JOSÉ CARLOS BERMEJO

LA VISITA AL ENFERMO

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Humanizar

Centro de Humanización de la Salud
Religiosos Camilos

PPC

José Carlos Bermejo

LA VISITA AL ENFERMO

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

PRÓLOGO

Cuando alguien te dice: «Quiero hacerte una visita», el primer pensamiento es preguntarse qué querrá, cómo y cuándo. No es lo mismo que te lo diga alguien conocido que desconocido (el técnico del gas, un comercial, la vecina de enfrente, el sacerdote de la parroquia, un primo lejano o tu amigo íntimo), pues la preparación de la visita será distinta.

A unos se les abren unas estancias de la casa y a otros otras, es frecuente también que ante unos nos pongamos más en guardia, mientras que con otros nos sintamos más relajados y en confianza.

Las antiguas casas gallegas poseían una puerta dividida en dos piezas, una mitad superior y otra inferior. Habitualmente, los moradores de la casa te acogían en la puerta con la parte superior abierta, incluso con los vecinos no era extraño que se pasasen horas hablando en esta posición. Solo se abría la parte inferior cuando una relación se tornaba tan íntima que había la seguridad de que lo que viese en el interior no se haría público. Cuando la intimidad estuviese asegurada y respetada.

Es decir, que el que acoge una visita pide –en todos los casos– prudencia, respeto a la intimidad y a los límites establecidos por ella, a riesgo de que la imprudencia o la curiosidad provoquen que no se te vuelva a invitar o que se te eche de casa antes de tiempo.

Esta prudencia y respeto son también las claves de toda visita al enfermo. Entramos en su casa (y muchas veces sin previo aviso y «sin llamar a la puerta» de su vida), pretendiendo entrar en estancias existenciales a las que aún no nos han dado permiso.

Esto es lo que José Carlos Bermejo quiere desvelarnos en este nuevo libro. Nos invita a quitarnos el velo (des-velar) que tenemos ante nuestros ojos y nos impide ver que no siempre actuamos correctamente; que nuestras actitudes y acciones a veces curiosean o invaden el corazón/hogar del enfermo.

Sus claves propositivas, teóricas y prácticas, os invito a que las leáis con una predisposición a pasarlas por vuestro corazón, examinando vuestras visitas a untarnos por nosotros, sabiendo que, en muchos casos, su actitud es respuesta espontánea a nuestra forma de presentarnos y de entrar en su vida.

Ningún libro ni persona te dejará marcado si no lo haces tuyo y lo lees o escuchas a la luz de tu vida. Con esta actitud te invito a entrar en este regalo de

libro, pero también en los tesoros que esconden en su interior tantas personas que están esperando tu visita.

¡Adelante! Llama a la puerta.

Jesús Martínez Carracedo
Director del Departamento de Pastoral de la Salud
de la Conferencia Episcopal Española

INTRODUCCIÓN

Cuando oigo que un hombre tiene el hábito
de la lectura, estoy predispuesto a pensar bien de él.
NICOLÁS DE AVELLANEDA

Me han pedido que escriba un libro sobre la visita al enfermo. Y aquí está; también porque cada vez lo veo más necesario… y urgente. Y si lo tienes en tus manos con intención de leerlo, cabe pensar que estás buscando algo saludable para ti y para los demás. Te felicito y me alegro contigo.

Pienso en las familias, en los amigos, pero pienso también en los profesionales, empezando por los médicos, que en las visitas a los enfermos experimentan con frecuencia la dificultad de querer hacerlo bien y quizá no fueron formados o la cultura no les ayudó a pensar en cómo situarse ante el que sufre.

Las palabras, los gestos, las habilidades sociales para saber estar, lo que toca y lo que no toca decir, constituyen elementos que podrían parecer de sentido común, y en realidad no lo son.

Hemos aprendido por ósmosis a comportarnos y tenemos conductas que claramente podrían ser revisables y mejorables.

