del 1600 había diez pensionados en los que los Hermanos de San Juan de Dios recogían a estos enfermos abandonados. Para los hombres, a ellos se juntaron los Franciscanos, los Hermanos de las Escuelas Cristianas y los Maristas. Para las mujeres, en cambio, se dedicaron las Religiosas del Buen Pastor, las Ursulinas de Santa Pelagia y las Penitentes.

La obra de los Juaninos fue una obra práctica inspirada en la misma acción de San Juan de Dios que, como prueba personal, experimentó cuidados reservados en esa época a los enfermos de mente o a aquellos considerados como tales.

Alrededor del 1700 encontramos la convicción científica, justamente de parte de los mismos hospitalarios, según la cual la locura dependería de una lesión orgánica del cerebro. Por esta razón se comenzaba a pensar que dichos enfermos podían ser curados. Con esta concepción se salía de la identificación locura = posesión demoníaca. Os ruego subrayar este pasaje,

dado que con varios presupuestos se trata de una convicción que pone las bases para la rehabilitación neuropsiquiátrica moderna.

San Juan de Dios, como después San Camilo de Lellis y San Vicente de Paul, intentaron humanizar la asistencia restituyendo el debido respeto a los enfermos pobres y abandonados.

Como afirma el histórico italiano Cosmacini, alrededor del 1500 la asistencia hospitalaria en Europa era considerada una praxis ambigua oscilante entre celo y desapego. A menudo los enfermeros y los médicos veían en el enfermo a uno diverso. Diferente del normal y de sí. De aquí se derivaba un comportamiento absentista y prevaricador que generaba incuria y violencia, añadiendo sufrimiento a la enfermedad.

Como guía de esa práctica asistencial surge San Juan de Dios, que desea un hospital donde curar a los enfermos a su manera, reaccionando contra el oscurantismo y viendo en el enfermo al semejante y no al diverso.

Gracias a él se afirma un modelo de antropología relacional, por lo que el semejante cuida a su semejante, el enfermero al enfermo y el hombre a otro hombre enfermo o menos afortunado que él.

La “locura” de San Juan de Dios asume, pues, un valor simbólico de incalculable interés espiritual porque instaura un proceso de recuperación de los pobres locos considerados simplemente como hombres irrecuperables.

El movimiento de atención y cuidado hacia los enfermos de mente que proviene de los Hermanos de San Juan de Dios lleva a la luz un esquema de servicio hospitalario que ha guiado a través de siglos a las instituciones católicas en su ayuda a los enfermos.

He aquí las líneas guía:

1. Servir al enfermo es una obra que proviene directamente de los principios de la fe como lo es el amor universal de Dios y la dignidad del hombre.
2. Por tanto, el servicio es un derecho-deber de la Iglesia en el respeto de las diferentes realidades culturales, como anuncio de salvación frente a la enfermedad.
3. Toda obra hospitalaria es una obra de evangelización y por lo mismo testimonio del amor misericordioso de Cristo.

A partir de la Revolución Francesa hasta nuestros días muchos cambios han transformado los sistemas sanitarios, pero los religiosos inclu-

so cuando no han sido numerosos, nunca han dejado de servir a los enfermos con espíritu de abnegación y con la mirada fija en su misión evangelizadora.

2. Las nuevas fronteras de la asistencia a los enfermos mentales

Los Hermanos de San Juan de Dios, al igual que muchos religiosos más, han guiado instituciones para enfermos mentales ejerciendo un papel de suplencia en la labor del Estado. A través del tiempo han reconocido, a menudo anticipando la acción pública, la necesidad de limitar las hospitalizaciones a todo costo y de poner al paciente psiquiátrico como centro de una asistencia multidisciplinaria al menos en Italia. Pero lo mismo podría decir con referencia a Portugal, España, Irlanda o Colombia. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios ha catalizado una serie de estudios y de investigaciones para que los especialistas en la materia pongan en común sus conocimientos no sólo por exigencias metodológicas sino también humanistas. Se ha realizado una verdadera batalla cultural dentro y fuera de la Orden para entender cómo prevenir la enfermedad mental, evitar que se vuelva crónica y encontrar modelos flexibles para la rehabilitación.

Un hijo de San Juan de Dios, el Padre Benito Menni, proclamado recientemente Beato por el Santo Padre, fundó una congregación religiosa femenina que tiene como finalidad en su camino, de manera especial y heroicamente, la asistencia a los enfermos mentales. El mismo padre Menni, al restaurar la Orden en España, puso en primer lugar la asistencia psiquiátrica fundando numerosos institutos psiquiátricos.

Retomando el modelo terapéutico, que los históricos lo llamaron *método de la dulzura*, nosotros hemos reinterpretado la rehabilitación como instrumento de una verdadera humanización y no sólo la ejecución técnica de protocolos. Hemos corrido el riesgo, como decimos desde hace diez años, de creer en el posible pasaje de la custodia a la rehabilitación psiquiátrica que se basa en cuatro pilares fundamentales:

- a. Utilizar las potencialidades humanas de cada minusválido mental
- b. Enseñar al enfermo el modo para desarrollar sus habilidades y el sentido de autodeterminación
- c. Humanizar los programas terapéuticos a través de la continua formación de los agentes sanitarios

- d. Cambiar el ambiente de vida y construirlo a medida del hombre.

La rehabilitación, en fin, como nueva visión del disturbio psíquico y desmedicalización del contexto terapéutico.

Las diferentes escuelas de rehabilitación tienen hoy el mérito de haber descubierto los infinitos caminos para ayudar a quien llamamos loco para que vuelva a la llamada normalidad. Pero permanece un peligro. Como religiosos y creyentes debemos sentirnos llamados para evitar que se pierda y se sofoque la subjetividad del enfermo mental. Conscientes de las convicciones teóricas de los modelos rehabilitativos, debemos evitar la homologación de todos los pacientes en historias paralelas o superpuestas y sigamos las desviaciones individuales mucho más que nuestras propias recetas técnico-científicas.

El hombre, incluso loco, es hecho a imagen de Dios y debe ser respetado justamente por su debilidad extrema que constituye la originalidad vulnerable. El hombre siempre es hecho a imagen de Dios, sobre todo cuando en él se pierden los rasgos físicos y espirituales de aquella inteligencia sublime que nos ha creado justamente *ad imaginem et similitudinem suam*.

Me arriesgaría a decir que si falta esta fe en el Dios débil y herido, capaz de sufrir en sus criaturas, falta el mismo presupuesto de igualdad y de solidaridad entre los hombres.

Si se me permite dirigir un llamado final a los hombres de ciencia y a los políticos interesados en el tema, quisiera decir que el enfermo mental hoy tiene necesidad sobre todo de este reconocimiento de Dios herido que camina en medio de nosotros.

Formemos personas humanas capaces de captar su grito y de comprender su gesto. Dios está en medio de nosotros en los locos, en los pobres desheredados, en el sufrimiento así como en las conquistas de la ciencia y en el gozo de vivir.

El sufrimiento revela cruelmente a los hombres los límites mismos de la obra de Dios, las heridas abiertas por la falta de un pacto de alianza entre naturaleza y Dios, el signo de una contradicción entre el amor del Creador y la dureza impenetrable del creado.

Aquí se revela la debilidad de nuestro Dios que nos ama tanto, hasta el punto de compartir con nosotros. Dios no debe ser objeto de nuestras lamentaciones porque El mismo sufre y la

alianza con el hombre culmina en la participación en el anonadamiento de su hijo, Cristo, que se ha hecho hombre sufriente.

Que Dios sea frágil porque es amor, es la única metáfora que lo protege de las acusaciones de insensibilidad o injusticia como escribe Paul Ricoeur, uno de los más grandes filósofos creyentes contemporáneos.

Conclusión

Toda la sociedad y sobre todo la comunidad eclesial está llamada a dar un paso de calidad en el ejercicio de las profesiones sanitarias, la organización de los servicios a las personas y la construcción de microestructuras habitativas capaces de apoyar el esfuerzo de las familias de los enfermos mentales.

Justo en un momento en que de muchas partes llega la invitación para cerrar los manicomios, de las familias se eleva un grito desesperado que invoca de manera provocatoria la eutanasia en vez del abandono de sus seres queridos en las calles.

Todos los cristianos y los agentes sanitarios en particular, estamos llamados para crear puntos de referencia y grupos de apoyo para las familias. Demos espacio al voluntariado que puede desarrollar una misión educadora de gran civilización cristiana, proponiéndose también como empresa activa de solidaridad social.

El enfermo mental, en quien resplandece a su modo la luz del Espíritu del Creador, debe ser protegido a cualquier costo del viento del miedo y de la maldad para que también hoy sigamos hablando de caridad.



"Demencia consecutiva a manía". Autor: Ambroise Tardieu. Philadelphia Museum of Art., SmithKline Beckman Corp. Fund.

La psiquiatría y el paciente terminal

Acercamiento a la muerte. Una reflexión psiquiátrica

Zdzislaw Jan Ryn

Profesor de Psiquiatría, Vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cracovia (1981-1984). Jefe del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Jagiellona y Jefe del Departamento de Patología Social de la Academia de Medicina de Cracovia. Ex Embajador Extraordinario y Plenipotenciario de la República de Polonia en Chile. Otros antecedentes ver en REMUC 11/93, pp. 251-252



Para comenzar tenemos algunas observaciones generales sobre la Psiquiatría y el psiquiatra. Se puede decir que el psiquiatra, en comparación con los médicos de otras especialidades, se encuentra muy raras veces con un paciente terminal. La razón es muy simple: las enfermedades mentales, en su mayoría, no son mortales. Los pacientes psiquiátricos mueren por otras causas, principalmente somáticas. Como excepción, se puede nombrar, por ejemplo, el *delirium tremens*, que es una de las psicosis alcohólicas, de carácter biológico-tóxico. Alrededor de un 10% de estos enfermos mueren por causa de una caída psicósomática del organismo.

Un porcentaje de casos mortales se observa también en el transcurso de la psicosis catatónica, tanto hiperquinética como hipoquinética (estupor catatónico). En el caso de la primera forma, la muerte es resultado de un agotamiento completo del organismo por un esfuerzo físico extremo. En el segundo caso, la muerte es resultado de un paro del metabolismo.

La experiencia como psiquiatra clínico me dice que los pacientes, al sufrir mucho psicológicamente, a veces no experimentan ningún sufrimiento físico. La enfermedad, en la mayoría de los casos, tiene carácter crónico, incluso progresivo. No obstante, los pacientes no mueren

por una causa psiquiátrica. La muerte y la agnía en la experiencia subjetiva de los pacientes mentales son una incógnita fascinante, tanto desde el punto de vista psicopatológico, como también filosófico. Esto se presenta en todas sus dimensiones y variedades, en la experiencia con pacientes esquizofrénicos y depresivos.

El fenómeno de suicidio

Un aspecto de carácter especial lo forma en la práctica psiquiátrica el *caso del suicidio*. No sin razón, pensamos que los suicidas son personas que sufren un desequilibrio mental o emocional. Existe una disciplina aparte de la Medicina y de la Psiquiatría, *suicidiología*, que se dedica a enfrentar este fenómeno desde diferentes puntos de vista: biológico (determinación genética, enzimática), psicológico (la motivación y la personalidad de los suicidas), hasta filosófico, ético y religioso.

Se puede decir que el suicidio de un paciente mental, especialmente un suicidio realizado en el hospital, es una tragedia y un fracaso profesional-ético para el mismo psiquiatra. La enfermedad más expuesta al comportamiento suicidal es la depresión (la melancolía), especialmente la endógena, la depresión adolescente y la senil.

Se calcula, según diferentes fuentes, que el 15 - 25% de los pacientes depresivos terminan su vida en forma de suicidio. Entre los suicidas hay también pacientes esquizofrénicos. Está claro que los pacientes sicóticos –tanto depresivos como esquizofrénicos– realizan su atentado suicidal en forma efectiva, porque ellos sufren verdaderamente y sienten un profundo deseo de la muerte. Este deseo de la muerte es tan profundo, que en algunos casos no hay una manera suficiente para proteger al paciente contra el suicidio. Yo también tengo esta experiencia traumática, que dejó en mi conciencia una herida, una huella permanente en forma de frustración y de sentido de culpa. El suicidio de un paciente a menudo ha sido motivo de abandono de la profesión por algunos médicos, especialmente jóvenes y con personalidad psicoasténica.

En la Psiquiatría, la depresión y la enfermedad afectiva son enfermedades donde el paciente y su médico se confrontan permanentemente con el problema de la muerte.

La vejez

Entre los psiquiatras no hay una opinión clara u homogénea sobre la psicoterapia de la gen-

te anciana. Este es el método justificado en el tratamiento de las personas de edad que sufren debido a diferentes enfermedades de naturaleza orgánica, como por ejemplo arterosclerosis o el mal de Alzheimer. Lamentablemente, en la Medicina occidental los psiquiatras consideran la psicoterapia de la gente anciana como un método inútil. Desde el punto de vista humano y en mi propia opinión, esta actitud es inaceptable.

Uno de los alumnos de Freud –Carlos Jung– se preocupaba mucho por los pacientes de alta edad. Según su opinión, en la primera fase de la vida, este tipo de paciente está más comprometido e involucrado en la lucha por su posición en el mundo externo. Posteriormente, en la segunda fase de su vida, se dirige a su mundo interno, a sí mismo, hacia su interior. Precisamente, en este proceso, en esta expedición hacia su interior, el hombre de edad necesita un guía, un psicoterapeuta.

Los problemas básicos de la vejez son los siguientes: la soledad - la edad biológica y calendárica - la muerte.

Normalmente las personas ancianas tienen el sentido de la continuación de la vida humana. Pero, en el transcurso de diferentes enfermedades, especialmente mentales, esta sensación de continuidad se rompe. El hombre pierde el sentido natural del pasar del tiempo y también de su ritmo o velocidad. Hay aquí, adicionalmente, un fenómeno fisiológico: en la edad avanzada el tiempo corre más rápido que en la juventud. La confrontación con la realidad se realiza a través de la presión del ambiente, particularmente social y cultural. Es una regla que la persona vieja tiene la sensación de ser más joven de lo que efectivamente es.

A veces sucede que las personas jóvenes se sienten más viejas de lo que son, y eso como consecuencia de los traumas psíquicos o de las enfermedades, como por ejemplo, resultado de experimentar la guerra y en general de las experiencias extremas.

Se pueden observar diferentes estrategias de adaptación a la vejez. Richard diferencia las siguientes estrategias:

Actitud colérica. Ella se expresa en una insatisfacción provocada por la necesidad de los cambios en el mundo externo. La persona se presenta agresiva y hostil frente al ambiente social y esta actitud se proyecta a las instituciones, empresas, sistema social y político, etc.

Otra actitud se relaciona con la necesidad de fortalecer o aumentar su propio valor. Entre las actitudes negativas, con frecuencia se obser-

van las actitudes de *amenaza e inseguridad*. Estas se expresan por el miedo frente a la miseria. En esta base se desarrollan ilusiones en torno de la pobreza y del hambre que pueden conducir hasta el sentido de nihilismo y miedo frente a la muerte.

Es posible también una actitud de *alienación*, especialmente cuando los hijos salen de la casa familiar y los padres se quedan solos. La persona vieja siente que es un peso para sus familiares. Esta actitud se convierte en un sentimiento de enemistad.

Es posible también la actitud *hipocondríaca* junto con una tendencia a concentrarse en sus molestias y síntomas somáticos. Raras veces se puede observar una actitud constructiva o *creativa*. Este tipo de personas presentan una gran necesidad de accionar, de ser activas socialmente, de desarrollar diferentes actividades, incluso altruistas, actitud protectora, deseo de educación, etc.

Se sabe bien que el hombre joven vive con su conciencia dirigida más hacia el futuro, percibe grandes perspectivas. Esta es la causa por la que el hombre joven tiende a adelantarse a sí mismo. Al contrario, un hombre de edad mira hacia atrás, hace un balance de su vida pasada y evalúa las etapas ya vividas.

Parece ser que en la vejez el hombre presenta una actitud de distanciarse frente a la vida y percibe la realidad que lo rodea "*como de mentirillas*"; hay algo de juego en esta actitud. Por eso, probablemente, los ancianos a veces tienen mejor contacto o relación con sus nietos que con sus hijos. Los niños aceptan una actitud de juego entrando en la vida y los ancianos descendiendo de la misma, y en efecto esta perspectiva psicológica común produce un acercamiento entre ambas generaciones.

Se puede decir que si la persona anciana experimenta un balance de su vida de manera dolorosa, ello significa que no alcanzó una madurez correspondiente a su edad. Este mecanismo es la fuente de frustración y de pérdida del sentido de la vida. Así nace el deseo de la muerte y por eso crece el nivel de los suicidios.

Vale la pena analizar las características psíquicas y las predisposiciones que facilitan (o determinan) el desarrollo de los estados depresivos en la edad alta. Generalizando los resultados de diferentes estudios se pueden mencionar las siguientes características: sensibilidad - escrupulosidad - la seriedad y los síntomas obsesivos - intolerancia - rigidez de las normas morales - perfeccionismo.

El problema axial de la vejez es la muerte. Generalmente, el ser humano presenta ante la muerte una actitud *ambivalente*. Probablemente, no hay un solo hombre que no haya reflexionado, en diferentes circunstancias, sobre su propia muerte. Normalmente el hecho de reflexionar e imaginarse su propia muerte produce un miedo. Pero, paradójicamente, hay situaciones cuando provoca una fascinación y añoranza. Se pueden mencionar muchas situaciones y comportamientos humanos, plenamente conscientes que forman manifestaciones de una necesidad de expiarse a las situaciones de peligro extremo. A veces el hombre se acerca conscientemente al margen de la vida solamente para experimentar y quizá deleitarse con el sabor de la muerte; y todo eso transcurre con pleno control intelectual.

Se sabe bien que las personas que sufren enfermedades incurables, independientemente del nivel de su conciencia, incluso los médicos, rechazan completamente los pensamientos sobre la muerte. Esto forma uno de los más fuertes mecanismos psicológicos de autodefensa. El mismo mecanismo se observa en el caso de las personas que experimentan un peligro directo sobre su vida, por ejemplo en los paracaidistas, en el caso de que el paracaídas no se abra; en el caso de los alpinistas, pilotos, etc.

Igualmente los ancianos rechazan los pensamientos sobre la muerte. Como lo muestran los estudios, muy poca gente piensa o analiza su propia muerte de una forma tranquila, madura o valiente. Con frecuencia los ancianos se preocupan mucho de su futuro lejano, de sus hijos, de su familia, temen por la pobreza y hambre, entonces ahorran, acumulan reservas, etc. Naturalmente, estos son también mecanismos de defensa.

Juan Pablo II sobre la vejez y la muerte

Al hablar sobre la vejez, Juan Pablo II la ha comparado con la última parte de una gran sinfonía, donde los grandes temas de la vida humana resuenan potentemente. La vejez es el tiempo de la cosecha de lo que se experimentó y logró, pero también de lo que se sufrió y aguantó.

Ilustrando los valores indiscutibles de la edad avanzada, la específica distancia que le permite al hombre situarse por encima de las cosas, la posibilidad de observar el mundo no solamente con los ojos, sino también con el corazón; el Papa señala que tan fácil es a veces reducir o perder estos valores al permitir que surjan los típicos defectos de la vejez.

Juan Pablo II trató también un tema muy íntimo: el consuelo ante la proximidad de la muerte. Al finalizar su visita pastoral en Alemania en 1980, dijo a las personas de edad avanzada: *"Desde el mismo nacimiento nos acercamos a la muerte, pero en la edad avanzada estamos año tras año cada vez más conscientes de su proximidad (...). El Creador así lo hizo, que la vejez casi de manera natural acostumbra al hombre a la muerte (...). La gran escuela de la vida y de la muerte nos conduce también a la tumba de alguien. Nos manda a estar no solamente ante un lecho mortal (...). El hombre anciano experimenta mayor número de esas lecciones de la vida que el joven, y las experimenta cada vez más. Esta es su gran ventaja en el camino hacia aquel umbral, que frecuente y unilateralmente nos lo imaginamos como un abismo y una noche. Esto, lo que está más allá de aquel umbral, nos parece nebuloso, sin embargo, a aquellos que nos antecedieron, Dios les permite, más frecuentemente que lo que nos parece, cuidarnos y acompañar nuestra vida con su amor"*.

El médico y el paciente terminal

Un médico general no está preparado para responder en forma adecuada a todas las necesidades psicológicas de una persona anciana y, especialmente, no tiene preparación profesional para mantener un diálogo sobre la muerte. Se puede decir que el médico moderno y especializado sabe bien cómo curar las enfermedades, cómo prolongar la vida humana, pero al mismo tiempo se presenta ignorante de la muerte y de la agonía humana. Es curioso que en los programas de la enseñanza médica no haya una materia sobre tanatología, sobre el misterio de la muerte humana. Por eso, en los hospitales, llenos de equipos modernos para resucitación, reanimación, como norma funciona que se deja sin ayuda psicológica y espiritual al paciente terminal. Con frecuencia se deja al paciente moribundo en una sala aislada, se lo separa con un biombo de otros pacientes y se lo deja para que se muera... "tranquilo".

La práctica de ausencia, en el momento de la muerte, tanto de los familiares, como del médico e incluso de la enfermera, es también un resultado del mecanismo de rechazo a la muerte. Lo mismo expresan las costumbres funerarias que divergen en diferentes culturas y religiones.

Es curioso que no tengamos ningún relato de alguien que haya experimentado la muerte. Pero la muerte es una experiencia irreplicable, irrever-

sible. Los relatos de las personas que han vivido su propia agonía son impresionantes; vale la pena recordar aquí un libro ya clásico de Moody, "Vida después de la vida". Existe una sociedad (IANDS) y también una revista especializada (NDE) que se dedican a los estudios sobre las experiencias cercanas a la muerte humana (*near-death experiences*).

En las empresas de la muerte

En mi práctica médica tuve oportunidad de trabajar como psiquiatra con cientos de los sobrevivientes de los campos de concentración en Polonia, especialmente con los ex prisioneros de Auschwitz. De ellos ha sobrevivido solamente el 10%, experimentando en forma continua la muerte masiva de sus coprisioneros y amenaza mortal de su propia vida. Esta experiencia dejó sus huellas en la personalidad y en el estado mental y emocional de todos ellos.

La primera reacción de cara a la muerte fue el horror y miedo. En estas situaciones, unos prisioneros experimentaron un miedo paralizante y otros una fuerte tensión con características de éxtasis y levitación. Se trasladaban en su imaginación alterada a otro mundo, un mundo futuro, más hermoso, sin crueldad ni sufrimientos; sintieron la cercanía de Dios y de los valores absolutos.

Los prisioneros que se encontraban entre los fusilados en grupo sintieron de manera física el impacto de las balas, inclusive, aunque en realidad no estuvieron amenazados por ellas. El sentido de una agonía lenta, el adormecimiento de todo el cuerpo, la paralización de los reflejos motrices y de habla, como también la prolongación subjetiva del tiempo, estos eran los síntomas de las reacciones psíquicas.

El carácter masivo de la muerte en el campo, durante 2 o 3 meses, condujo a una indiferencia emocional de los prisioneros tanto frente a la muerte de los coprisioneros, como también frente a la muerte propia. Este mecanismo de adaptación para la vida y para la sobrevivencia fue denominado como "autismo del campo". Era un mecanismo básico de defensa que facilitó sobrevivir la atrocidad del campo.

Experiencia personal

Permítanme por favor mencionar también una experiencia personal. Hace veinte años, en un corto tiempo de cuatro meses, murieron en mis brazos tres hombres: el padre de mi esposa, mi maestro y mi padre. Los tres expresaron ante

mi una síntesis, un credo de su vida. En un tiempo muy reducido perdí a los tres seres humanos más significativos en mi vida, y especialmente dos: mi padre, quien me dio una orientación ética y moral, y mi maestro, quien influyó mucho en mi formación intelectual y profesional. Como resultado de esta experiencia traumática, es que hasta hoy no puedo diferenciar ni separar los fallecimientos de las tres personas más significativas de mi vida. La pérdida de ellos provocó un desequilibrio en mi jerarquía de los valores y en mi propia actitud frente a la vida y a la muerte.

Esta experiencia evolucionó mucho durante mi estadía en México, donde tuve la oportunidad de conocer y acercarme a la cultura mexicana de la muerte, tan distinta por cierto de la europea.

Y una experiencia personal más. Soy alpinista y participante de una serie de expediciones de alta montaña, también de expediciones andinas. Exactamente en los Andes experimenté dos veces un acercamiento con la muerte. Primero en el altiplano boliviano: por soledad, agotamiento e hipotermia, y luego en el Aconcagua: por caer desde noventa metros de altura por un glacial pendiente. Estas experiencias me han permitido parcialmente reconstruir y comprender mejor las experiencias de casi treinta de mis compañeros alpinistas que perecieron en las montañas por causas diversas: accidentes, avalanchas o por patologías extremas de las grandes alturas. La mayoría de ellos formaba parte de un grupo experimental para realizar mi

tesis doctoral sobre el cerebro humano en las grandes alturas. La mayoría de ellos eran mis amigos...

No puedo creer, hasta hoy, que ellos fallecieron. A veces regresan en mis pensamientos como buenos compañeros, alegres y valientes: estoy seguro que ellos continúan su expedición, su última ascensión de la vida... hasta las alturas extremas.

Conclusiones

Para terminar mi reflexión psiquiátrica en torno de la muerte quisiera presentar solamente algunas conclusiones prácticas:

- el hombre frente a la muerte, sano o enfermo, particularmente un paciente terminal, desea decir algo, expresar algo sumamente importante o para sí mismo o para los otros;
- el hombre, al enfrentar la muerte quiere concluir algo en forma definitiva;
- el hombre frente a la muerte desea transmitir algo a los que seguirán viviendo;
- el hombre, muriéndose quiere proyectarse en forma transcendental.

Para realizar estos deseos el hombre necesita a un compañero, necesita a otro, a un acompañante, que le ayude a pasar el sufrimiento y le apoye en su paso gigantesco entre la vida y la muerte.

Pájaro de mi corazón

*Pájaro de mi corazón no estés triste,
te daré de comer granos de alegría, relucirás.*

*Pájaro de mi corazón no llores,
te daré de comer granos de ternura, volarás.*

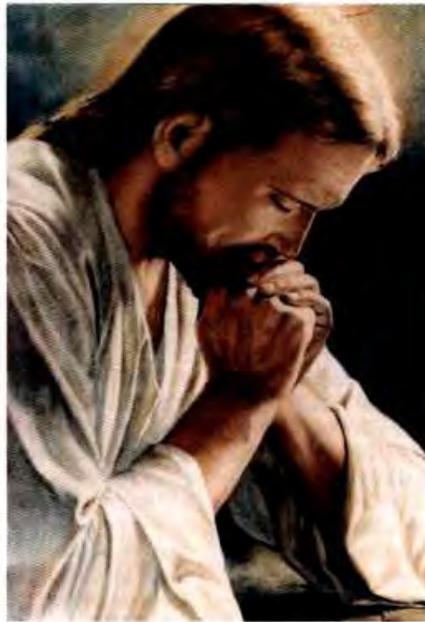
*Pájaro de mi corazón con las alas caídas no te agites,
te daré de comer granos de muerte, dormirás.*

Del poema de Póswiatowska

El rescate de la oración: A pesar de los tiempos, los místicos tienen razón

Prof. P. Angel Rodríguez G.*

*Profesor Adjunto (asoc.) y Director del Programa de Antropología Médica,
Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*



INDICE-RESUMEN

1. ¿Cuál fue la oración de Cristo?
2. ¿Qué es la oración para el hombre y cuál es su fin y su naturaleza?
3. Algunos posibles vicios y daños en el modo de hacer la oración. La oración vocal, que no entra en el Cuerpo de Cristo, por apoyarse en los labios, en la voz y a veces en el corazón de otro:
 - a. ¿Es una verdadera oración?
 - b. ¿Es un monólogo o un diálogo?
 - c. ¿El vocalismo, cuando está exento de un estado de verdadero amor, de la caridad de la que nos habla San Pablo, tal vez, no destruya el don transformativo y transformológico que tiene el diálogo con las Personas Divinas?
¿Cuándo adquiere su mayor sentido la oración vocal?
4. La naturaleza del diálogo íntimo denuncia la calidad de la oración que se está viviendo. ¿Dime con qué o con quién estás en diálogo todo el día y yo te diré cuál es la calidad de tu vida espiritual y humana!

* Profesor Adjunto Asociado de la Facultad de Medicina, Programa Antropología Médica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

5. La oración es un estado de amor y por tanto no puede ser reducida a sólo "momentos de oración". El amor impone un estado a las facultades:
 - a. la mente necesita del recogimiento
 - b. la voluntad de la paz, y
 - c. la unión de la constancia y la fidelidad
6. La unión es el fundamento de la oración
 - ¿Antes la unión moral o la unión mística?
 - ¿La vida moral es causa o condición de la vida mística?
7. La oración tiene *su dolor*: Este deseo de Cristo de que nos compenentremos con su psicología, su espíritu e incluso su cuerpo, que es el resultado objetivo de una buena oración, tiene su dolor o su purificación, por la sencilla razón de las resistencias que encuentra esa unión en nuestra propia psicología: pasiones, desórdenes mentales y afectivos, defectos que nos dominan, apegos al mundo, las cosas de mundo en general y a la falta de abnegación personal de frente a todo aquello que nos aleja de Cristo y del prójimo.

1. ¿Cuál fue la oración de Cristo?

La oración de Cristo es el Evangelio. El Evangelio, en cuanto palabra de un Dios en el que no puede haber dicotomía entre lo que nos dice y lo que hace, es el resultado escrito de la oración que vivió. Esta palabra al ser palabra de un Dios vivo, se convierte en palabra viva para el creyente, quien tiene que hacerla carne como El hizo carne la palabra del Padre: el juicio del Padre sobre El.

El Evangelio es la realización plena de la voluntad del Padre sobre Cristo. No todo lo que dijo Cristo está escrito en el Evangelio, pero aquello que se escribió es más que suficiente para alcanzar la unión con las Personas Divinas en este mundo.

Esta encarnación por parte de Cristo del diseño del Padre nos enseña que este diálogo íntimo con el Padre es posible sobre la base de la presencia constitutiva del acto de Dios en el hombre, acto que constituye al ser humano en hijo de Dios. Cualquier otro hecho, que no fuera esta presencia, haría imposible un diálogo íntimo y real que deje la persuasión íntima, a nivel de espíritu, de que la fe no es una quimera y sí la experiencia cierta de un Dios vivido. Este acto presencial hace posible una "mística teandría". Así llama F. Rielo a esta relación de Dios en el hombre, con el hombre y nunca sin el hombre. Hay que añadir también que esta pre-

sencia no es susceptible de medición, matematización o cuantificación. Esa presencia del acto, divino o del amor divino en nosotros nos convierte en seres abiertos y trascendentes, y a través de cuyo acto, compartir con los demás seres humanos el éxtasis en el que ese mismo amor nos sumerge y nos configura. En este éxtasis reside todo el poder y la fuerza para la posible restauración anímica –psicológica– del hombre, esto es lo verdaderamente potestativo del ser humano. Dios, siendo amor, pone este amor en el hombre, haciendo de él una deidad que al vivir en este mundo, pero sabiendo que su hábitat no es este mundo, hace del ser humano un ser sediento, sed que trata de calmar en la fuentes de la vida, saliendo de todas estas experiencias con más sed que antes. Cristo viene a calmar esa sed del hombre y educando su libertad lo pone en la situación de que no sienta ya más sed de las cosas de este mundo. Dicho con otras palabras, que el hombre comprenda que la sed que padece su espíritu no pueden apagarla ni las cosas ni los seres de este mundo.

Encontramos en el Evangelio frases como estas que exponemos y que nos hacen pensar que El buscó, por encima de cualquier otra razón, la unión con su Padre y que lo hizo para mostrarnos a nosotros el camino de esa misma unión. Esta unión no prescinde de la contemplación ni de la acción, pero como concepto y estado está por encima de las dos, nutriéndolas y poniendo equilibrio y perfección a las dos facultades que sostienen dichos actos.

"Vosotros, pues, sed perfectos como es perfecto vuestro Padre celestial" (Mt 5, 48).

Jesús le respondió: *"Si alguno me ama, guardará mi palabra, y mi Padre le amará, y vendremos a El y haremos morada en El. El que no me ama no guardará mis palabras" (Jn 14, 23).*

"Os doy un mandamiento nuevo, que os améis los unos a los otros. Que como yo os he amado, así os améis también vosotros los unos a los otros" (Jn 13, 34).

"Yo soy la vid y vosotros los sarmientos. El que permanece en mí y yo en él, ese da mucho fruto, porque separados de mí no podéis hacer nada" (Jn 15, 5).

"Yo soy la puerta, si uno entra por mí, estará a salvo; entrará y saldrá y encontrará pasto" (Jn 10, 9).

"El que come mi carne y bebe mi sangre, tiene vida eterna, y yo lo resucitaré el último

día... *El que come mi carne y bebe mi sangre, permanece en mí y yo en él*" (Jn 6, 54-56).

Si prestamos atención veremos como el amor es anterior a la puesta en práctica de ninguna otra acción, aunque esta sea ética o moral: es como si Cristo nos estuviera diciendo en todo el Evangelio: lo primero es enamorarse de mí. Necesitáis de esa fuerza que da el amor mío, para poder enfrentaros a toda una suerte de desgracias psicológicas –de las cuales podéis ser culpables o no–, de pasiones o de padecimientos, de defectos que os dominan y os quitan la posibilidad de ser verdaderamente libres. Algunas de estas pulsiones se presentan al ser humano como verdaderamente indestructibles e insuperables, para algunos seres humanos son unas y para otros otras, pero lo que es cierto es que con las solas fuerzas naturales es imposible vivir la dimensión sobrenatural del mensaje que nuestro Padre pone con su presencia en cada uno de sus hijos.

Cristo encarna maravillosamente el ideal del hijo, hasta tal punto, que se oye decir al Padre: *"Este es mi Hijo, muy amado en quien me complazco..."* (Mt 3, 17). Esto es, Tú eres el único entre todos mis hijos que da respuesta exacta al amor con que yo los amo. Yo en mi amor absoluto necesitaba alguien que diera respuesta a este amor con carácter también absoluto.

La unión mística precede entonces a la unión moral. Dicho con otras palabras: la unión moral es imposible sin la unión mística que nos da la fuerza y nos habilita para una vida moral. Aquí encontraríamos el fundamento de la insistencia de Cristo, de una verdadera unión con El, como necesidad para la fe, la esperanza y el amor, que da forma a las dos, y donde estas sean el resultado de un Cristo vivido.

2. ¿Qué es la oración para el hombre y cuál es su fin y su naturaleza?

Es un estado de amor personal a Dios y por tanto no puede ser reducida a sólo momentos de oración. Es un acto de amor, cuyas características son la constancia y la fidelidad a efecto de que el diálogo con las Personas Divinas sea constante y no se interrumpa. F. Rielo, en "Reglas y Constituciones", la define como "el verbo del amor"; y otras veces como "el llanto del amor", en otra ocasión nos dice: *"la oración es el ocio de los santos, el dolor su trabajo"*. Santa Teresa de Lisieux, en "Historia de un alma", p. 231, dando respuesta a este ocio de los santos de F. Rielo, nos dice: *"La oración es una elevación del corazón, una simple mirada hacia el*

cielo, un grito de reconocimiento y de amor en la alegría y en el dolor; en síntesis, es un cierto no sé qué tan grande y sobrenatural que dilata mi alma y me une a Jesús". Santa Teresa de Los Andes nos dice, en la carta 137, a Graciela Montes L. y Clara Urzúa, cinco meses antes de su muerte: *"Respecto de lo que me dices de las oraciones que inventas para la comunión, creo que no te has de concretar tanto a decirlas vocalmente, como a meditar sobre el grandioso acto de amor de nuestro Dios... el ser único que contiene en sí su propia beatitud, su felicidad, etc., y sin embargo te busca a ti; deja a un lado a los ángeles, a millones de personas, para entrar en tu alma, para consumir en ti la unión más íntima, para convertirme en Dios"*.