Confieso que escribo estas páginas –como otros dos de los numerosos trabajos publicados ya– habitado por la rabia. Es esa sensación de malestar que produce la contemplación de escenas desagradables para el enfermo cuando un visitante, en lugar de aliviar con su presencia, molesta, reprocha, habla por los codos, hace caso omiso de la situación concreta en que el enfermo se encuentra… y, lleno de buena voluntad, su presencia se convierte en un virus que eleva la temperatura interior de la lucha contra el mal.

Sueño con que estas páginas sirvan para dar por fin la razón a Fernando de Rojas cuando dice: «Saludable es al enfermo la alegre cara del que le visita», porque, efectivamente, muchas veces la cosa no es así.

Confieso que arranco estas líneas con aires críticos y puede que negativos. Mi idea sobre cómo visitamos a los enfermos no es aún muy positiva, por más que sean numerosas las personas que casi han consagrado su vida a la humanización del acompañamiento en el sufrimiento… Queda mucho por hacer en todos los contextos: en la visita del familiar, del amigo, del profesional de la salud… en el hospital, en el domicilio, en el centro de salud…

Confío encontrar en el lector, seguro visitador de enfermos, la disposición para

aprender. Comparto con Winston Churchill su sentencia: «Personalmente siempre estoy dispuesto a aprender, aunque no siempre me gusta que me den lecciones». Sería una buena disposición –la de aprender– para abrir unas páginas que quieren contribuir a generar una cultura humanizadora en torno a acompañar en el sufrimiento.

PRIMERA PARTE

APRENDER A DESAPRENDER

Desaprender lo sabido es ahora
mucho más importante que aprender cosas.
EDUARD PUNSET

Uno de los conceptos que más se ha puesto de moda en los últimos años es el de desaprender. No falta quien afirma que no es lo contrario de aprender, sino que desaprender debe llevar implícitos en su definición los conceptos de crecimiento, apertura de mente, enriquecimiento, inconformismo, creatividad…

¿Por qué hablamos de desaprender en un libro sobre la visita al enfermo? Porque, efectivamente, hemos interiorizado y adquirido por costumbre, pos ósmosis o por el proceso que haya sido, modos de visitar al enfermo que no responden a las necesidades de este ni son saludables, sino que, pretendiendo aportar un bien, contribuyen a aumentar el malestar y, en ocasiones, son claramente repetidores de estereotipos incluso ridículos.

Baste pensar en qué sentido puede tener preguntarle a un enfermo de alzhéimer en una visita: «¿Sabes quién soy?, ¿me conoces?». Lo mismo a un enfermo grave con dificultades de consciencia. Claramente, el enfermo, si sanara de repente, nos debería responder: «¿Te has *olvidado* de que tengo alzhéimer?». O bien: «Pero, ¿no te das cuenta de que estoy con problemas de consciencia?». No digamos cuando a un enfermo agónico alguien le dice: «Pero, ¿no me dices nada, encima de que vengo a verte?». No digamos esas conversaciones sobre temas de entretenimiento, a veces en voz muy alta, en la habitación de un enfermo claramente molesto por dolores u otros síntomas, deseoso de estar calladito, en silencio, o de dormirse y descansar después de una mala noche…

Todos sabemos que los ejemplos citados no son de otro planeta. Forman parte del espectro de situaciones que contemplamos o de nuestro modo de comportarnos en las visitas a los enfermos hechas por las razones que sean.

La propuesta de desaprender consiste en la oportunidad que tenemos de aprender modos adecuados, dejando de lado aquellos que no se ajustan a los objetivos más genuinos de la visita y a las necesidades del enfermo en ese momento. Desaprender no consistirá en dejar del todo los conocimientos, sino más bien ampliar el bagaje cultural con estilos de más importancia o trascendencia para la persona, es dejar abrir nuestra mente a nuevos conocimientos, antes desconocidos, que nos pueden enriquecer enormemente. Es

dejar de lado los conocimientos, actitudes, esquemas mentales, separándolos de otros nuevos que ahora cobran mayor importancia.

Así que desaprender es también sinónimo de humildad, e implica tener el coraje de ser crítico con el valor de la experiencia o la costumbre.

DESAPRENDER ESTILOS DE VISITA AL ENFERMO

Si empleo tantas horas en convencerme de que
tengo razón, ¿no será que existe alguna razón
por la que temer que estoy equivocada?
JANE AUSTEN

«¡Si ya te lo decía yo, si no hubieras fumado tanto…! ¡Vamos, tienes que poner de tu parte! ¡Es normal que te duela! ¡No hay mal que por bien no venga! ¡Tienes que ser buen enfermo y no quejarte tanto! ¡Dios nos da solo lo que podemos soportar! ¡Antes o después nos toca a todos! ¡Hay que aceptar lo que el destino nos tiene preparado!…», y mil frases más nos sirven en ocasiones para escondernos del verdadero encuentro en la verdad. Son máscaras detrás de las cuales escondemos nuestro no saber qué decir o con las cuales anestesiamos nuestra angustia en la visita.

Los amigos de Job

El viejo libro de la Sagrada Escritura, escrito unos cuantos siglos antes de Cristo, es de rabiosa actualidad. La trama, escrita también a lo largo de varios siglos probablemente, recoge la situación de una persona que está mal realmente, pues ha sufrido diferentes pérdidas (salud, bienes, familia…) y recibe, como si de las escenas de una obra de teatro se tratara, varias visitas. Son buenos amigos y buenos teóricos. Pero han aprendido bien lo malo. Han aprendido a decir lo de siempre y lo que a todos. Para la época, lo que tocaba decir era: «Si estás mal, algo habrás hecho». Era la doctrina de la retribución circulante (aún persiste, por más que creamos que no): al justo le debe ir bien, al pecador le debe ir mal; una justicia «demasiado humana».

De este planteamiento se derivan estereotipos en la relación de los amigos de Job que también persisten hoy de diferentes maneras. Frases hechas, tópicos a la grande, moralización sin medida, exhortaciones sin límite…

Lo podríamos releer individual y colectivamente para revisar nuestra cultura. En particular nos vendría bien escuchar la reacción de Job, que más clara no puede ser: «¿Hasta cuándo pensáis atormentarme, aplastándome con tanta palabrería?», «¿A qué consolarme con vaciedades?», «Escuchad atentos mis palabras, dadme siquiera ese consuelo».

Job, el hombre sufriente de siempre, nos lanza el reto de ser prudentes con lo que decimos: ¿qué pintan los juicios moralizantes al enfermo?, ¿y el lenguaje

exhortativo: hay que ser fuerte, hay que tener paciencia, tienes que poner de tu parte, hay que… hay que…? Como si tuviéramos que repetir, cual papagayos, lo que hemos escuchado que dicen otros y no supiéramos crear nuestro propio discurso… o nuestro propio silencio.

Los tópicos, las frases hechas, lo que se dice siempre, por ese mismo motivo no es personal. ¡Qué bien nos vendría desaprender! «La vida es dura», «antes o después nos toca a todos», «es ley de vida», y un sinfín de estupideces que sirven para pasar de largo de la persona visitada o de su familia, pasar de largo de la experiencia personal.

La muerte de Iván Ilich

Tolstoi nos regaló una obra de arte con este título. Debería ser leída por todos los profesionales sanitarios… y todos aquellos que antes o después entablamos conversaciones con pacientes al final de la vida. Iván Ilich se encuentra realmente mal. Por delante de él pasan también los visitantes cargados de buenas intenciones. ¿Qué dicen? Ilich es generoso en mostrar lo que piensa y lo que siente al oír los comentarios de los visitantes.