Queda claro, pues, que en las oraciones privadas o públicas, aquel que ora si no vive esta caridad, que consiste en la generosidad elevada al orden sobrenatural, como nos recuerda San Pablo en cap. 13 de la 1 Cor, pueden resultar actos vacíos.

Pero nada mejor que la autoridad de Cristo para instruirnos: *"Y cuando oréis, no seáis como los hipócritas, que gustan de orar en las sinagogas y en las esquinas de las plazas, bien plantados, para ser vistos de los hombres; en verdad os digo que ya reciben su paga. Tú, en cambio, cuando vayas a orar, entra en tu aposento y, después de cerrar la puerta, ora a tu Padre, que está allí, en lo secreto; y tu Padre que ve en lo secreto te recompensará"* (Mt 6, 5-6). *"Y al orar no charléis mucho como los gentiles, que se figuran que por su palabrería van a ser escuchados. No seáis como ellos, porque vuestro Padre sabe lo que necesitáis antes de pedirselo"* (Mt 6, 7-8). *"Mi oración consiste casi siempre en una íntima conversación con Nuestro Señor. Me figuro que estoy como María, a sus pies, escuchándole. El me dice qué debo hacer para serle más agradable"* (Santa Teresa de Los Andes, carta 56).

Hay, pues, que velar y orar constantemente para no caer en la tentación (Cfr. Mt 26, 41): *"Velad y orad en todo momento, para que tengáis la fuerza de escapar a todo aquello que tiene que suceder y de comparecer delante del Hijo del Hombre"* (Lc 21, 36), porque no sabemos ni el día ni la hora ni el momento en que vendrá el ladrón. Ahora bien, ¿cómo puedo hacer oración en modo constante, como un estado constante, si esta se redujera a una oración vocal? ¿Esto sería posible en profesiones tan necesitadas de un recogimiento y silencio interior como la profesión médica, por ejemplo?

3. Algunos posibles vicios y daños en el modo de hacer oración

Si tengo que hacer oración en un modo constante, como Cristo me pide, ¿cómo puedo hacer una *oración vocal*, por ejemplo, en modo constante, en medio del trabajo que tengo que hacer todos los días y a veces en trabajos que requieren el máximo recogimiento y la máxima atención? Cristo ha ordenado al ser humano que haga oración en modo constante, pero el hombre no puede hacer sin interrupción una oración vocal, mental o afectiva, sin caer en un estado de contranaturalidad, con gravísimas consecuencias, experimentando serios trastornos psíquico-religiosos. Por tanto, este mandamiento de Cristo supone que el hombre posea un acto que perteneciendo a su esencia le sea constante.

Tampoco resolveríamos, este problema si identificáramos el orar con el *estar pensando siempre en Dios*, pues nuestro mismo trabajo nos exige tener que pensar otras cosas que no son El y no hacen referencia directa a El. Y así sucedería con la voluntad, tendríamos que *estar haciendo siempre*, pues el acto de la voluntad es hacer, para poder cumplir lo que Cristo nos pide.

En el vocalismo, nos podría suceder, como muy bien expresa F. Rielo, que repitamos sin aportación alguna personal aquello que fue expresión orante de otra persona, orando así con los labios de otro y no con los nuestros y con el corazón de otro y no con el nuestro.

Otro posible daño podría estar en el peticionismo, acto de petición con el que de alguna manera se degrada la recta petición, al pedirle siempre a Cristo que nos otorgue aquello mismo que tendríamos que hacer nosotros con la gracia que nos da con la ciencia que nos infunde y con el don de la vida. Cristo nos dice: *"Pedid y se os dará"*, pero también nos dice, como veremos más adelante, *"No penséis que a base de muchas palabras seréis mejor escuchados, vuestro Padre celestial ya sabe de qué cosas tenéis necesidad, antes de que se las pidáis"*. Estas dos manifestaciones de Cristo puestas juntas nos hablan de un pedir recto, correcto, honesto, movido por un amor y una ternura filial y al servicio de cuya petición ponemos a disposición también nosotros todas nuestras fuerzas. En otra ocasión, Cristo hace depender la petición de la plena fe en El: *"... El que crea en mí, hará él también las obras que yo hago, y hará mayores aún, porque yo voy al Padre. Y todo lo que pidáis en mi nombre, yo lo haré, para que el Padre sea glorificado en el Hijo. Si me pedís algo en mi nombre yo lo haré"* (Jn 14, 12-14).

El hablar, pensar y hacer son actos de la voz, de la mente y de la voluntad, el acto de orar es del espíritu. La oración es sobre todo un estado de amor constante y cuya constancia no va identificada con el sentir; no amamos más cuando sentimos placer en la oración, sino cuando no sintiendo nada o incluso sintiendo dolor, *el dolor del amor*, somos capaces de poner en cada momento el acto de caridad que la misma oración pide, independientemente de lo que reciba o no. *"Como somos tan miserables, nos apegamos al fervor sensible, a sentir el amor de Dios sensiblemente, y vamos muchas veces a la oración a buscar los consuelos de Dios, pero no al Dios de los consuelos"* (Santa Teresa de Los Andes, carta 65). *"En la oración es donde el alma aprende a conocer a Jesús y por lo tanto a amarlo. Y como el amor no puede consentir diferencia sino igualdad, resulta de él la unión que está en la semejanza"* (Santa Teresa de Los Andes, carta 141). Todos entendemos que el amor que tienen por mí es auténtico, cuando es constante, cuando es fiel y cuando el modo en que se me está dando contiene esas notas heroicas, ese heroísmo que me dice que ese ser humano está arriesgando o dando algo de su vida por mí: *"No hay amor mayor del que da la vida por un amigo"* (Jn 15, 13).

4. La naturaleza del diálogo íntimo denuncia la calidad de la oración que se está viviendo

Vamos a ver otra nota que a nuestro parecer le es indispensable a la oración: el *diálogo*. *"A mí me encanta rezar. Quisiera que mi vida fuera una oración continua, porque ella es la conversación que tenemos con Dios"* (Santa Teresa de Los Andes, carta 12). El diálogo, no el monólogo, supone una comunicación mutua de verdades, afectos, ternura recíproca, buen trato y todo esto sin muchas palabras, como nos dice Cristo (Mt 6, 7-8). Dios no necesita hablarnos en una lengua particular, español, latín, etc., su lenguaje es comunicación de su espíritu al nuestro, es comunicación de la Divinidad que es El, a la deidad que somos nosotros, en cuanto imagen de El. Tiene que ser un diálogo que nos transforme, y si con pocas palabras, entonces en un estado de contemplación, donde reconociendo en mi espíritu que es mucho más importante lo que El tiene que decirme a mí de lo que yo pueda decirle a El, hacer silencio en mi alma a todos los rumores que puedan poner dificultad a ese estado de escucha.

De la calidad de ese diálogo íntimo, que todos llevamos dentro, depende la calidad del amor con que vivimos con Dios y con los demás seres humanos. El lenguaje místico, comunicativo de Dios con el hombre, no será nunca vulgar, mediocre, tendente a lo menos perfecto, obsesivo, inoportuno, impuro, perverso o inútil. La comunicación de Dios al espíritu del hombre pone en este una aspiración sublime a lo más noble, santo, puro y perfecto. *"Dios es mi cielo aquí en la tierra. Vivo con El y, a pesar de estar en los paseos, ambos conversamos sin que nadie nos sorprenda ni pueda interrumpirnos"* (Santa Teresa de Los Andes, carta 40).

5. La oración es un estado de amor y por lo tanto no puede ser reducida a sólo "momentos de oración"

Es, pues, de este estado de amor oracional que tienen que surgir, como de una fuente cristalina, todos los actos de oración que formulan todos los tratados de vida espiritual: vocal, mental, afectiva, de simplicidad, de recogimiento, de quietud, de unión. Precisamente porque presupone ese estado de amor, las oraciones, privadas o públicas que sean, si quien ora falta a la caridad, son vacías, como nos recuerda San Pablo en el himno a la caridad en 1 Cor 13 (Cfr. Jesús Fernández Hernández, "Tratado sobre la oración", Constantina (Sevilla, 1996).

El recogimiento de la mente y la quietud en la voluntad son dos estados que vienen impuestos a las facultades por este estado de amor en que se desarrolla el diálogo íntimo con Dios o comunicación de amor entre los dos. En este estado la mente siente la necesidad del silencio a todo lo que no es Dios para poder escuchar el silencio sonoro de El en su espíritu. Y la voluntad necesita de la paz, desde la cual y siempre nutrida por ese estado de unión de amor a El, poder poner orden al desorden que pueda padecer el deseo, la fruición, el afecto. *"Esa sed de oración crece en mí por momentos y mi recogimiento ahora es casi continuo; pues todo lo que hago, lo hago con mi Jesús y se lo ofrezco a El por amor"* (Santa Teresa de Los Andes, carta 58).

Pero antes de ir adelante habría que preguntarse: ¿este recogimiento y esta quietud con sus silencios respectivos son algo que todos pueden vivir o es sólo para privilegiados, como piensan algunos? Responderíamos que esto es un sacramento para la vida, la vida de todos, independientemente de la fe que profesan. Una mente no recogida es una mente dispersa, es una mente

que está en peligro constante, en esa dispersión se puede filtrar cualquier tipo de pensamiento nocivo y lo mismo sucede con una voluntad inquieta y sin paz; padecerá fuertes inclinaciones a la agresividad, se molestará fácilmente, no tendrá respuestas templadas, etc. Ahora bien, ¿cuál es la diferencia entre este estado de oración en un budista y un católico? Antes de responder a esta pregunta habría que aclarar que los ámbitos en que se mueven estas dos religiones son distintos: el budismo nunca quiso Buda que fuera una religión y se mueve, aunque con preceptos morales, en un ámbito puramente natural. El cristianismo hace nacer sus preceptos de un estado de relación y unión con Jesucristo que le exige al hombre vivir una dimensión sobrenatural, esto es, sobre su propia naturaleza, aunque en el modo más natural posible. El budista perfeccionaría su amor con la dimensión natural o racional de los mandamientos de Buda: este sería el amor que proyectaría sobre su prójimo. El cristiano está llamado a amar a su prójimo con el mismo amor que Cristo le está amando a El, esto es, un amor sobrenatural, necesario para vivir el mensaje que Cristo descubre al hombre.

El cristiano, entonces, proyectará ese estado de amor que está viviendo en su *unión con Cristo*, sobre sus facultades, imponiendo a la mente y a la voluntad un estado que le permita ejercer este mismo amor que se le está comunicando. Estas, mirándose en el amor divino, entienden y reciben la fuerza necesaria para aceptar la propia purificación.

Del recogimiento, la quietud y la unión, decir finalmente que quedan justificados en la siguiente afirmación de Cristo: *"¿Maestro, cuál es el mandamiento más grande de la Ley?: Amarás al Señor, tu Dios, con todo tu corazón, con toda tu alma y con toda tu mente, sobre todas las cosas"* (Mt 22, 36-37).

El recogimiento es indispensable a la mente de cualquier ser humano. La mente humana aparece como un campo sin cultivar y, por tanto, con una dura corteza y todo tipo de malas hierbas, razón por la cual el campo produce muy poco o apenas nada. Estas malas hierbas representan todo tipo de pensamientos nocivos, inútiles, obsesivos, inoportunos, impuros, imperfectos, etc., esto es, los no santos y a los cuales la mente presta la máxima atención y en otros casos va mirando a todas partes sin reflexionar en nada, como las mariposas que van de flor en flor.

El recogimiento, por otro lado, es creativo por antonomasia; se trata de poner en nuestro recogimiento aquello que queremos contemplar.

El recogimiento no es el silencio por el silencio, este es activo y creativo, no consiste sólo en evitar pensamientos inútiles, sino de concebir aquello que es útil, perfecto y santo. Poner mi mente al servicio de este ejercicio.

La quietud o la paz: "Mi paz os dejo, mi paz os doy, no como el mundo la da, yo os la doy a vosotros" (Jn 14, 27). "En mí tendréis paz, en el mundo tribulaciones". Esta paz, entonces, no nace del estar tranquilos, del estar exentos de problemas, de dolores físicos o morales. No consiste tampoco en la búsqueda de una vida ordenada y ni siquiera de no padecer incomprendimientos o persecuciones o de estar exentos de tentaciones, la quietud o la paz a la que Cristo nos llama, no nace de un vivir evitando alguna de estas cosas y otras buscándolas: "*No penséis que yo haya venido a portar la paz sobre la tierra, no he venido a traer la paz, sino una espada*" (8 Mt 10, 34). Esta paz o quietud nace de la adhesión plena a la voluntad de Cristo. El nos da esta gran lección con su obediencia al Padre hasta la muerte y muerte de cruz.

6. La unión es el fundamento de una restauración

¿Es antes la unión moral o la unión mística? ¿La vida moral es causa o condición de la vida mística? Nos dice F. Rielo: "*La presencia constitutiva del acto de las Personas Divinas en la persona humana, dona al espíritu de esta, tres valores místicos fundamentales: la ciencia, la vida y el lenguaje. Estos tres valores están abiertos, por mérito de Cristo, al nuevo orden sobrenatural*". El ser humano, entonces, en función de esa misma presencia constitutiva, imagen y semejanza de las Personas Divinas, llega a este mundo en un estado de unión elemental, unión que viene incrementada por la Redención de Cristo y, por tanto, por los Sacramentos y por el Acto del Espíritu Santo, quien nos va atrayendo, rotos los lazos de las desviaciones de nuestra naturaleza, hacia la unión con las Personas Divinas. La vida mística empieza, pues, en la unión y termina con la unión.

La oración mística tiene pues dos términos: el *Espíritu Santo y la conducta moral o ascética del cristiano* y, por otro lado, *la evangelización*. El Espíritu Santo no obra en este mundo la vida mística sin el apóstol. De aquí se deduce que la vida apostólica tiene el signo de un acto que emana de la santidad para la conversión del mundo, deduciéndose como consecuencia que el apóstol es antes que nada mediador social del acto del Espíritu Santo en este mundo (Cfr.

F. Rielo, "Constitución ascética y mística", Madrid, 1989).

Contrariamente a lo que muchos dicen, la unión moral sería imposible sin la unión mística previa, es precisamente la unión mística la que nos habilita para una sana y robusta vida moral. El cristiano necesita de la fuerza que le da la unión a Cristo, para con ella vencer los muchos defectos, imperfecciones, pasiones y pulsiones que con mayor o menor intensidad son dominantes, deformando el acto del espíritu y no permitiendo una libertad bien formada.

La vida moral nos aparece, pues, no como *causa* sino como *condición* de la vida mística. La vida mística nos aparece cada vez más clara: *una vida humana sujeta a una vida divina*. Esto se realiza a través del acto del Espíritu Santo, quien va infundiendo en la oración ascética o moral, aquella que es mística.

Los signos para estos tres estados de cada una de las facultades son: para el *recogimiento*, el *silencio* a todo pensamiento inútil, obsesivo, perverso, impuro e inoportuno. Para la *quietud*, el dominio de las pasiones, y para la *unión*, la adhesión a la palabra de Cristo. No se trata solamente de leer el Evangelio sino de aquella unión a lo que se ha entendido del texto, como fruto de nuestra fe en El. Poner silencio significa no dejar que se formen las malas intenciones. Sólo hay dos caminos que marcan este silencio religioso: la conversión o la perversión. La conversión la genera la rectitud; la perversión el desorden. La conversión transforma; la perversión deforma. La conversión sitúa el pensamiento en la filosofía del desposorio; la perversión en las filosofías del egoísmo.

¿Qué lugar ocupa *la imaginación* en el recogimiento? Primero hay que decir que esta está sujeta a la mente o es una subfacultad de la mente. La imaginación, cuando falta el recogimiento, reviste y colorea las filosofías del egoísmo. Su impulso despótico presenta a la mente los elementos atractivos de las pasiones a efecto de que sean satisfechos, aunque sea por breve tiempo; estas imágenes al entrar en una mente dispersa la sumen en la obsesión imaginativa. Santa Teresa de Jesús compara la imaginación a esas mariposillas de las noches inoportunas y desasosegadas y también la llama "*la loca de casa*". El Padre Granada la llama "*la bestia salvaje que se anda de otero en otero*". F. Rielo nos dice: "*amad, no os quedéis en la dispersión, en la diáspora de tantas mentes que son cajones de sastre donde hay de todo y no hay nada recogido*" ("*Trinidad y espíritu familiar*", Inédita, 24 marzo 1984).

Las virtudes cardinales o morales de las que se reviste el ser humano en el ejercicio del recogimiento, la quietud y la unión, son la *prudencia* para la mente, la *fortaleza* para la voluntad, la *templanza* para la unión y la *justicia* para el espíritu. La justicia es el parámetro, la constante de las otras tres. *"Entonces los justos brillarán como el sol en el Reino de su Padre"* (Mt 13, 43).

7. Oración purificativa o exigencia purificativa de la oración

El *dolor de la oración* se encuentra fundamentalmente en la necesidad de la abnegación a la que Cristo mismo nos llama para seguirle, abrazados a la cruz que se nos presenta en el camino de cada día. La razón de la purificación en la oración nace de la naturaleza intrínseca del diálogo que tenemos con Cristo y de la imposibilidad de unirnos plenamente a El a causa de estas tres realidades: las pasiones, el mundo y nuestra propia alma, que como Cristo mismo nos pide, hay que aborrecerla.

Jaime Balmes nos dice: *"De la pasión dominante se resienten todas las otras, ella se mezcla en todos los actos de la vida, constituye lo que se llama carácter"*. Sheen dice: *"El defecto dominante influye en todos los demás y determina hasta cierto punto nuestras acciones, nuestros juicios y nuestras simpatías. Nuestro temperamento individual, no obstante la diversidad de sus manifestaciones, suele seguir una dirección constante"*.

Existe también, como resultado de nuestra estrecha relación con el mundo, el *apego al mundo*, consistente en convertir el mundo a algún aspecto de él (las cosas, el dinero, la fama, los afectos, etc.) en objeto de sí mismo. Así lo define F. Rielo: *"Es aquel vicio con el cual nuestro espíritu, con fundamento o causa en el vínculo vital que tiene nuestra naturaleza con el mundo, convierte a este en objeto de sí mismo"* (Cfr. "Constitución ascética y mística". Inédita, 1969). Pero como siempre, nada mejor que la autoridad de Cristo que nos instruye: *"Donde está tu tesoro allí está tu corazón"* y también *"Quien ama a su padre o a su madre, a su hijo o a su hija más que a mí no puede ser mi discípulo"* (Lc 14, 26).