El argumento gira en torno a Iván Ilich, un pequeño burócrata que fue educado en su infancia con las convicciones de poder alcanzar un puesto dentro del gobierno del Imperio zarista. Poco a poco, sus ideales se van cumpliendo, pero se dará cuenta de que no ha servido de nada dicho esfuerzo; al llegar cerca de la posición que siempre ha soñado se encontrará con el dilema de descifrar el significado de tanto sacrificio, y de valorar también el malestar reinante en el pequeño entorno familiar que se ha construido. Un día se golpea al reparar unas cortinas y comienza a sentir un dolor que lo aqueja constantemente. Dicho golpe es totalmente simbólico: se sube a una escalera y, cuando está en lo más alto –no solo en la escalera, sino en el estatus que ha adquirido en su posición social–, cae, y ahí comenzará su declive. Poco a poco, Iván Ilich irá muriendo y planteándose el porqué de esa muerte y de esa soledad que lo corroe, a pesar de estar rodeado de personas en el mundo aristocrático y *comme il faut* que él mismo ha construido.

Algunos fragmentos de la obra son especialmente elocuentes. Una visita médica se relata así:

> Todo resultó tal y como él esperaba; todo fue tal y como siempre ocurre. La espera, la fingida y doctoral gravedad que tan bien conocía por sí mismo en la Audiencia, las percusiones y auscultaciones, las preguntas que exigen cierto tiempo para ser contestadas y cuyas respuestas son a todas luces inútiles, el imponente aspecto, que parecía decir: «Póngase en nuestras manos y lo

arreglaremos todo, tenemos la solución indudable de todo, todo se hace de la misma manera, se trate de quien se trate». Lo mismo, punto por punto, que en la Audiencia. De la misma manera que él procedía con los acusados procedía con él el famoso doctor.

El doctor decía: «Esto y esto indica que dentro de usted hay esto y esto; pero si esto se ve confirmado por los análisis de lo otro y esto, etc.». Para Iván Ilich había una sola pregunta importante: ¿era o no era grave lo suyo? Ahora bien, el doctor no quería detenerse en una pregunta tan fuera de propósito. Desde su punto de vista era superflua y no debía ser tomada en consideración; lo único que existía era un cálculo de probabilidades: el riñón flotante, el catarro crónico y el intestino ciego. No existía el problema de la vida de Iván Ilich, de lo que se trataba era de un conflicto entre el riñón flotante y el intestino ciego. Y este conflicto lo resolvió brillantemente el doctor ante Iván Ilich en favor del intestino ciego, con la reserva de que el análisis de orina podía ofrecer nuevas pruebas, y entonces habría que revisar el asunto. Lo mismo, punto por punto, que Iván Ilich había realizado mil veces con los procesados y con idéntica brillantez. No menos brillante fue el resumen del doctor, quien, con la mirada triunfante y hasta alegre, contempló al «procesado» por encima de las gafas. De este resumen, Iván Ilich dedujo que su asunto presentaba mal cariz y, por mucho que dijese el doctor y todos, la cosa era grave. Esta conclusión produjo en Iván Ilich gran lástima hacia su propia persona y gran cólera hacia el doctor, que tal indiferencia mostraba en tan trascendental problema.

Pero no dijo nada de esto, sino que se levantó, puso el dinero sobre la mesa y, exhalando un suspiro, se interesó una vez más:

–Nosotros, los enfermos, les hacemos muy a menudo preguntas inoportunas. En general, ¿es peligroso lo mío…?

El doctor se le quedó mirando severamente con un ojo a través de las gafas, como si dijera: «Procesado, si no se ciñe a contestar las preguntas que se le hacen, me veré obligado a hacer que lo saquen de la sala».

–Ya le he dicho lo que consideraba necesario y oportuno –replicó–. Lo demás nos lo indicará el análisis.

E hizo una inclinación en señal de despedida.

Más claro imposible. Será un sencillo criado el único capaz de hablar sencillamente y en la verdad, en directo, cara a cara, con Iván Ilich sobre lo que realmente le interesa a él, a su ritmo, centrado en sus necesidades.

Sí, es como para escribir un libro sobre la visita al enfermo. En los diferentes rincones del mundo por donde paso lo considero urgente. ¡Cuántas conversaciones inoportunas alrededor del enfermo! ¡Cuánta necesidad de generar cultura en torno a la visita y educar emocionalmente ante la vulnerabilidad y la impotencia! ¿Nos centramos en el que sufre o la ansiedad y el miedo que experimentamos marcan nuestro diálogo a ritmo del pálpito emocional que no sabemos manejar con sencillez, con humildad, con más escucha y menos palabra?

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

▸ En la visita no procede usar frases hechas, estereotipos tales como:

–¡Si ya te lo decía yo, si no hubieras fumado tanto...!
–¡Vamos, tienes que poner de tu parte!
–¡Es normal que te duela!
–No hay mal que por bien no venga.
–¡Tienes que ser buen enfermo y no quejarte tanto!
–¡Dios nos da solo lo que podemos soportar!
–¡Antes o después nos toca a todos!
–¡Hay que aceptar lo que el destino nos tiene preparado!

Buenas prácticas

▸ Es muy saludable liberarse de la tendencia a responder impulsivamente en el diálogo con el enfermo y familiar y promover la escucha. No saber qué decir no impide un diálogo oportuno. A veces el silencio es mejor que una frase «hueca».

MANEJAR LA PROPIA VULNERABILIDAD

¡Estoy horrorizado!
No sé si el mundo está lleno de hombres
inteligentes que lo disimulan... o de imbéciles
que no se recatan de serlo.
MARC BRICKMAN

Una de mis compañeras de trabajo en la Unidad de Cuidados Paliativos del Centro San Camilo, médico, me cuenta: «Cada vez que hago un ingreso creo que me llaman a una película de cuyo guión me hago cargo, pero me salgo de la película. Veo el sufrimiento, pero no es el mío y me salgo. Es la muerte de los otros. No creo tener menos miedo a la muerte ahora que antes. Quizá más conciencia de lo que pueda ser. Yo creo que no me afecta por mecanismo de defensa. Hay una fase de acostumbramiento que ya he pasado. Al principio, en cambio, dormía con orfidal porque me habían soltado en el ruedo de todo el sufrimiento cuando hasta entonces yo había firmado solo dos certificados de defunción. Mi marido me decía que saliera de ahí porque me hacía sufrir. A veces me digo, al ver mi misma fecha de nacimiento: "¿Y por qué no me ha tocado a mí?"». En efecto, cada vez estoy más convencido de que una de las mayores dificultades para visitar al enfermo reside en la gestión de la propia vulnerabilidad del visitante.

En la visita al enfermo, en las relaciones en las que queremos ayudar a alguien que sufre, está en juego la persona del ayudante, que, lejos de ser un mero técnico, es un *sanador herido* que se reconoce como tal al experimentar el eco del esfuerzo empático de entrar en el mundo del otro. Para realizar bien la visita al enfermo es necesario trabajarse a sí mismo.

Es el otro el que nos devuelve nuestra propia realidad, no solo la suya. Es el enfermo el que hace sentir en nosotros el eco de la vulnerabilidad que también como visitantes nos pertenece junto con el poder de comprender la alteridad.

Acogemos, hospedamos, entramos en el mundo del otro, y el nuestro se nos revela más claramente a la vez. Si no manejamos bien nuestra vulnerabilidad, necesitaremos unas veces orfidal; otras nos saldremos de la escena defendiéndonos no necesariamente de manera saludable.

Zambullirnos en el mundo del enfermo nos abre las puertas de nuestro propio mundo y nos permite apreciar las semejanzas entre ambos. Somos efectivamente mucho más parecidos de lo que dejan entrever la profesión, el censo, la pertenencia étnica o la misma cultura. Psíquica y existencialmente estamos construidos de la misma madera. Dentro de nosotros encontramos el significado del comportamiento del otro, que se convierte en potencial para ayudar si es bien

utilizado. La yuxtaposición de dos experiencias, no ya únicamente la del enfermo, sino también la del visitante, da lugar a interpretaciones que fomentan la comprensión.

A esto conduce lo que Lipps denominaba «contagio emotivo». Carotenuto lo define como «simetría secreta», y Buber como «relación yo-tú», de persona a persona, de corazón a corazón.