Existen otros amores como es el amor propio, el excesivo amor de sí mismos. *"Todos los escándalos, odios, crueldades y daños provienen del amor propio"* (Santa Catalina de Siena, Diálogo, Ia. P. c.II, 2). El amor propio proviene de la soberbia y este hace que ni amemos a Dios ni al prójimo, porque nos amamos sólo a noso-

tros mismos. Santa Teresa de Jesús nos refiere: *"En los movimientos interiores se traiga mucha cuenta en decir o pensar cosas como estas: "si soy más antigua", "si tengo más años", "si he trabajado más", "si se trata a las otras mejor que a mí". Estos pensamientos si vinieren es menester atajarlos con rapidez porque si se detienen en ellos es pestilencia"* (Camino de perfección, XII, 4) y también: *"Toda persona que quiera ser perfecta huya de frases como: "razón tuve", "hiciéronme sin razón", "no tuvo razón quien esto hizo conmigo"; de malas razones nos libre Dios... La que no quiera llevar cruz sino la que le dieran muy puesta en razón, no sé yo para qué está en monasterio; tórnese al mundo"* (Ibíd. cap. XIII, 1).

La abnegación, pues, es la respuesta que damos al sensualismo de nuestro ego o vital, a las concupiscencias que padecen los actos que son específicos de las facultades del alma y a la soberbia del espíritu. El ego se dice del alma y el yo del espíritu. *"Si alguno quiere venir detrás de mí que se niegue a sí mismo, que coja la cruz y me siga"* (Lc 14, 27). "Pero concretamente ¿en qué me tengo que abnegar? En la mente, en el apego al propio juicio. En la voluntad, el apego al deseo. En la unión, en esa búsqueda de la felicidad, en un modo instintivo, en las emociones, sensaciones, llenando la vida de cosas y, en general, el buscar la felicidad en lo terreno.

Estos avisos de Santa Teresa de Jesús nos pueden iluminar sobre la necesidad de la abnegación:

- *"Nunca porfiar mucho, especial en cosas que va poco"* (aviso 5).
- *"Nunca reprender a nadie sin discreción y humildad y confusión propia de sí misma"* (aviso 8).
- *"Nunca decir cosa suya, digna de loor, como de su ciencia, virtudes, linaje, si no tiene esperanza que habrá provecho; y entonces sea con humildad y consideración de que aquellos son dones de la mano de Dios"* (aviso 12).
- *"Nunca se entremeta a dar su parecer en todas las cosas, si no se lo piden o la caridad lo demanda"* (aviso 16).
- *"Jamás de nadie oigas ni digas mal sino de ti misma y cuando holgares de esto vas bien aprovechando"* (aviso 22).
- *"No piensen las faltas ajenas sino en las virtudes de los demás y en tus propias faltas"* (aviso 28).
- *"No hagas comparación de uno con otro, porque es cosa odiosa"* (aviso 44).

I Jornada Internacional de Humanización de la Salud en Chile

21 y 22 de agosto de 1997



Prof. Dr. Juan de Dios Vial Correa.



Profesores Drs. Angelo Brusco, José Manuel López M., Pedro Rosso R. y José Carlos Bermejo.

Presentación de la Jornada

Dr. José M. López M.

*Profesor Titular de Medicina, Secretario Ejecutivo de la Comisión de Formación Cristiana y Pastoral de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Otros datos biográficos, ver en REMUC 3/85, p. 44*

Hace poco más de tres años, la Facultad de Medicina de esta Universidad consideró que un área relevante a desarrollar era la de Humanización de la Medicina. Ello respondía, entre otras razones, a la necesidad creciente de satisfacer las falencias en el aspecto relacional entre el médico o el personal de la salud y el paciente y su familia. Aparecieron cursillos y seminarios sobre Relación de Ayuda, la disciplina que busca alcanzar verdadera competencia relacional. Desde entonces, este interés ha sido permanente; en esta progresión hemos recibido la desinteresada e inestimable cooperación del Centro de Humanización de Madrid de los Religiosos Camilos, lo cual es de justicia reconocer y agradecer. Hoy, en 1997, la Facultad ha querido dar un nuevo paso y organizar una instancia de reflexión, y ojalá de animada convergencia, entre todas aquellas personas que están sensibilizadas o desean adentrarse en el tema de la humanización. Dicha instancia la constituye esta Primera Jornada Internacional de Humanización de la Salud en Chile, la cual ustedes hacen posible con su presencia.

Esta iniciativa nace como expresión de un espíritu optimista que sobrepasa la mera denuncia de las limitaciones y fallas actuales, que aceptamos que existen y reconocemos son muchas y variadas; la Jornada pretende abrir perspectivas y enfoques futuristas sobre el tema de la humanización, el cual será actual y vigente mientras exista un solo hombre en el mundo.

El temario a desarrollar no pretende agotar todos los aspectos; sería irreal, ya que lo humano comprende todo y nada se le escapa. Sin embargo, nos hemos esforzado para incluir áreas importantes que dicen con la humanización en lo antropológico y en lo operacional; en este último campo considera las macropolíticas sanitarias, el accionar de la salud pública y privada, la educación profesional de pre y

posgrado y también la competencia relacional necesaria del agente sanitario.

Queremos discernir el cómo hacer digna y a la altura del hombre cada particular realidad, respetando los valores que cada determinada persona siente como propios y valederos. Es cierto y es loable que hemos disminuido la indigencia económica, pero también es verdadero que no hemos disminuido sustantivamente el sufrimiento, el cual está representado en tantas situaciones que esperan una respuesta humanizadora de la sociedad.

La humanización debe ser un proceso profundo y persistente que impregne el campo y el tiempo de la salud, abarcando desde las grandes definiciones a escala macro hasta el nivel de los signos o gestos de humanidad, todos gotas del mismo mar.

La humanización no la entendemos como regresión romántica al pasado, sino como una respuesta verdaderamente humana a una realidad, una historia y un mundo que innegablemente está transformado. Tampoco creemos que humanizar es el simple proceso de fabricar un producto, que debe multiplicarse y repartir. No creemos tampoco que humanizar sea sólo pintar con sentimiento el mundo frío de la técnica.

Humanizar implica un cambio profundo que empieza en la persona y se refleja en sus acciones. Al humanizar nuestro medio, indefectiblemente nos humanizamos nosotros mismos en un proceso de autoestímulo. Por otro lado, la humanización en salud resume y expresa lo que la propia sociedad dice, hace y piensa; al decir de Albert Camus, un juicio a lo primero es en realidad un juicio a la sociedad.

No quiero terminar esta introducción sin agradecer vuestra presencia e interés. Asimismo, el generoso concurso de nuestros invitados extranjeros (Padre Angelo Brusco, de Italia; Hno. José Carlos Bermejo y Peter A. Fraile, de

España) y también el de los conferencistas nacionales. Todos ellos han demostrado un entusiasmo estimulante. Esta Primera Jornada Internacional de Humanización de la Salud en Chile no habría sido posible tampoco sin el desinteresado auspicio de: Laboratorio Saval, El Mercurio, Consalud, Oracle S.A., y Cámara Chilena

de la Construcción. Actividades empresariales tan diversas han sido capaces de coincidir en la importancia del tema y hacer presente su apoyo. Esto merece nuestro agradecimiento.

Los invito a todos a iniciar hoy esta Jornada. Queda mucho por andar, pero ya estamos en camino, y eso es algo importante.

“Conocimiento, especialización y humanización en salud”

Prof. Dr. Juan de Dios Vial Correa

Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Presidente de la Asociación Internacional de Escuelas
de Medicina de Universidades Católicas.
Otros datos biográficos, ver REMUC 9/91, p. 239

El tema que me corresponde es el de conocimiento, especialización y humanización en Medicina. Es un tema muy vasto y complejo, aunque se lo trate –como pienso hacerlo– desde el punto de vista de un antiguo profesor de la Facultad de Medicina que –desde la enseñanza de Ciencias Básicas– ha vivido por muchos años cambios de enfoques y currículos, y –lo que es más importante– la vida y el desarrollo de generaciones de estudiantes (1952-1985).

A. Conocimientos

Los últimos años han presenciado un hecho que es desconcertante: la investigación educacional –cómo se aprende– vuelve a ser una investigación de punta.

La razón (o una de las razones) habría que buscarla en la enorme oferta de información. Rápidamente está ocurriendo que la información relevante y disponible –fácilmente disponible–, sobre cualquier especialidad o problema, sobrepasa ampliamente la capacidad de absorberla y/o usarla. El problema se traslada cada vez más a determinar *qué se escoge* saber y *cómo se escoge* aprenderlo.

El símbolo de esta profunda modificación está dado por los métodos computacionales: Internet, World Wide Web. Diez años atrás todo esto era aún balbuciente. Dentro de diez años habrá superado toda imaginación. Se moverá por el camino de la información el que sepa escoger su camino. Y aprender a escoger implica asumir una posición activa frente al conoci-

miento y el aprendizaje. Significa *buscar* más que *recibir* o *absorber*.

Yo preveo –no sólo en Medicina– algo que ya se observa entre nosotros en embrión y que tiene gran fuerza en otros países: el alumno-explorador; el docente-orientador ante la gran selva de la información.

El centro vital de este proceso es, por supuesto, el explorador. Los médicos tenemos –frente a esa visión que podría ser llamada fantasiosa– una ventaja sobre otras profesiones. Si recordamos lo que fue nuestra primera experiencia médica, la profusión de datos de anamnesis y de examen físico que más nos desorientaban que ayudaban, creo que muchos –ojalá todos– tuvimos dos experiencias: primero, la personal, en que lo esencial del proceso de aprender era una búsqueda casi agresiva de orientación: nadie aprende clínica pasivamente, “recibiendo”, sino activamente, “explorando”; y la segunda experiencia es la del docente que era capaz de *orientar* nuestra búsqueda *sin ahogarla* (regalándonos la solución del problema).

Las tecnologías cambian, los caminos se hacen más intrincados, pero el paradigma de la enseñanza médica sigue vigente y, de hecho, los mejores especialistas en sistemas multimediales de enseñanza son los que son capaces de ver, no la complicación de las técnicas sino el núcleo del proceso de aprendizaje activo que sigue siendo el motor de la buena Medicina.

Para que un alumno no quede extraviado entre las técnicas docentes y la profusión de información, yo creo que hay dos cosas que hacer o intentar en los currículos:

1. Extirpar de ellos todo lo que no sea verdaderamente significativo e importante. Es casi seguro que de todo lo que uno cree que se debería enseñar se pueden suprimir muchas cosas sin que la enseñanza sufra en absoluto. Como en una obra de arte, en la enseñanza: *nada debe sobrar*.
2. Que cada una de las pocas cosas que se estudien, se estudien bien, se estudie a fondo, de modo que el estudiante adquiera los elementos necesarios para criticar, incluso para contradecir lo que se le enseña. Un conocimiento que no puede ser válidamente criticado, puesto en duda, no es conocimiento sino instrucciones para el uso de unos datos.

B. Especialización

Hablemos luego de la especialización. La Medicina toma al hombre por pedazos o por puntos de vista: uno se ocupa de seres humanos; otro le hace transparente el cuerpo; otro le explora el corazón y otro le extirpa un tumor cerebral. Las partes, aparatos y sistemas del cuerpo humano son analizables separadamente, mejorables, extirpables, reemplazables.

No creo que hoy se pueda mantener la mirada dolida sobre este estado de cosas que observé en grandes maestros de los años cuarenta. El que no crea en la especialización puede hacerse operar por un internista, radiografiar por un psiquiatra o curar una depresión por un otorrinolaringólogo.

Esta realidad que vivimos viene probablemente de muy lejos, de la concepción del cuerpo humano como una máquina que se introdujo hacia el siglo XVII, y todos los adelantos científicos y los adelantos médicos muestran de modo evidente que esa concepción tenía mucho, muchísimo de razonable y de aprovechable.

El problema surge cuando se le da un carácter absolutamente predominante. Eso es lo que traté de explicarles algunos días atrás a los estudiantes de Medicina reunidos en su Congreso. Sería muy largo repetirlo aquí. Me contentaré con decir que el cuerpo humano considerado como máquina se incorpora casi espontáneamente a la vasta red de la industria, y que hay precios previsibles que pagar (porque en la industria nada es gratis, y nada se puede sustraer a la fuerza tiránica de la racionalidad). Así la especialización puede degenerar en parcelación; así los costos de la Medicina se transforman en un ingrediente esencial del tratamiento; así se va forzando no sólo al médico sino a los siste-

mas de salud a opciones que parecen inhumanas. No creo que nada de esto sea necesario. Es profundamente humano que un hombre alivie el dolor ajeno. Y es profundamente humano que el sufriente se aproveche precisamente del que lo puede mejorar. La relación especialista-paciente es profundamente humana. Si ella se deteriora, no es tanto por culpa de la Medicina, especializada o no, que lleguemos a enseñar, sino porque cedemos y no enseñamos a resistir a la marejada de deshumanización que nos envuelve.

Y con eso llego al último apartado, que es el de la *humanización* en la Medicina y en la enseñanza médica.

C. Humanización

Humanización significa por lo menos el acto de compenetrarse de que los seres humanos ocupamos un sitio especial en este universo y de que somos las únicas criaturas terrestres capaces de entenderlo.

Una mirada sobre la persona humana me dice que ella es de una condición distinta de los objetos: es un sujeto que me enfrenta.

Hay un principio ético que no tendría tiempo de desarrollar, que viene de Kant y que dice que una persona, un sujeto, no es nunca propiamente un objeto, no es nunca un instrumento, no puede o no debe ser instrumentalizada. Es otra categoría de cosas, tiene su fin en sí mismo. Cada hombre o mujer exactamente igual que yo tiene su fin en sí mismo.

No digo que este principio me satisfaga enteramente; pero él es útil para el médico. El enfermo no es un objeto técnicamente tratable y modificable a voluntad. No es jamás un instrumento para hacer algo y la única justificación para intervenir en él es la de ayudarlo a crecer y florecer hacia su propio fin (su nombre escondido, dice por ahí la Biblia).

Eso creo que es muy obvio para muchos médicos, pero hay un correlato de esto que a menudo se olvida. Si el enfermo es una persona llamada a cumplir un fin en sí mismo, el médico también lo es. No es tampoco un instrumento, una máquina de curar o un tragamonedas; es un hombre o una mujer que tienen un destino de salud, de plenitud y de felicidad.

Una sola mirada a las largas colas de atención, nos hacen dudar de que el enfermo no se transforme en objeto; y el espectáculo del médico tratando de resolver sus apremios económicos, o proveer para sus instalaciones tecnológicas, nos hace pensar a veces que efectivamente

funciona como un instrumento y tiende a instrumentalizar al enfermo al que enfrenta. Y eso parece tener algo de fatal, porque sin esa recíproca instrumentalización no hay atención médica, no hay curación.

Es aquí donde es necesaria la educación para inducir un cambio de actitud. Porque la deshumanización de la Medicina nos impresiona tan fuerte sólo porque ella está urgentemente llamada a ser humana, y su deshumanización es algo "contra natura". Pero la verdad es que la Medicina participa de un proceso general de la sociedad que viene a basarse en una instrumentalización del otro, y por necesidad en una instrumentalización de sí mismo.

Y una enseñanza médica debe ayudar a superar –por lo menos en este grupo humano– ese vicio social, y debe enseñar a mirar en el hombre y también en la Naturaleza a aquello que no es instrumento, que no es utilizable, que debe ser llamado a su propia y natural plenitud. Esa actitud –primero frente al hombre, pero luego frente a la Naturaleza– de que no son, de que no somos objetos a manipular, requiere de un constante esfuerzo, una verdadera ascesis, para enfrentar al otro sin querer usarlo. Eso es lo que se podría llamar una actitud *contemplativa*. Hay

belleza y plenitud en que las personas son, en que no me son controlables, y el día que yo llego a entenderlo, llego a alcanzar mi propia libertad.

La actitud contemplativa brota y se desarrolla en el contacto respetuoso con la naturaleza, en la experiencia singular de la obra de arte, en el descubrimiento que hacía San Bernardino de Siena de que desde los libros hablan y escuchan hombres que están muertos muchos siglos y de modo especial la actitud contemplativa florece en la ingenua aceptación de que nuestra propia vida que tanto nos da y nos significa, no la obtuvimos por conquista o por trabajo, sino que se nos dio de regalo. El que hace la experiencia de la gratuidad se aproxima a esa vivencia fundamental de la existencia cristiana, de la que hablaba San Ireneo de Lyon, de que la *gloria de Dios es la libertad de los hombres*.

Por eso es que un tema esencial de la educación médica es simplemente enseñarle al médico a mirarse como a un ser humano.

Lo que he querido decir es que hay un nexo profundo en la existencia médica entre *ser* de verdad un hombre o una mujer, *vivir* el impulso de aprender activamente, y *usar* de las cosas libremente, en la libertad de los hijos de Dios.

Humanización del mundo de la salud: significado y perspectivas

Dr. fil. Angelo Brusco

*Doctor en Filosofía en la U. Católica Sacro Cuore, Milán.
Licenciado en Teología en la U. Laval, Quebec. Licenciado en Psicología
en Assumption College, Worcester, USA y U. Laval, Quebec. Profesor del
"Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria Camillianum", Roma.
Superior General de la Congregación de los Ministros de los Enfermos,
de San Camilo, Roma, Italia.*

En el enfoque del tema "*Humanización del mundo de la salud: significado y perspectivas*", dejaré que me guíe la frase del filósofo Spinoza: "*No llorar, no reírse, sino comprender*". En efecto, quien hojee rápidamente la literatura existente sobre la humanización del mundo de la salud, notará la presencia de dos actitudes opuestas. La primera consiste en afrontar este tema con tono plañidero; se lamentan algunas situaciones presentes en el mundo de la salud que ofenden la dignidad de la persona humana. A menudo, esas quejas adquieren tonos moralistas, o sea, se transforman en críticas hacia los agentes de sanidad de todas las categorías. Esta actitud se manifiesta frecuentemente entre quienes cultivan las ciencias humanísticas, los hombres de la Iglesia, los voluntarios y los enfermos*. La segunda actitud, en cambio, tiende a expresarse a través de un juicio que concede poco valor a los aspectos de la humanización. Se juzgan, con suficiencia, las teorías y los programas que buscan crear un servicio para el enfermo más humano, y en algunos casos llegan hasta a ridiculizarlos. En esta actitud se ubica parte de la categoría médica, de los tecnólogos y de los investigadores científicos. Para ellos, según el dicho de Jung, la asistencia sanitaria evoca algo en lo que uno no se detiene mucho a pensar, pero se arremanga la camisa y se pone a trabajar.