Quirón y la metáfora del sanador herido, aún por explorar

La imagen del *sanador herido* (que cada vez se emplea más en la literatura médica, psicológica y espiritual) sirve para poner en evidencia el proceso interior al que son llamados todos cuantos prestan ayuda a quien atraviesa un momento difícil en la vida, marcado por el sufrimiento físico, psíquico o espiritual. Significa, pues, el reconocimiento, la aceptación y la integración de las propias heridas, de la propia vulnerabilidad y condición de finitud.

Los orígenes de esta imagen se remontan a la edad antigua. Mitologías y religiones de casi todas las culturas poseen una gran riqueza de figuras que, para poder ayudar a los demás, primero deben curarse a sí mismas.

Cuenta la mitología griega que Filira (Phylira), hija de Océano y Tetis, fue acosada pasionalmente por Kronos, razón por la que pide a Zeus ser transformada en yegua para burlar así al dios. Pero advertido Kronos del engaño, se transforma en caballo y logra su cometido. De esta unión forzada nace un ser singular, Quirón, con figura de centauro, es decir, cabeza, torso y brazos de hombre y cuerpo y patas de caballo.

La madre, al ver el monstruoso ser fruto de su vientre, reniega de su hijo, y Quirón crece en una cueva al amparo de los dioses Apolo y Atenea. De la mano de estos padres adoptivos, Quirón, contrariamente a sus pares centauros, violentos y destructivos, se convierte en ejemplo de sabiduría y prudencia. Conocía el arte de la escritura, la poesía y la música, pero ante todo era reconocido como médico y cirujano, sanador y rescatador de la muerte, al cual consultaban héroes y dioses.

Toda su ciencia se produjo tras un accidente fortuito que le provocó una herida incurable: un día, accidentalmente, Hércules hiere al centauro con la punta de su lanza envenenada en una de sus patas traseras, y, siendo su condición inmortal, queda condenado a un sufrimiento perpetuo que no puede recibir alivio ni curación.

Buscando remedio a su mal, comienza a descubrir el arte de curar, pero he aquí su mítica paradoja: mientras puede curar a otros no puede curarse a sí mismo. El sentido de su existencia se centró así en sanar a los demás y hacerse cargo de su dolor; la medicina actual le debe mucho y, por cierto, la palabra «quirófano» (de Quirón, Kirón o Chirón), que significa «el que cura con las manos las heridas de otro».

Integración y manejo de la propia «herida»

Aunque el personaje de Quirón fue rescatado en la literatura por Dante en *La divina comedia* y por *Goethe* en su Fausto, entre otros, hubo que esperar a los albores del siglo XX para que el mensaje encerrado en su historia adquiriera un claro sentido antropológico de la mano del psicólogo Carl Gustav Jung. Quirón es el arquetipo del *sanador herido*: el sanador lo es porque sana, pero a su vez está herido, lo cual constituye una paradoja existencial que se encarna en cada persona, tanto en la que busca curar su dolor como en la que ofrece curación.

El *sanador herido* es, pues, la figura arquetípica de la relación terapéutica, donde el ayudante ejecuta el arte de curar más allá de un método o una terapia puntual, involucrando todo su ser en ese acto y empatizando con la herida del paciente, que le rememora y activa su propia herida, devolviéndole así su percepción, de modo que enfermo y visitante se «pasan» sus roles haciendo fructíferamente sanador el dolor de ambos.

Jung, adelantándose a Carl Rogers y a Martin Buber, ya sabía que ningún proceso terapéutico funciona sin que se involucre la subjetividad que implica la relación personal.

Al hilo de las reflexiones de Carl Jung, diríamos que el autoconocimiento tiene como uno de sus objetivos fundamentales la *integración de la propia sombra*. La sombra constituye, en lenguaje metafórico, un oscuro tesoro compuesto por los elementos infantiles del propio ser, los apegos, los síntomas neuróticos y los talentos no desarrollados, los sentimientos difícilmente aceptados, los límites y zonas oscuras que, a primera vista, repugnan a la buena imagen que queremos tener y dar de nosotros mismos, los traumas experimentados en la propia biografía, los problemas sin resolver...