Lógicamente, no es posible evitar completamente a ninguna de estas dos actitudes. Riendo y llorando, en efecto, se expresa la dimensión

emocional de nuestro modo de relacionarnos con la realidad. Sin embargo, sería errado dejarse absorber por ellas hasta el punto de debilitar la comprensión de todos los fenómenos complejos que se indican cuando se habla de humanización del mundo sanitario. No faltan los autores para quienes parte de la responsabilidad de este encallarse del tema sobre la humanización del mundo sanitario, el excesivo recurso a estereotipos o a tonos virulentos y moralistas cuando se toma posición sobre este tema... es atribuible a la incapacidad o a la dificultad en mantener la adecuada distancia de los sentimientos, del reír o del llorar.

La humanización del mundo de la salud

Hecha esta premisa de carácter metodológico, podemos plantearnos: ¿qué se entiende por humanización? Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, vale decir, coherente con los valores que ella siente como peculiares e inajenables. Aplicado al mundo sanitario, "humanizar" significa hacer referencia al hombre en todo cuanto se cumple para fomentar y proteger la salud, cuidar las enfermedades, asegurar un ambiente que favorezca la vida sana y armónica a nivel físico, emocional, social y espiritual (1).

Esta definición, bastante genérica, indica la necesidad de mantener viva la tensión entre el ser y el deber ser de la promoción de la salud y de la asistencia sanitaria, en todas sus expresiones, de la profesional a la voluntaria (2).

Cuando la distancia entre la realidad y lo ideal supera los límites soportables, entonces se habla de deshumanización.

* La prensa cotidiana a menudo se transforma en caja de resonancia de estas quejas y exhortaciones.

Dos observaciones:

- A causa de la tensión entre el ser y el deber ser que la misma pone en evidencia, la humanización del mundo de la salud halla su colocación correcta en el ámbito de la bioética.
- La humanización es un concepto relativo, cuyo significado y amplitud dependen de numerosas variables, como los recursos económicos, el grado de cultura, la formación, el conocimiento científico y técnico. Por tanto, es comprensible que tema tratado en un país rico como los Estados Unidos difiera notablemente de lo que se elabora en un contexto africano, donde falta hasta lo esencial para curar la enfermedad...

El horizonte de la humanización

Pasando de la definición de la humanización del mundo sanitario a cuanto ella nos indica, nos encontramos ante un horizonte muy vasto y pluridimensional(3).

En numerosos sectores se nota la distancia entre la realidad del mundo de la salud y su deber ser:

- En la relación entre el personal sanitario, el enfermo y su familia, relación que en muchos aspectos se considera inadecuada;
- en las condiciones a menudo inhumanas en que los agentes de salud se ven obligados a trabajar;
- en el modo de comportarse del mismo enfermo, frecuentemente caracterizado por pretensiones que están fuera de la realidad y por una incapacidad de participación;
- en la tecnología médica que, a pesar de sus grandes méritos, puede empobrecer la relación interpersonal;
- en las estructuras arquitectónicas en general envejecidas y no adecuadas a las exigencias de un servicio sanitario más humano;
- en la asistencia de algunas categorías de enfermos, como los crónicos y los en fase terminal, caracterizada por la escasa consideración y por la ausencia de respuestas apropiadas, como las que podrían representar la asistencia domiciliar y los hospicios;
- en la administración sanitaria, no pocas veces hecha más difícil aún, por la burocracia y por intereses políticos contrarios al bienestar del enfermo;

- en la Medicina de frontera, ocupada en investigaciones que a veces no coinciden con el respeto de la persona;
- en el manejo de la salud, a menudo guiado por criterios reductores;
- en la ecología, oprimida por criterios utilitarios.

De todo lo que hemos dicho anteriormente, resulta que la humanización concierne no sólo al enfermo sino también al personal sanitario, a los administradores, a los políticos y se refiere no únicamente a la gestión ordinaria de la asistencia sanitaria, mas también a la Medicina de frontera y a la investigación biomédica, a la ecología y a la educación a los valores (4).

La mentalidad popular no percibe de igual medida todos estos aspectos indicados. También a un nivel que podríamos llamar científico –el filosófico, sociopsicológico y médico...– se notan percepciones diferentes y frecuentes dicotomizaciones.

A pesar de sus diferencias, todos los aspectos indicados anteriormente se mantienen unidos por un hilo único: el valor de la persona humana, cuya dignidad va respetada en todos y en cada uno: en el paciente, en el médico, en el personal de enfermería, en el empleado administrativo, en el ciudadano.

Consciente o inconscientemente, en la base del tema sobre la humanización se encuentra el temor de que el ser humano no sea reconocido en su valor esencial.

¿Cuál antropología sanitaria?

Pasando de la descripción de la humanización a una respuesta a los desafíos que ella nos plantea, surge la pregunta: ¿qué hacer? Para responder a este interrogante es necesario no sólo buscar, sino buscar en el lugar correcto, aunque pueda resultar más difícil. Para enunciar esta exigencia nos ayuda la conocida anécdota del ebrio que, una noche, está buscando sobre la acera, bajo el farol del alumbrado, la llave de su casa que se le ha caído. Se le acerca un guardia y le pregunta si la ha perdido allí, en ese lugar. *"No, la he perdido más lejos de aquí, ¡pero allí está muy oscuro...!"*, contesta el hombre...

Una investigación apropiada inicia identificando cuál es la antropología que debe estar en el sustrato de la acción sanitaria y la promoción de la salud, si se quiere que ambas mantengan un nivel satisfactorio de humanidad. En efecto, de la respuesta al interrogante: "¿cuál hombre?"

depende la actitud que se tendrá hacia la salud, el sufrimiento, la muerte, la sanación, la búsqueda científica, el servicio a quien sufre.

Un experto de este sector afirma con justicia: *"La humanización que se debe introducir en la práctica sanitaria es más radical que la simple recuperación de los aspectos filantrópicos que van incluidos, además de aquellos de la competencia profesional, en la relación con el enfermo. Obviamente, la disposición interior de la donación y de las virtudes personales, son necesarias en el ejercicio del arte sanitario (...). Pero esta bonitas (bondad) no es suficiente, por sí misma, para humanizar la Medicina y el cuidado de la salud, si estas no recobran una perspectiva de la totalidad del ser humano"* (5).

Entonces, ¿cuál ha sido y cuál es la relación entre la antropología y el cuidado sanitario, sobre todo la Medicina?

En el sector de la asistencia del enfermo, en particular de la Medicina, siempre ha existido una sospecha prejudicial hacia una concepción del hombre impuesta por una instancia externa, filosófica o religiosa. Esta actitud se ha visto reforzada, a fines del siglo pasado, con el nacimiento de la Medicina científica, entendida en términos puramente naturalista-orgánicos. Amparándose bajo la pretensión de la neutralidad científica, o bien reivindicando su carácter práctico, la Medicina se ha defendido de planteos como: ¿Qué tipo de Medicina? ¿Para cuál hombre? ¿En qué modelo de sociedad?

Es indudable que la Medicina, equiparada a las ciencias naturales —que consideran, por tanto, a los organismos vivientes, desde el más simple al más complejo, como el hombre, según una realidad homogénea— ha tenido y sigue teniendo grandes méritos científicos, pero, por otro lado, no se puede ignorar que cuando se considera al hombre como a un trozo de naturaleza en medio de los demás, se realiza una violenta mutilación antropológica. En otras palabras, ha tenido lugar la pérdida del hombre. El hombre como sujeto ha sido excluido de la Medicina.

En las primeras décadas de nuestro siglo se han dado reacciones persistentes contra la Medicina, entendida sencillamente como ciencia natural (basta pensar en el psicoanálisis...). Dichas reacciones, progresivamente, han llevado a considerar que la salud y la enfermedad no son meros hechos bioorgánicos, sino también indicadores o de un equilibrio o de una desarmonía de la persona en su relación con el mundo, por lo que se incluyen elementos psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales.

Entre los frutos más significativos de esas reacciones hay que recordar, además de la psicósomática y el *nursing*, el nacimiento de una corriente de ideas enmarcada con el nombre de Medicina antropológica o Medicina de la persona. Una serie de autores de importancia mundial la han propugnado en distintos puntos del globo: V. von Weiszaecker (6) en Alemania, P. Tournier (7) en Francia, P. Lafn Entralgo (8) en los ambientes de lengua y cultura española, Sandro Spinsanti (9) en Italia. Según estos autores, se trata de *"introducir al sujeto en la Medicina, rompiendo los lazos con el naturalismo, que considera al hombre como a un ser viviente semejante en todo y para todo a los demás, ateniéndose a una neutralidad en la metodología sobre los aspectos psíquicos, espirituales, histórico-biográficos y sociales de la existencia humana"*. Detrás de toda enfermedad, en efecto, se encuentra un sujeto humano que 'estructura' "su" enfermedad, haciendo de ella un elemento de su biografía. Es necesario, por tanto, acercarse al hombre de modo global, sin mutilarlo de sus experiencias concretas, sin eliminar o desconocer el sector de la subjetividad. En otras palabras, es preciso considerarlo y tratarlo como persona, o sea como *"unidad psicofísica, como capacidad relacional intrapersonal e interpersonal, como espiritualidad y como relación esencial con lo Transcendente"* (10). Puesto que es una persona, el hombre es asimismo un ser consciente de sí, que dispone de sí mismo y se construye progresivamente, asumiendo posiciones mediante opciones libres. La categoría de 'persona' evidencia la historicidad del hombre, la libertad, su posición especial en el cosmos, su ser social.

Si la Medicina no recobra a su sujeto, que es el hombre en su totalidad, volviendo al sujeto hombre no sólo como ser biológico, sino también como ser biológico-humano, si no considera a la enfermedad y a la sanación como a "eventos humanos", si no considera al enfermo como protagonista activo del proceso terapéutico, será imposible llegar a la humanización del mundo sanitario. A este propósito, dice un autor: *"Aun si, hipotéticamente, la práctica de la Medicina fuera irreprochable desde el punto de vista filantrópico, del respeto de los derechos humanos y de la correcta gestión, lo mismo resultaría siempre carente si no tuviera en cuenta lo que sobre el hombre nos dicen la psicología, la sociología, la antropología, la teología..."* (11).

Reflexionando sobre lo que se acaba de afirmar, parece evidente que la medicina de la per-

sona "no es en sí, en última instancia, una medicina sino que es un espíritu que debe guiar la práctica de la Medicina. No excluye, entonces, la técnica pero no se limita a ella. Abriéndose a una visión antropológica más completa, apela a un punto de vista más amplio que consiente que el hombre coja, en la experiencia del sufrimiento y de la salud, una incitación a celebrar la propia responsabilidad, a crecer y a realizarse".

¿Qué futuro y qué tarea para la medicina de la persona?

¿Existe un futuro para la medicina de la persona? Si bien no haya dudas en responder afirmativamente a este interrogante, al mismo tiempo, sin embargo, no se pueden ignorar las dificultades que ella encuentra y encontrará cada vez más a causa del contexto cultural –caracterizado por la pluralidad de tipos de antropología– y por la línea que sigue el desarrollo actual de las ciencias de la sanidad.

A pesar de dichas dificultades, la perspectiva que ofrece la medicina de la persona debe ser estimulada. De ella, en efecto, se derivan importantes orientaciones sobre el modo de afrontar la compleja problemática de la humanización del mundo de la salud. Esto es más claro aún si se pasa revista de algunas áreas en las que, como hemos visto anteriormente, es necesario mantener la tensión entre el ser y el deber ser.

1. *La responsabilidad del sujeto enfermo.* Una primera área en que puede incidir de modo positivo la perspectiva de la medicina de la persona está constituida por la responsabilidad del sujeto con respecto a lo que concierne a su salud y a su sufrimiento... Si el enfermo es una persona, él mismo está llamado a apropiarse de su enfermedad y a devenir protagonista de su sanación. Dirigiéndose a los agentes de salud del hospital A. Gemelli, de Roma, Juan Pablo II ha dicho:

"El paciente al que dedicáis vuestros cuidados y vuestros estudios no es un individuo anónimo sobre el que aplicar lo que es fruto del conocimiento: es una persona responsable que debe ser llamada a hacerse copartícipe de la mejoría de la propia salud y del logro de su sanación".

El camino recorrido en este sector crucial para la humanización aún hoy se muestra insatisfactorio. Lo que se encuentra elaborado en la declaración de los derechos del enfermo halla

dificultad en su realización práctica por la resistencia que ofrecen, sean los agentes de salud o los mismos pacientes. Los agentes de salud se resisten a reconocer la autonomía del enfermo; este, por su parte, tiende a delegar toda su responsabilidad en el médico, evitando llegar a la raíz de la enfermedad, y evitando también asumir su parte de responsabilidad en el proceso que ha llevado a la enfermedad y en el que lleva a la sanación. El sentido insuficiente de autonomía y de responsabilidad de parte del enfermo, muy a menudo se ve compensado, lamentablemente, por actitudes que demuestran o bien un grado de humanidad, como cuando el enfermo se muestra arrogante y falto de madurez, o bien cuando alega pretensiones exageradas (12).

2. *Una salud a la medida del hombre.* Una segunda área, donde una medicina basada en una antropología personalista hace notar carencias y oportunidades de crecimiento, es la de la salud. En la cultura contemporánea, en efecto, se sostiene una concepción reductora de esta dimensión de la persona. Olvidándose lo que verdaderamente es, el hombre contemporáneo corre el riesgo de estar ordenado sólo para el puro funcionamiento somático y/o psíquico indefinido, imaginado como bien supremo. Como afirma el psicoanalista Denis Vasse, "el hombre de nuestro tiempo tiene un deseo único: la salud, transformada en ídolo y mito de un mundo en cuya técnica y progreso hemos colocado nuestra fe, o por lo menos nuestra confianza. Todo, entonces, se desenvuelve como si nuestro único deseo no fuera el de transformarnos en lo que somos, hombres cuya verdad última es que son mortales, sino, como se dice, de gozar de salud, de sumergirnos en un estado imaginario de no-sufrimiento..."

Acaso ¿no es verdad que, inconscientemente, la ciencia y la tecnología médicas, vistas como poseedoras de un poder siempre mayor sobre la enfermedad y la muerte, acunan el sueño de la vulnerabilidad y de la inmortalidad del hombre? Ahora, tal como afirma Spinsanti, "la salud no es plena si está construida sobre la remoción de la muerte, si excluye el proceder normal del cuerpo hacia su propio fin. Una salud que, en cambio, sepa mirar en la cara a la muerte y a aceptarla, está llamada a sublimarse en la salvación, en armonía con el doble significado de salud" (13).

La noción de salud como pura vitalidad exuberante y exención de los sufrimientos no corresponde a las exigencias de la persona y se arriesga a atrofiar su bienestar y su desarrollo

pleno, porque manifiesta, y por tanto fomenta, el subdesarrollo del hombre como espíritu encarnado.

"Una visión completa de la salud implica la mejor armonía posible entre las fuerzas y las energías del hombre, una espiritualización lo más avanzada posible del aspecto corporal del hombre y la expresión corporal lo más bella posible de lo espiritual. La verdadera salud se manifiesta en la autorrealización de la persona que ha alcanzado esta libertad, que moviliza todas sus energías para llevar a cabo su vocación humana integral" (14).

Si la salud no se limita a la perfección biológica, la vida vivida en el sufrimiento no es necesariamente de segundo orden. La persona humana se puede desarrollar aun en condiciones críticas. La enfermedad y las minusvalías pueden representar una ocasión de crecimiento del individuo, ayudándolo a descubrir valores nuevos, que lo hagan progresar en su desarrollo humano.

Además, a una definición más amplia de la salud corresponde una más completa de sanación. Si la enfermedad psíquica o mental ataca al ser humano en su totalidad, el restablecimiento de la salud implica todas las dimensiones de la persona.

También en el campo de la promoción de la salud debe resaltarse la responsabilidad del individuo. Esta, tal como ha afirmado Illich (15), debe ser considerada una "virtud", una tarea personal que más que esperársela 'de modo consumista' de parte del médico y de los medicinales, hay que asumirla responsablemente.

3. *Una respuesta humana al sufrimiento.* De una visión personalista del hombre nace una respuesta auténticamente humana al sufrimiento. Los enfermos viven la experiencia de una laceración en el cuerpo y en el espíritu. Su sufrimiento, que se expresa en el dolor, en la enfermedad y en la muerte, es un signo, un "mensaje cifrado", un grito.

Pero, este grito ¿es comprendido? Actualmente, una tendencia muy difundida en nuestra sociedad busca tratar al sufrimiento de manera puramente técnica. La intervención analgésica, de que habla I. Illich, expresa la voluntad de eliminar el sufrimiento antes de haber tratado de comprender su significado. Eliminado de la consciencia en la que se experimenta, el sufrimiento se reduce a un mero síntoma, y así queda enajenado, deshumanizado. *"El psicoanálisis nos enseña que el síntoma es el lugar (ciego) de una palabra muda, de una palabra que no pue-*

de ser dicha ya que no es posible comprenderla en su referencia oculta, que a la historia y al deseo del sujeto resulta velada" (16). En este caso no es la persona el sujeto de los cuidados, sino el sufrimiento. Desligado del hombre, él no posee otro significado que médico, social y político. *"Si bien luchando médicamente contra el dolor, es importante acogerlo como signo dado a la consciencia; entonces, se quiebra el monopolio de la intervención técnica y, en algún modo, el dolor puede hablar y transmitir su sentido, porque es un grito henchido de significado"*.

¿Cuál es la palabra que dice el sufrimiento, el sentido que él expresa? En la consciencia de quien sufre, la distancia entre lo que él es y lo que querría ser es clara, porque el sufrimiento significa una herida al narcisismo humano. A través de ella, lo real irrumpe en lo imaginario. Y esto real que pesa en el sufrimiento es la muerte.

El paciente necesita que se escuche su llamado, que habla de la finitud humana y de la condición mortal del individuo; necesita que alguien escuche las emociones que lo acompañan: la inquietud, el miedo, la esperanza.

Indudablemente los "cuidados de la salud" de todo tipo se han multiplicado, a menudo se entabla una lucha encarnizada contra el mal. Pero todo esto ¿es suficiente para responder a lo que el enfermo espera? A menudo él mismo, aun en medio de todos los cuidados, ¿no se siente remitido a su soledad, incomprendido en sus pedidos porque se halla cosificado, transformado en consumidor sin voz, reforzado en su tendencia a la inmortalidad? Muchos factores dificultan la escucha del canto que entona el paciente. Fácilmente, la formación profesional, la organización del trabajo, los intereses profesionales o corporativos conducen a los que prestan cuidados al enfermo, a realizar tareas meramente técnicas. Deben reaccionar enérgicamente para no huir del enfermo. Más aún, ya que se sienten tentados de protegerse contra la imagen de sí mismos que se refleja en el rostro de su semejante afectado por el sufrimiento. Sólo cuando el paciente ya no se reduce más o no se encuentra reducido al sufrimiento que quien sufre y quien lo asiste se encuentran en la igualdad del sujeto. El sufrimiento, entonces, deja de ser un obstáculo que impide alcanzar la persona. Pleno de sentido, el sufrimiento puede transformarse en ocasión de crecimiento, hace que, en la confesión de la precariedad, se adquiera la posibilidad de crecer y en la necesidad del otro, la invitación a amar.

Lo que se ha dicho sobre el sufrimiento puede aplicarse también a la muerte de la que anticipa su anuncio.

4. *Una relación auténticamente humana entre agentes de salud y enfermos.* La visión personalista del hombre cuestiona también el estilo de relación entre agentes de salud y pacientes, así como se actúa en la asistencia. Se trata del aspecto que, en la opinión pública y en la literatura relativa, necesita mayor "humanización" y el que crea el malestar más profundo en los pacientes y en sus familias.

La mayor parte de las quejas se concentra sobre una acogida fría, sobre relaciones de tipo funcional, sobre la falta de información. La terminología con la que se expresan estas reclamaciones es repetitiva, a menudo emplea estereotipos: los pacientes denuncian que no se les considera personas sino números, u órganos enfermos. Vale decir, se pone en evidencia "la pérdida del ideal filantrópico de parte de quienes ejercen las profesiones sanitarias, en primer lugar los médicos" (17).

¿Qué pedir al personal para mejorar su relación con los pacientes, en un sistema en que el acto curativo y asistencial se encuentra cada vez más fragmentado, donde todo se ve cada vez más invadido por la técnica, donde la burocracia oprime siempre con mayor intensidad, donde el trabajo se desenvuelve en condiciones poco humanas gracias al número excesivo de horas laborales, donde faltan recursos, el trabajo en equipo es inadecuado, los contratos de trabajo insatisfactorios y falta una formación apropiada?

Dejando de lado cualquier forma de sentimentalismo, el deber ético más urgente que les incumbe no es el de olvidar sus propios derechos sino el de considerar a los enfermos como a personas, o sea como a sujetos autónomos, con derechos y deberes, con necesidades y valores propios. La sonrisa, el apretón de manos... tienen valor cuando se apoyan en la visión del otro como de un "tú" y no como en un "ello", según la terminología de Martin Buber. Si esto no ocurre, fácilmente se instaura una relación en que los miembros del personal consideren "insignificante" al enfermo (18). Son numerosos los aspectos del comportamiento que revelan un juicio de insignificancia: la dificultad o el rechazo de escuchar al paciente, de responder a sus interrogaciones o las de su familia, de tomar en consideración sus temores, sus razones, sus preocupaciones, su derecho a conocer el diagnóstico de su dolencia, la terapia, las perspec-

tivas sobre el período de su permanencia en el hospital y sobre su convalecencia, el lenguaje hermético, a veces la dureza, la intolerancia, la prisa, el paternalismo evidente o velado (19). En la consideración del otro como otro, se enraza el estímulo para reajustar el servicio en base ya no sólo de las frías normas sino también en base al interés, a la compasión, a la solidaridad.

5. *La atención a las categorías más frágiles.* La visión antropológica personalista fomenta la atención para con las categorías más frágiles, como los ancianos no autosuficientes, los enfermos crónicos, los enfermos mentales y quienes se encuentran en la fase terminal de la vida. La edad avanzada, la enfermedad, la aproximación de la muerte en nada merman su ser "personas".

En esta área podemos identificar un ejemplo significativo de humanización de la asistencia. Me refiero a los *cuidados paliativos*. Se trata de una medicina y de una asistencia sanitaria donde *curar y cuidar* se integran admirablemente y donde se evidencia, de modo excepcional, que la medicina para un enfermo que no está yendo hacia su sanación, sino hacia la muerte, no es una medicina para el moribundo, o para ayudar a morir, sino una medicina para el hombre, que permanece siendo, hasta el momento de su muerte, un ser viviente. Es más, en una perspectiva antropológica espiritual, permanece siendo un ser viviente aun después de su muerte (20).

6. *Un aporte a la creación de una relación equilibrada entre lógica técnica y lógica ética* (21). En una visión personalista del hombre, la tecnología médica no se ve privada de su valor. Ella, en efecto, debe ser considerada un factor extraordinario de humanización gracias a las mayores posibilidades diagnósticas y terapéuticas que ha abierto. Mas la ciencia y la tecnología médica pueden transformarse en un factor de deshumanización. Esto sucede en muchos casos, sobre todo cuando se actúa el progreso científico en busca solamente de resultados, violando la dignidad de las personas implicadas en el proceso. Es el caso de la calidad de la vida, del encarnizamiento terapéutico, de la ingeniería genética, de la procreación guiada, de la clonación, etc. Es fácil, por tanto, que nazcan conflictos entre la lógica técnica (todo lo que se puede hacer es factible) y la lógica ética (en el hacer debemos guiarnos por el respeto hacia la dignidad de la persona). De frente a estos conflictos, como afirma el documento conciliar *Gaudium et Spes*, "todo hombre tiene el deber de tener bien claro el concepto de la persona

humana integral, en que sobresalen los valores de la inteligencia, de la voluntad, de la conciencia y de la fraternidad” (n. 61).

7. *Administración y política.* El carácter central de la persona, considerada en su totalidad, debe ser tomado como modelo al que atenerse no sólo en la asistencia a los enfermos sino también en la política y en la administración del mundo de la salud. Se abre, aquí, el capítulo sobre la relación entre los derechos de los agentes de salud y los del enfermo (como en el caso de paros y huelgas...), sobre una distribución equitativa de los recursos en el servicio de la salud –lo que provoca tantos problemas de orden humano y ético–, sobre la importancia de una arquitectura sanitaria a medida del hombre, de una administración más ágil y más transparente, no esclava de las presiones políticas... (22)

¿Cuál pista operativa?

Haber confrontado algunos aspectos del complejo mundo de la salud con una visión del hombre inspirada en el personalismo cristiano, ha hecho surgir, con claridad, el compromiso ético al que está llamada cada persona de buena voluntad con el fin de reducir la distancia –sin pretender eliminarla– existente entre el ser y el deber ser de la promoción de la salud y de la asistencia al enfermo. Dicho compromiso ético comprende una clarificación y una actuación de esos principios. Por tanto, resulta importante indicar algunas etapas de un itinerario cuya meta es responder a los desafíos de la humanización.

1. La *primera etapa* es la del *pensamiento meditante*. Al respecto, Heidegger nos ofrece una sugerencia muy útil: “*Lo que verdaderamente resulta inquietante no es –dice– que el mundo se transforme en un dominio completo de la técnica. Mucho más inquietante todavía es que aún no seamos capaces de alcanzar, mediante un pensamiento meditante, una confrontación adecuada con todo lo que está emergiendo en nuestra época*”.

De esta actividad de *meditar* pueden derivarse algunas consideraciones importantes:

a. El tema de la humanización del mundo de la salud no es nuevo. A lo largo de la historia, con frecuencia se encuentra la necesidad de hacer que la asistencia al enfermo sea más adherente a los valores humanos profesados. Lo que no quita, sin embargo, que en nues-

tros días la problemática de la humanización se advierta más intensamente que en el pasado. Los factores que explican este hecho son abundantes y de tipo muy distinto. Mientras sobre el aspecto positivo se colocan una sensibilidad cultural más elevada, una mayor toma de conciencia de los propios derechos, recursos sanitarios más abundantes y sofisticados, hechos posibles por el progreso científico y tecnológico y por una organización mejor de los servicios asistenciales, sobre el aspecto negativo se encuentran, en la gente, una capacidad menor de resistencia al sufrimiento, pretensiones exageradas y a menudo irreales de los enfermos en relación con el personal, una búsqueda afanosa de la salud física, actualmente es uno de los símbolos de la felicidad humana, las grandes conquistas de la ciencia...

b. El tema de la humanización no toca sólo al mundo de la salud, sino a toda la sociedad. Como afirma Albert Camus, no son los médicos sino la sociedad la que viene juzgada según el modo en que en ella se sufre y se muere. En efecto, el comportamiento de los enfermos y el de los agentes de salud está radicado en la cultura de la sociedad en que ellos viven y trabajan.

Si esto es verdad, ¿por qué en nuestro tiempo el mundo de la salud se ha convertido en el lugar en que se concentra más el debate sobre la humanización? La respuesta a este planteo está en el hecho mismo que el mundo de la salud, hoy en día, representa una de las *encrucijadas* más importantes de la sociedad, a través de la cual pasa casi toda la población.

Se ha afirmado muy justamente que la vida humana ha salido del ámbito de las paredes domésticas para realizarse, en sus momentos más críticos y decisivos, en el mundo sanitario. Acaso ¿no es en ese mundo donde tienen lugar los eventos fundamentales de la existencia humana: nacimiento, eventual recuperación de la salud, envejecimiento, muerte; donde suceden las más cautivantes y al mismo tiempo las más inquietantes investigaciones científicas; donde se pueden percibir los planteos fundamentales del hombre de nuestro tiempo acerca del sentido de la vida, del porqué del sufrimiento y de la muerte? (23). No es para asombrarse, por tanto, que el mundo sanitario se haya hecho el lugar donde entran en choque los distintos proyectos que se tienen sobre el hombre, sobre su devenir y sobre su felicidad, así como las distintas concepciones de la sociedad (24). En el mundo sanitario se

ponen en evidencia las ambigüedades y contradicciones que se agitan en la consciencia contemporánea:

- Por un lado se nota una apertura universalista y una sensibilidad más desarrollada hacia todos los derechos del ciudadano, por el otro se constata una debilitación de la consciencia ética de la existencia; así, pierden su sentido el valor del trabajo, de la fidelidad, del sacrificio, de la compartición.
- Es fácil observar cómo la afirmación del valor de la vida, de la dignidad de la persona, del acompañamiento del enfermo, de la salud... se ve contrastada por la transformación del nacimiento en un hecho banal, por la remoción de la muerte, por la reducción de la salud a mera vitalidad física, por la acentuación de la juventud y de la belleza. Como afirma Castañeda, "*el hombre moderno ha abandonado el reino de lo desconocido y de lo misterioso para establecerse en el de lo funcional*", (25) condenándose al aburrimiento.
- Para alcanzar los objetivos de la humanización no es necesario renunciar al esfuerzo científico y tecnológico, típico de nuestro tiempo. Una posición de este tipo, que contiene la aspiración romántica de una vuelta al pasado, sería irreal e incapaz de producir un progreso social. "*No hay que abandonar la esperanza de una sociedad metatécnica, de una nueva síntesis entre un progreso técnico controlado y una asistencia humana liberada de las constricciones impuestas por el progreso. En efecto, un mundo donde el trabajo sea más humano, una vida más cercana a la naturaleza, estructuras sociales más equilibradas y la satisfacción de necesidades, aun de aquellas no materiales: sólo estos valores pueden hacer que la vida sea digna de ser vivida...*" (26).
- ¿Es posible alcanzar los objetivos de la humanización del mundo sanitario, dejándose en las manos de una ética que ahonda sus raíces únicamente sobre bases racionales? Me limito a proponer este planteo, sin desarrollarlo, porque está presente y se discute en nuestro tiempo (27).

2. Pasando, ahora, a indicar una *segunda etapa*, recuerdo el pensamiento de Paul Ricoeur que, hablando de las respuestas a los problemas, establece la distinción entre respuestas breves y respuestas largas. Las *breves* consisten en inter-

venciones inmediatas, de tipo individual o local. Las *largas*, en cambio, son aquellas cuyos efectos están espaciados en el tiempo, orientadas a incidir sobre la cultura, a influenciar las palancas del poder, los mandos de la organización y de la economía. Se trata de iniciativas cuyos resultados requieren tiempo, como las presiones para cambiar una ley, para privilegiar a una política más que a otra, para instaurar programas nuevos...

Ambos tipos de respuestas tienen sus ventajas y sus límites. El primer tipo tiene el mérito de intervenir en seguida, pero, probablemente no ejerce mucha influencia sobre el cambio de la situación. El límite de la respuesta larga está en la duración del proceso, en las desviaciones posibles a lo largo de su realización, mientras sus ventajas están representadas por sus efectos eficaces sobre las estructuras.

¿Cuál elegir, entonces: la breve o la larga? Creo que una respuesta adecuada es la que invita a elaborar *proyectos largos* a realizarse a través de muchas *respuestas breves*.

Si observamos el escenario del mundo de la salud notamos la presencia de numerosas iniciativas, que pueden ser reunidas en la categoría de las respuestas breves. A menudo, dichas iniciativas no se hallan coordinadas o tienen la finalidad de realizar proyectos de gran envergadura, lo que contribuye a hacerlas poco eficaces. Si bien es mejor encender una cerilla que maldecir la oscuridad, esto no quita, sin embargo, que el objetivo que se debe perseguir sea evitar que la oscuridad dañe la vida y la actividad de la gente.

La realización de *proyectos largos* será posible si las *instituciones* –universidad, hospitales, comunidades eclesiales– se convencerán de la importancia de la humanización del mundo de la salud.

Entre los objetivos de los proyectos largos, ocupa una posición preeminente la promoción de una cultura del mundo sanitario rica en valores humanos auténticos. Como cultivación de lo humano, la cultura llama en causa a la educación, hecha de información y de formación. No se trata sólo de reducir la ignorancia de cognición sino de fomentar la madurez de los individuos y de los grupos.

Para alcanzar dicho objetivo, se han puesto en marcha diferentes iniciativas:

- La finalidad de algunas de ellas es el crecimiento humano de la persona y obedecen a la fórmula "*para humanizar es necesario humanizarse*". La humanidad, en efecto, no

es algo que se puede vestir junto con un guardapolvo de sanitario o adquirir a través del desenvolvimiento de algunos servicios. Es un modo de ser que nos acompaña: existe o no existe. Estas iniciativas nos llevan a reconocer en nosotros la presencia de una tendencia a ser pocos humanos, a permanecer distantes, indiferentes, incapaces de comprender a la persona del otro en la totalidad de su ser.

- Otras iniciativas buscan, en especial, la promoción de habilidades de relación, a nivel académico y no académico, necesarias para actuar una relación de ayuda válida (28).
- En un plano distinto se ubican la constitución y la formación de voluntarios. El mundo de la salud no es solamente el ámbito de los derechos y de los deberes recíprocos entre los enfermos y los agentes de salud. Además de aquella que se expresa mediante una ayuda profesional, también existe la solidaridad que no posee otro motivo que el de la simple humanidad para traducirse en acción (29).
- A nivel institucional los Centros de Pastoral y de humanización, los Comités éticos, los Comités de humanización, los Departamentos hospitalarios de ciencias humanas, presentan resultados prometedores (30). Los últimos representan una novedad verdadera –hasta ahora sólo conocemos la existencia de dos de ellos– porque representan un instrumento concreto para pasar de las palabras a la acción cuando se habla de humanización. Su finalidad es convocar *“las ciencias humanas a colaborar con las ciencias biomédicas para recomponer, en una perspectiva holística, la globalidad del sujeto y de sus necesidades. El hospital se presenta en esta visión, como lugar designado donde volver a fundar un saber teórico-práctico alrededor del hombre enfermo”* (31). La *colaboración interdisciplinaria* extraería grandes ventajas de la acción de estos departamentos.
- No hay que olvidar las diferentes iniciativas, realizables en la comunidad civil y eclesial, que buscan estilos de vida salubres y una sensibilización de la población a las necesidades de quienes sufren.

No hay dudas: la respuesta al reto de la humanización de los ambientes de la salud sólo puede ser el resultado de un esfuerzo colectivo (32).

Conclusión

El compromiso en la humanización del mundo de la salud fácilmente puede parecer utópico, irrealizable porque se presenta demasiado en contraste con los datos que ofrece la realidad. En efecto, numerosas dificultades frenan ese proceso humanizador; son dificultades de carácter técnico, material y psicosocial. Y, sobre todo, hay una mentalidad bastante extendida que frecuentemente se opone a los valores que la humanización quiere alcanzar. Pero, ¿no es asimismo utópico atenerse al mero realismo?

Por las características y las problemáticas antes mencionadas, el mundo de la salud de hoy –complejo, rico en victorias, derrotas y desafíos– es uno de los escenarios en que las palabras de San Pablo, en la Epístola a los romanos, cobran gran significado:

“En efecto –escribe el apóstol–, toda creación espera ansiosamente esta revelación de los hijos de Dios... Porque... será liberada de la esclavitud de la corrupción, para participar de la gloriosa libertad de los hijos de Dios. Sabemos que la creación entera hasta el presente, gime y sufre dolores de parto...” (Rm 8, 19-22).

La humanización del mundo de la salud, ¿no forma parte acaso de este tender hacia la liberación, innata en la creación?

Escuchar y acoger el lamento de esta tensión, esforzándose en darle una respuesta, significa implicarse en un proceso del que se sale más auténticamente humanos.

En la perspectiva cristiana, dicho compromiso está sostenido por la certidumbre que serán “cielos nuevos y tierra nueva”, cuya realización ya ha empezado y es visible en cada tentativa de plegar la mentalidad y la obra de las instituciones hacia un mayor respeto por el ser humano.

Bibliografía

1. Brusco, A.: *Umanità per gli ospedali*, Brezzo di Bedero, 1983; Id., *Humanización de la enfermería*, en Bermejo JC., *Humanizar la salud*, San Pablo 1997, pp. 29-50.
2. Véase Sgreccia E.: *Manual de Bioética*, Diana, México, 1996; y Viafora C., *Fondamenti di bioetica*, Editrice Ambrosiana, Milán, 1989.
3. Sgreccia E.: *Non archiviare l'impegno per l'umanizzazione della medicina*, en “*Medicina e Morale*”, 2 (1986), pp. 267-270.
4. Véase Howards J., Strauss A.: *Humanizing Health Care*, New York, 1997.

5. Spinsanti, S.: *L'alleanza terapeutica*, Borla, 1988, p. 116.
6. Véase Spinsanti, S.: *Guarire tutto l'uomo* (La medicina antropologica di V. von Weiszaecker), Paoline, Milán, 1988.
7. Tournier, P.: *Medicina della persona*, 1967.
8. Laín Entralgo, P.: *Antropologia medica*, Paoline, Milán 1988; Spinsanti, S.
9. De Spinsanti, S., además de las obras ya citadas, recordemos: *Riemergenza dei valori nell'ambito della salute*, en Ingrosso M., Montuschi F., Spinsanti S., *Salute e malattia*. Cittadella, Asís, 1997, pp. 11-178.
10. Véase Indelicato M., *Linee di antropologia personalista*, en Varios Autores, *Civiltà tecnologica e destino*.
11. Spinsanti, S.: *Riemergenza dei valori...*, citada anteriormente, p. 115.
12. Este tema se encuentra desarrollado en todas las obras de Spinsanti S.
13. Ingrosso, Montuschi, Spinsanti, obra ya citada, p. 175.
14. Häring B.: *Perspective chrétienne pour une médecine humaine*, Fayard, 1975, p. 155.
15. Illich, I.: *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milán, 1977.
16. Vasse, D.: *La parole et la souffrance*, en "Medicine de l'homme", 82, 1976, p. 32.
17. Spinsanti, S.: *L'alleanza terapeutica, le dimensioni della salute*, Città Nuova, Roma 1988, pp. 11 y 113.
18. Colombero, G.: *Presenza e identità del sacerdote nella collettività ospedaliera*, en Varios Autores, *Il Sacramento dei malati*, L.D.C., Turín, 1975, pp. 236-237.
19. *Encyclopedia Universalis*, Vol. X, Médecine, p. 694.
20. Spinsanti, S., obra citada, p. 174.
21. Brusco, A.: *Umanità per gli ospedali...*
22. Sobre este punto, véase la obra anteriormente citada de Ingrosso, Montuschi, Spinsanti.
23. Véase Alvarez F., en Varios Autores, *Pastoral de la salud*, Instituto Internacional de Teología a Distancia, Madrid, 1996, p. 100 y sigs.
24. Ingrosso, Montuschi, Spinsanti, obra citada, pp. 113-114.
25. Carlos Castañeda: *The fire from within*, Black Swan, Londres 1984, p. 167.
26. Küng, Etre chrétiens... Seuil, Paris, 1978, p. 34.
27. Martini C.M., *Eco U.: In che cosa crede chi non crede?*, Liberal-Sentieri, Milán 1997, pp. 61-80.
28. Véase Bermejo J.C. (Ed.), obra ya citada, en especial las páginas 7-28.
29. Spinsanti S., *L'Alleanza...*, citada anteriormente, p. 135.
30. Sobre Departamentos, véase Spinsanti S., *L'Alleanza...*, ya citado, pp. 113-136.
31. Idem, pág. 121: "El Departamento de ciencias humanas del Hospital Fatebenefratelli de la Isla Tiberina de Roma, añade distintos servicios y actividades desarrollados en el ámbito del hospital: psicología, asistencia social, asistencia espiritual, bioética, voluntariado hospitalario. Integrando la actividad asistencial ofrecida por este Departamento con la de los Departamentos médicos, el hospital se abre, totalmente, a las necesidades del ser humano enfermo en su singularidad".
32. Idem pág. 121: *Hablando de proyectos*, sobre todo si son de gran envergadura, es fácil suscitar reacciones opuestas. Los pesimistas dicen: "En todo grupo existen cuatro personas: 'cada uno', 'nadie', 'alguien' y 'cualquiera'. Hay que hacer un trabajo que cada uno puede realizar. Cada uno piensa que 'alguien' lo hará. De hecho, ese trabajo no lo hace 'nadie'. Y entonces 'alguien' se enfada porque 'nadie' ha hecho lo que 'cualquiera' habría podido hacer..." Los optimistas que creen en la belleza y en la eficacia de pensar y de realizar juntos un proyecto, se remiten a las palabras de Helder Camara: "Si una persona sola sueña, el suyo sólo es un sueño, si en cambio son muchos los que sueñan juntos, estamos ante el comienzo de una realidad nueva".

Relación de ayuda: Un estilo de comunicación humanizadora

Dr. teol. José Carlos Bermejo H.

Religioso Camiliano, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria en el Instituto Camillianum de Roma, donde actualmente es Profesor. Director del Centro de Humanización de la Salud en Madrid. Profesor en diversas universidades, institutos y Escuelas de Pastoral Sanitaria en España. Autor de varias publicaciones sobre temas de su especialidad

Son las ocho y media de la mañana de un día cualquiera, en un servicio de Digestivo de un gran hospital. Mi amiga Rosa, enfermera, al comprobar en el informe de enfermería que la tarde anterior ha ingresado un paciente nuevo, el señor Luis, de cincuenta y dos años, decide ir a saludarle con la gentileza que la caracteriza y con el buen ánimo con que ha empezado este día soleado de trabajo. Entra en la habitación y la conversación, según escribe ella misma, se desarrolla así:

- ¡Buenos días! –saluda con tono alegre y efusivo-. Usted es Luis, ¿verdad? Creo que ingresó ayer por la tarde.
- Sí, ayer.
- Yo soy Rosa, enfermera de esta planta. ¿Qué tal se encuentra? ¿Ha dormido bien esta noche?
- ¿Cómo quiere que me encuentre si tengo un cáncer y me voy a morir? –responde con sequedad el paciente.
No sé qué decirle. Me ha dejado de piedra, escribe luego la enfermera para analizar el encuentro en un grupo de formación en relación de ayuda. Me doy la vuelta y salgo de la habitación¹.

Ciertamente, esto no sucede todos los días (al menos a Rosa), pero situaciones que reclaman la necesidad de una particular competencia para el desarrollo de la profesión sanitaria y para la relación con las personas enfermas o en cualquier situación de dificultad en general, sí que son cotidianas.

Recuerdo aquel otro amigo médico, Manuel, que me contaba lo mal que lo había pasado cuando, al ir a informar a una paciente mayor de la necesidad de un traslado de hospital para pruebas complementarias, esta se negaba rotundamente porque decía haber cumplido ya en la vida y deseaba morir tranquilamente. Más allá del dilema ético que se planteaba, la dificultad era experimentada también en el terreno de las habilidades necesarias para manejar la situación de manera competente, bien centrada en los valores y necesidades de la señora, y satisfactoria también para el médico.

Y no me olvido tampoco de aquella señora que trabajaba en una compañía aseguradora que confesaba manejar con dificultad las situaciones en las que tenía que decir a los clientes que su seguro no cubría algunas prestaciones y sufría –decía ella– al tener que decir “no”, cosa que lo hacía con agresividad, porque, de lo contrario, se enternecía y decía no ser capaz.

Cualquiera de ustedes podría citar numerosas situaciones en las que ha experimentado de modo especial la necesidad de herramientas para moverse con soltura en el terreno donde realiza alguna de las profesiones relacionadas con la promoción de la salud y el afrontamiento de la enfermedad.

Ciertamente, cada vez son más las iniciativas programadas y realizadas en torno a la formación en relación de ayuda dirigidas a diferentes colectivos de profesionales, convencidos de que este es un camino para humanizar la asistencia a los usuarios y los programas de salud y todas aquellas relaciones que pretendan ser de ayuda, dotándolas de una mayor competencia relacional hecha de adquisición de conocimientos, adiestramiento en habilidades de

¹ Cfr. BERMEJO, J. C. “Relación de ayuda. En el misterio del dolor”, Madrid, San Pablo, 1996, p. 50.

interiorización de actitudes para la interacción con los que sufren las consecuencias de la enfermedad o de otro tipo de crisis vitales².

Cada vez son más, por otra parte, los contextos en los que escuchamos la lamentación por motivos de deshumanización de los ambientes de salud y esta, con una cierta frecuencia, se refiere precisamente al terreno de las relaciones de los profesionales de la salud con los usuarios. Y, por otra parte, algunas investigaciones³ muestran cómo uno de los factores más estresantes en la labor de los profesionales de la salud son las dificultades cotidianas en la comunicación interpersonal.

1. La relación de ayuda como instrumento de humanización

Es probable que, al hablar de humanizar, no todos pensemos en la misma realidad. En las situaciones que hemos citado anteriormente, quizás alguien dijera que no hay motivo para hablar de deshumanización. Lo habría si estuviéramos ante relaciones faltas de respeto, decisiones éticas no respetuosas de la dignidad y de la autonomía de los usuarios, incompetencia en la aplicación de los tratamientos o cuidados propios y adecuados, etc.

Ahora bien, aun allí donde no percibimos grandes estridencias, comportamientos maleficentes o visible incompetencia relacional, nos percatamos de la necesidad de entablar relaciones que estén en sintonía con nuestro ser persona –no solamente profesionales o detentores de un rol–, relaciones que se centren realmente en las necesidades del ayudado y que den una cierta satisfacción a las personas que interaccionan.

En una palabra, aun donde no percibimos elementos negativos denunciados porque son deshumanizadores, la relación interpersonal con el que sufre a causa de la enfermedad, o porque se presenta en su fragilidad y debilidad, ha de estar dotada de actitudes y habilidades que van más allá de los puros conocimientos técnicos.

Quizá sea oportuno definir qué entendemos por humanizar. El diccionario de la Real Academia Española dice que humanizar es "hacer a alguien o algo humano, familiar y afable; ablan-

darse, desenojarse, hacerse benigno". Lejos de pensar en una relación humanizadora como aquella que cae en el "ternurismo" blandengue que repele, nos parece que humanizar, en el ámbito de las relaciones donde está en juego la salud, consiste en dotarlas de las actitudes y habilidades que hacen que esta sea vivida de manera sana y sanante, experimentada, familiar y afable, con dominio de los sentimientos e impregnación de los valores más genuinamente humanos e inalienables como la autenticidad, la verdad, la libertad, el respeto...

2. La relación de ayuda y la humanización

El desarrollo de la psicología, la accesibilidad de algunos de sus conocimientos a otros profesionales, el trabajo interdisciplinar en salud y la conceptualización del significado de las diferentes profesiones relacionadas con la salud y la enfermedad, están haciendo que en los últimos años se reflexione sobre la relación de ayuda como un elemento que da competencia al ejercicio humano de estas profesiones, de manera que los programas y servicios de salud sean realizados por profesionales hábiles en el arte de manejar la comunicación, de cara a optimizar los recursos para prevenir la enfermedad, para luchar por la salud o para aumentar la calidad de vida cuando este es el primer o único objetivo⁴.

Si bien los ámbitos de humanización son numerosos (el cultural, el político, el económico, el estructural, el ético, el tecnológico, el del acompañamiento espiritual...), la relación de ayuda es, sin duda, un instrumento necesario para promover la humanización de los programas y servicios de salud en general.

Cuando hablamos de *relación de ayuda* nos referimos a un modo de acompañar en el que quien ayuda usa especialmente recursos relacionales para facilitar a otro la salida de una situación problemática, la vivencia lo más sanamente posible de la misma, si no tiene salida, o el recorrido de un camino de crecimiento.

La relación de ayuda no necesariamente se realiza en ámbitos estrictamente profesionales ni es monopolio de los profesionales de la ayuda: psicoterapeutas, psicólogos, trabajadores so-

² Cfr. BERMEJO, J. C. "Apuntes de relación de ayuda". Madrid, Centro de Humanización de la Salud, 1996, p. 7.

³ Cfr. FONTANALS RIBAS A. "Relación de ayuda en los cuidados en enfermeros", en "Rol", 1994 (190), p. 67. Cita una investigación realizada por Ribera en 1998.

⁴ En este sentido, en el terreno de enfermería, por ejemplo, han sido importantes las aportaciones de Peplau, Travelbee, Orlando, Henderson, etc. Cfr. JOVERSANCHO C. y otros, "Relación de ayuda en el ingreso hospitalario", en "Rol", 1997 (206), pp. 23-29.

ciales, orientadores familiares, etc., sino que la ejercen, de modo específico, también los profesionales de la salud, y de la competencia para la misma y de su calidad dependerá, en buena medida, el éxito del ejercicio de su misión y la consecución de sus objetivos. Hay, pues, una relación de ayuda en sentido estrictamente profesional, una relación de ayuda en el ejercicio de alguna profesión de ayuda (entre las cuales, las de la salud), y una relación de ayuda como modo de ser⁵.

La concepción de ayuda a la que nos estamos refiriendo es muy diferente de aquella que la considera como un proceso unidireccional, donde una persona experta prodiga la ayuda a un cliente que la recibe de manera sumisa y sigue las consignas dadas por el ayudante. En el tipo de relación que nos interesa, hay encuentro humano, hay relaciones horizontales, de adulto a adulto –en términos del análisis transaccional–, uso del poder facilitador –no directivo– y una fuerte tendencia a centrarse en la persona, más allá de la simple consideración del problema⁶. En suma, la relación de ayuda consiste en una interacción particular entre dos personas, un ayudante y una persona en crisis, contribuyendo cada una personalmente a la búsqueda y a la satisfacción de una necesidad presente en el ayudado. Esto presupone que el ayudante que vive esta relación adoptará una forma de estar y de comunicación en función de los objetivos perseguidos y de la demanda del ayudado y de la comprensión que el ayudante posea de su rol⁷.

Al hablar de relación de ayuda *en salud*, nos estamos refiriendo a las actitudes de fondo del ser del agente de salud y a las habilidades personales y relacionales que este despliega tanto en situaciones difíciles en las que se configura un encuentro que podría calificarse “de relación de ayuda” en sentido estricto, como en los momentos más cotidianos en los que sencillamente, mientras se prestan cuidados o se interacciona con una persona que sufre. Pero nos referimos también a las relaciones de las personas que trabajan en empresas de salud, a quienes investigan juntos o realizan programas de salud, etc., que pueden estar impregnadas de una serie de características para que su interacción sea saludable y eficaz.

⁵ Para la relación entre psicoterapia, *counselling* y relación de ayuda, nos hemos inspirado en parte en: BRUSCO A., “Psicoterapia, relación de ayuda y *counselling*” en: Bermejo, J. C. (ed.), “Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería”, Madrid, San Pablo, 1997, pp. 79-83.

— *Tenemos en mente, entonces, la situación en que el agente de salud encuentra al paciente ansioso ante una intervención quirúrgica, triste mientras elabora su duelo anticipatorio porque ve cómo se le aproxima la muerte, etc. Pensamos también en situaciones en las que el profesional presta los cuidados más sencillos: mientras realiza la entrevista médica, comunica un diagnóstico, busca una vía, hace una cura, traslada a un paciente, recoge una muestra o datos, etc., situaciones en las que interacciona con él y donde también la comunicación es un elemento fundamental del proceso terapéutico*⁸.

Pero tenemos en mente también las relaciones que, en cualquier ámbito, en cualquier empresa o colectivo quieran ser de calidad y humanizadoras, saludables y generadoras de salud, a la vez que prevenir las patologías que tienen como cofactor en su etiología el mundo relacional o que cursan de manera más o menos saludable dependiendo de la calidad de las relaciones sociales y de apoyo.

3. Actitudes fundamentales para la relación de ayuda

Definido el concepto de la relación de ayuda a la que nosotros nos referimos, presentemos a continuación las actitudes fundamentales que ella requiere.

El desarrollo de la reflexión sobre relación de ayuda en los ámbitos de salud está haciendo uso sobre todo de la psicología humanista, pero de una manera bastante ecléctica. La mayoría de la literatura está inspirándose de modo particular en Carl Rogers⁹, recogiendo de él sobre todo la tríada actitudinal (consideración positiva, empatía y autenticidad) y en su discípulo Robert Carkhuff¹⁰, que introduce otras actitudes que

⁶ Cfr. BERMEJO, J.C., “Apuntes de relación de ayuda”, o.c., p. 16.

⁷ Cfr. CHALIFOUR, J. “La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanista”, Barcelona, S.G. Editores, 1994, pp. 44ss.

⁸ Cfr. En el caso de enfermería, “la relación de ayuda no se aplica a los cuidados como el Proceso de Atención de Enfermería o el método de solución de problemas, al contrario, es intrínseca a los cuidados”. Cfr. FONTANALS RIBAS A. y otros. a.c., p. 67.

⁹ ROGERS, C. “El proceso de convertirse en persona”, Barcelona, Paidós, 1986^o.

¹⁰ Cfr. MARROQUÍN, M. “La relación de ayuda en R. Carkhuff”, Bilbao, Mensajero, 1982; GIORDAN, B., “La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff”, Bilbao, Desclee de Brouwer, 1997.

nosotros preferimos ver como habilidades en las que se despliegan dichas actitudes o técnicas de relación y manejo de los elementos de la comunicación.

3.1. *La consideración positiva o aceptación incondicional*

La actitud de la consideración positiva, aceptación incondicional o cordialidad en el trato, es una disposición interior del ayudante que parte del principio fundamental para todo proceso de relación de ayuda: el protagonismo del ayudado. El significado de esta actitud lo presentaremos en cuatro sentidos: confianza en el ayudado, ausencia de juicio moralizante, acogida incondicional del mundo de los significados y sentimientos y cordialidad en el trato.

3.1.1. *Confianza en el ayudado, visión positiva*

En primer lugar, pues, se trata de una disposición en virtud de la cual el ayudante se considera a sí mismo como intermediario entre los recursos del ayudado y su identificación y despliegue. Quien adopta esta actitud, por tanto, tiene una visión positiva del usuario que se traduce en confianza, en estar por él. Se podría sintetizar esta disposición en esta frase: "deseo ayudarte, es decir, te acompañaré a que te ayudes a ti mismo al máximo de tus potencialidades y promoveré al máximo tu autonomía y responsabilidad". "Creo en ti" (que es distinto de "te creo") es el punto de partida del ayudante. "Deseo proporcionarte la información y el control máximo que te pueda ayudar a ser lo más autónomo e independiente posible"¹¹.

Sin caer en la ingenuidad¹² (de algo de esto fue acusado C. Rogers por su marcada visión positiva del ayudado y el no directivismo que define su postura¹³), insistimos en este protagonismo del ayudado, que en términos valóricos no es otra cosa que el sagrado respeto al principio de la autodeterminación y de autonomía sobre el que tanto insiste hoy la bioética.

Quizás esta actitud sea posible ponerla en práctica en la medida en que el ayudante trabaje sobre sí mismo en la misma disposición, esto es, en la medida en que cultive su propia auto-

estima. Se podría decir que uno empieza a confiar y creer en los demás en la medida en que confía y cree en sí mismo. Uno puede acompañar a otro a identificar sus recursos y movilizarlos en la medida en que sea capaz o esté adiestrado a reconocer y movilizar los propios. De aquí que toda información en relación de ayuda invertirá energía en favorecer el autocoñocimiento y la autoestima del ayudante. La vieja sabiduría ya nos dice: "¿Podrá un ciego guiar a otro ciego? ¿No caerán los dos en el hoyo?" (Lc 6, 39).

3.1.2. *Ausencia de juicio moralizante*

En segundo lugar, el significado de esta actitud consiste en la liberación del ayudante de toda tendencia al juicio moralizante sobre la persona y sobre los comportamientos del ayudado.

Es necesario aclarar que esta ausencia de juicio moralizante no significa ausencia de juicio crítico sobre las actitudes y comportamientos del ayudado, ni tampoco ausencia de criterio propio o aprobación de las conductas destructivas, defensivas o no saludables que pudieran observarse en el ayudado.

Se trata, sencillamente, de la liberación de la arraigada tendencia a etiquetar o moralizar sobre las personas. Por todos es sabido que el camino más corto para liberarse de esta tendencia es mirarse al espejo con sinceridad o, sencillamente, escuchar.

Recuerdo una amiga periodista enferma de SIDA, que durante años colaboró en la revista HUMANIZAR, que me decía que un día en la sala de espera de la consulta, mientras conversaban unos pacientes con otros, nadie nunca preguntó a otro cómo se habían contagiado, mientras que percibían en las miradas de los profesionales una curiosidad y deseo de poder etiquetar a cada uno de ellos.

3.1.3. *Acogida incondicional del mundo de los sentimientos*

Una de las tendencias más arraigadas culturalmente entre quienes han trabajado poco o nada la formación en relación de ayuda, es la que lleva a emitir frases hechas de tipo exhortatorio que, analizadas detenidamente, además de deseos de consolar, son invitaciones a no sentir. Numerosas expresiones que se traducen en "no tengas miedo", "tienes que animarte", "no estés triste", "los hombres no lloran", "hay que ser fuerte", "ha sido mejor así porque estaba sufriendo mucho", "no hay motivo para

¹¹ Cfr. BAYÉS, R. "Psicología oncológica". Barcelona, Martínez Roca, 1985, p. 104.

¹² Cfr. BERMÚDEZ, J. C. "Relación pastoral de ayuda al enfermo", Madrid, San Pablo, 1993, p. 77.

¹³ Cfr. GIORDAN, B., o.c., pp. 106-108.

preocuparse, porque lo tuyo no es nada", y una colección de este tipo, responden a una tendencia a no acoger incondicionalmente el mundo de los sentimientos del ayudado.

En realidad, una persona necesitada de ayuda, lo primero que espera no es una solución a su dificultad, sino la comprensión y acogida del modo más íntimo como vive sus propias dificultades, y que se traduce en estados de ánimo¹⁴.

La eficacia de la relación que tiende a disminuir la intensidad de los sentimientos negativos, reflejo del sufrimiento del ayudado, seguro que está mediada por la capacidad del ayudante a acompañarle a manejarlos¹⁵ siendo dueño de ellos de manera asertiva¹⁶.

Ahora bien, para acompañar a manejar sanamente los sentimientos que produce el impacto de una enfermedad o de una crisis en la vida de la persona, es necesario que el ayudante haga consigo mismo un proceso de integración de los propios sentimientos. La reacción de huida, frecuente en el contacto con los sentimientos negativos del ayudado, será superada mediante el adiestramiento al dominio de los propios sentimientos del ayudante¹⁷. Recientemente se está hablando precisamente de "*inteligencia emocional*" como el conjunto de rasgos y habilidades de la persona que permiten ser diestro en el manejo de las emociones y de su impacto en el comportamiento¹⁸.

Muy recientemente, me contaba un médico que mientras un paciente esperaba entrar en el quirófano tras habersele caído encima la tapa de un camión, este le decía que le hiciera morir, que no quería quedar inválido para toda la vida. Al escucharle, constaté cómo es necesario aprender a manejar los sentimientos para afrontar las situaciones con competencia, porque, según me decía el médico, nadie le respondía, limitándose todos a callar y a darse la vuelta y, perplejos, seguir "haciendo" sus tareas.

¹⁴ CIAN, L. "La relación de ayuda", Madrid, CCS, 1995², pp. 138-140.

¹⁵ Cfr. CASTANYER, O. "La asertividad: expresión de una sana autoestima", Bilbao, Desclée de Brouwer, 1996.

¹⁶ Un grupo de enfermeras ha hecho recientemente una investigación que lanza resultados favorables a la eficacia de la relación de ayuda en la disminución de la ansiedad en situaciones producidas por el ingreso hospitalario. Cfr. JOVERSANCHO C. y otros, "Relación de ayuda en el ingreso hospitalario", en "Rol", 1995 (206), pp. 23-29.

¹⁷ Cfr. BERMEO, J.C.; MARTÍNEZ, A. "Relación de ayuda, acción social y marginación. Material de trabajo", Madrid, Centro de Humanización de la Salud, 1996, pp. 82-86.

¹⁸ Cfr. GOLEMAN, D. "Inteligencia emocional", Barcelona, Kairós, 1997¹⁰.

3.1.4. Cordialidad en el trato

La insistencia en la necesidad de dotar de calor humano la relación con el paciente se remonta muy lejos. Uno de los grandes reformadores de la asistencia a los enfermos en el siglo XVI, San Camilo de Lellis, proclamado "patrono de todos los enfermos y hospitales del mundo" (junto a San Juan de Dios), por el Papa León XIII (1886) y "protector del personal hospitalario, por el Papa Pío XI (1930), *quiso liberar* el cuidado de los enfermos de las manos de los mercenarios y de esclavos y ponerlo en manos de personas que lo hicieran por motivaciones sanas y nobles. Dirigiéndose a sus compañeros, acostumbraba a decirles: "*Más corazón en esas manos*".

El ayudante, según esta actitud, se dispone ante el otro con un respeto sagrado a su unicidad y dignidad, considerando los criterios, los valores del ayudado, modulando su modo de interactuar a la medida de las necesidades y de la personalidad del ayudado.

3.2. La empatía

La segunda actitud que presentamos, después de la aceptación incondicional, es la empatía. Es esta una palabra de uso tan actual en el mundo de las relaciones interpersonales en general y de ayuda en particular que, en cierto sentido, la experimento ya exagerada.

La empatía es la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta otra persona, y comunicar esta percepción en un lenguaje acomodado a los sentimientos de esta y a su capacidad de comprensión. Requiere una introducción, pero una introducción que no anula jamás la distancia, que no sea una disolución del yo personal en el ajeno, o a la inversa, del yo ajeno en el personal¹⁹. "*Sin empatía no existe base para la ayuda*"²⁰.

Esta es la actitud que regula de manera sana el grado de implicación emotiva con el sufrimiento del ayudado y sobre la que tanto insiste también la reflexión actual sobre la *inteligencia emocional*. En efecto, una de las preocupaciones más sentidas en los que quieren ayudar a otros es la del manejo del grado de implicación para no caer en el síndrome del *burn-out* o del desgaste emocional. A veces la no comprensión exacta del significado de la actitud empática lle-

¹⁹ MARROQUÍN, M., o.c., p. 94.

²⁰ Cfr. *Ibidem*.

va a reaccionar proponiendo la asepsia emotiva en la relación con el ayudado o la distancia defensiva. Pero ni una ni otra nos parecen posibles ni, en el fondo, atractivas ni para las relaciones de ayuda en general ni para el ejercicio de las profesiones de salud²¹.

Con frecuencia, la empatía se confunde con la identificación emocional²² que sería propia del significado etimológico de la palabra "simpatía" (sentir lo mismo), y también con el significado de la palabra "feeling", con la que solemos referirnos a "buen sentimiento". En otras ocasiones, se quiere decir "identificación por lo mismo", es decir, facilidad de comprensión de la experiencia ajena por haber pasado por la misma.

Sin embargo, el verdadero significado de la actitud empática es la disposición del ayudante en virtud de la cual este se pone a sí mismo entre paréntesis, adopta el marco de referencia del otro y consigue ver las cosas desde su punto de vista, captando el mundo de los significados que las cosas tienen para él, la valoración cognitiva y afectiva que él hace de la experiencia que le toca vivir y añadiendo a esta comprensión la comunicación de la misma, es decir, la respuesta que consigue que el otro haga experiencia de sentirse comprendido, lo que podríamos llamar "la dimensión conductual de la empatía".

La presentación de esta actitud en fases, como hace Katz²³, puede ayudarnos a matizar el significado.

La *primera fase* consiste en el esfuerzo actitudinal que el ayudante hace de entrar en el mundo del otro, "bajar a su pozo", expresión simbólica que quiere indicar la salida del propio punto de vista y la adopción del marco de referencia del otro. Algo así como lo que puede contener la expresión: "*También yo, si fuera tú, y estuviera en tu situación...*". Se trata de la fase de la identificación con la persona y con la situación del ayudado, con el objeto de comprender de manera lo más fielmente posible sus dificultades y posibilidades.

Naturalmente, quien hace este esfuerzo de identificación con la persona y la situación del ayudado, cuando este está en situación de crisis y sufriendo a causa de la enfermedad, propia o de un ser querido, esto no le deja indiferente al ayudante. En él se producirá una repercusión personal. Esta es la *segunda fase* de la empatía que bautizamos con la palabra "repercusión". Si el profesional se mira a sí mismo, en una observación introspectiva, se descubrirá tocado por el sufrimiento ajeno, afectado por el mundo del ayudado en sus propios sentimientos y valores. Quizá sienta impotencia, rabia, tristeza, ternura; quizá se sienta aturdido, asustado, huido... El reconocimiento de lo que al ayudante le pasa cuando se deja tocar por la experiencia de sufrimiento ajeno tiene como fin ser dueño de los propios sentimientos para que no sean estos los dueños del propio comportamiento. Nos estamos refiriendo, pues, a la autoconciencia del ayudante en la interacción, a lo que podemos entender con la expresión: "*También yo, ahora, mientras intento comprenderte metiéndome en tu pellejo, siento...*".

Pero en este proceso de observación introspectiva, el ayudante, además de reconocer que vibra con el usuario, encontrará dentro de sí la propia vulnerabilidad, los propios límites, las situaciones que ha vivido o está viviendo, que se parecen a lo que vive el ayudado, se descubrirá sanador herido (*tercera fase*), lo cual puede, por una parte, obstaculizar el intento de centrarse en el ayudado, y por otra, facilitar la comprensión del ayudado por aquello de la proximidad que hay entre ambos. Nos estamos refiriendo a lo que podríamos sintetizar con la expresión: "*También yo, en el fondo, tengo experiencias semejantes a la tuya o los significados y sentimientos que estás experimentando pertenecen también a mi mundo personal*". Este "encuentro en el fondo", "incorporación" o "reverberación" de la propia persona en relación a la del otro, nos puede hacer más comprensivos con el mundo doloroso y crítico del ayudado.

Ahora bien, si la empatía se redujera a esto, podríamos caer fácilmente en lo que hemos dicho que significa la simpatía en sentido etimológico, es decir, en la identificación emocional o identificación por lo mismo que nos desgastaría emotiva y afectivamente. Por eso, la *cuarta fase* de la empatía consiste en la separación, el restablecimiento de la distancia física, pero sobre todo psicológica, emotiva y afectiva de la experiencia del ayudado, para mantener el equilibrio emocional necesario en una sana interacción con la persona que sufre. "Aceptar totalmente al

²¹ Cfr. GARCÍA-CAMPAYI, O., y otros: "Empatía, quintaesencia del arte de la Medicina", en "Medicina Clínica", 1995 (105), pp. 27-40.

²² Cfr. EISENBERG, N.; STRAYER, J. "La empatía y su desarrollo", Bilbao, Desclee, 1992, p. 15.

²³ KATZ, R. "Empathy its nature and uses", Londres, The Free Press of Glencoe, 1963, citado por CASERA D., "Mis hermanos los psicóticos", Madrid, San Pablo, 1983, pp. 49ss.

otro, permaneciendo siempre uno mismo, es la paradoja del diálogo²⁴.

La ausencia de la actitud empática con frecuencia es índice de un incorrecto manejo de la implicación emotiva, o de una no suficiente "competencia emocional"²⁵. La comunicación empática, a veces, es difícil de realizar, porque se desarrollan comportamientos estereotipados protectores, que intentan evitar la amenazadora apertura hacia el otro. Estos comportamientos están presentes, a veces, en la actitud del ayudante más centrado en la tarea que debe cumplir, que en el ser humano que vive el problema²⁶.

3.3. La autenticidad, congruencia o genuinidad

La tercera actitud de la tríada rogeriana es la autenticidad. Rogers dice: "sólo mostrándome tal cual soy, puedo lograr que la otra persona busque exitosamente su propia autenticidad"²⁷.

Ser auténtico en la relación de ayuda significa un doble dominio de sí en la relación: por un lado ser conocedor del propio mundo interior y por otro que haya sintonía entre el mundo interior del ayudante y la comunicación externa. En otras palabras, la persona auténtica se conoce bien a sí misma y es sincera en la comunicación con los demás. Esta sintonía entre buena comunicación consigo mismo y buena comunicación con los demás hace que el ayudante sea visto por el ayudado como persona, más que como un simple despliegue de un rol. El ayudante, entonces, se manifiesta tal cual es, de manera afirmativa, asertiva.

La actitud de la autenticidad como propuesta para la relación de ayuda, lanza el reto siempre sentido y siempre actual del autoconocimiento.

Los propios recursos sanadores y de ayuda serán desplegados en la relación, en la medida en que el ayudante entre en contacto con ellos gracias a un buen grado de conocimiento de sí mismo. Los propios límites serán bien manejados en la misma medida. En el fondo, la identidad del buen ayudante la encontrará definida en la medida en que sea él mismo²⁸.

4. Habilidades, destrezas o técnicas para la relación de ayuda

El modelo de la relación de ayuda que estamos presentando está constituido de actitudes del ayudante o disposiciones interiores y habilidades o destrezas en las que estas se despliegan a lo largo del proceso de interacción. Entre las habilidades más importantes están las siguientes: la escucha activa, la respuesta empática, la destreza de confrontar, la de personalizar, la confrontación, particularmente la confrontación ética²⁹, la persuasión³⁰, la destreza de concluir un encuentro de ayuda, la inmediatez, etc.

Si bien todas ellas son importantes, creo que nunca se insistirá lo suficiente sobre la importancia de la escucha para entablar una buena relación de ayuda. En realidad, es el instrumento fundamental y del que más debería abundar un encuentro con alguien que sufre³¹. Ya Zenón de Elea, hace veinticinco siglos, afirmaba que "nos han sido dadas dos orejas y una boca para escuchar el doble de lo que hablamos".

Sin duda, el cuidado de los aspectos físicos de la escucha, la ecología del ambiente y la "liturgia del encuentro" son de extrema importancia para que la comunicación sea eficaz. Al parecer, el significado social de una conversación sólo es transmitido en un 30 a 35% por las palabras³². Si esto es así, escuchar activamente

²⁴ BIZOUARD, C. "De la acogida al diálogo", Bogotá, Selare, 1989, p. 96. No se trata de un proceso en sentido sincrónico, sino de una actitud contemplada en sus momentos en sentido sincrónico. Cfr. TAUSCH, A., TAUSCH, M. "Psicoterapia por la conversación", Barcelona, Herder, 1987, p. 31.

²⁵ Cfr. GILBERT, D. G., CONNOLLY, J.J. "Personalidad, habilidades sociales y psicopatología. Un enfoque diferencial", Barcelona, Omega, 1995, p. 93. Competencia la entienden los autores como "habilidad para conocer y tratar con el ambiente de forma efectiva y adaptativa", y "competencia emocional" como "habilidad de conocer y tratar con el ambiente de los sentimientos y deseos de nuestro cuerpo".

²⁶ Cfr. FONTANALS RIBAS A., y otros, "Relación de ayuda en los cuidados en enfermeros", en "Rol", 1994 (190), p. 71.

²⁷ ROGERS, C., o.c., p. 41.

²⁸ "No hay mejor futuro para la enfermería que las enfermeras consigamos desarrollarla hasta lograr que sea todo lo que puede llegar a ser". Cfr. ALBERDI, R. "La identidad profesional de la enfermera", en "Rol", 1992 (170), p. 44.

²⁹ Cfr. BERMEJO, J.C. "Relación pastoral de ayuda al enfermo", Madrid, San Pablo, 1995², pp. 131ss.

³⁰ Sobre los límites de la persuasión, ver: JIMÉNEZ, J., PINZÓN, H. "Técnicas psicológicas de asesoramiento y ayuda interpersonal" ("counselling"), Madrid, Narcea, 1983, pp. 110-112.

³¹ Cfr. MARROQUÍN, M. "La relación de ayuda en R. Carkhuff", Bilbao, Mensajero, 1982, pp. 109-110.

³² Cfr. GILBERT, M. "El poder de la comunicación verbal. No habla, pero se comunica", en "Humanizar", 1997 (30.), p. 35.