Conocer e integrar la propia sombra es sanarse. Supone una apasionante *terapia del límite*, es decir, un proceso de humanización donde la propia fragilidad se convierte en recurso resiliente, donde lo que desearíamos esconder se transforma en fuente de comprensión de las dinámicas ajenas, hasta que

podamos decir serenamente: «Nada humano me es ajeno»; cualquier dinámica personal que encuentro en los demás tiene un eco en mí que me permite ser comprensivo y humano ante ella.

Sentarse ante el telón del propio corazón dispuesto a asistir a la representación realista de nuestro interior puede producirnos pánico. Solo quien sobrevive a la contemplación serena de las escenas menos agradables, de los recuerdos imborrables que afectan y han construido la propia personalidad, de la tiranía de los sentimientos, que a veces no se han dejado manejar por la razón, solo ese será un artista en la escucha de la vulnerabilidad ajena encontrada en la visita al enfermo.

Por desgracia, la cultura no nos facilita mucho el proceso de integración de las propias heridas, de nuestra vulnerabilidad, que entra en juego en la visita al enfermo. Un manejo no maduro de la propia vulnerabilidad puede llevar, como a mi compañera, a defenderse, unas veces con orfidal, otras con mecanismos de defensa que pueden impedir sacarle partido a la propia vulnerabilidad.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Contar siempre nuestros problemas semejantes a los que escuchamos en la persona a la que visitamos.
- Considerarse incapaz de realizar una buena visita por el hecho de experimentar ansiedad y miedo a qué decir.
- Invitar a no explorar la cara oscura de la vida porque, en el fondo, nos revela nuestra propia cara oscura.

Buenas prácticas

- Utilizar la experiencia de la propia vulnerabilidad para aumentar la capacidad de comprensión del sufrimiento ajeno.
- Revelar los propios problemas del visitante evocados en el diálogo solo cuando creamos que su abordaje exitoso estimula y confronta positivamente al otro.
- Conseguir sana admiración ante la limitación humana, considerando que «nada humano me es ajeno».
- Compartir las propias dificultades de visitante con alguien que pueda ayudarnos (distinto del paciente) para crecer humanamente en lugar de intentar disimular ante los demás y ante nosotros mismos que tenemos

SEGUNDA PARTE

CLAVES PARA LA VISITA AL ENFERMO

Sin un corazón lleno de amor y sin unas manos generosas es imposible curar a un hombre enfermo de soledad
MADRE TERESA DE CALCUTA

Buscar claves («llaves») para la visita al enfermo es algo así como preguntarse cómo entrar por la puerta adecuada al mundo del otro sin molestar, generando confort, siendo efectivamente una ayuda.

Para Doyle[1] existe solo una regla para comunicarse con los enfermos, que es: «Responder con afecto y respeto, claridad y dignidad al contacto físico y al acompañamiento humano, como nos gustaría que otras personas lo hicieran con nosotros». Otros se atreverían a matizar y decir que, en realidad, la regla de oro no es la que invita a tratar a los demás como nos gustaría que nos tratasen a nosotros, sino cómo les gustaría a ellos ser tratados, es decir, centrarse en la persona del destinatario de la visita.

Una visita al enfermo debería estar impregnada de un planteamiento que se podría formular así en la mente del visitante (no en sus palabras): «Vengo a acompañarte». Atendiendo al origen etimológico a la palabra «compañero» (*cum-panis*, que significa «comer pan juntos»), de donde procede «acompañar», sería algo así como pensar: «Al visitar, voy a "sentarme a la mesa de la realidad" (el pan: sus necesidades, sus sentimientos, sus valores, sus posibilidades, sus anhelos…) y lo "masticaremos juntos"». Sí, muy metafórico. Pero muy sugerente: vengo para ti. Tú eres el protagonista. Caminemos juntos al son de tu ritmo, con la sinfonía que haya que tocar según tu partitura.

Porque, en efecto, en la experiencia del sufrimiento, como defendía san Agustín[2], para las personas existen dos maneras de percibir el tiempo: el tiempo objetivo (una hora) y el tiempo subjetivo (la vivencia de una hora). Por lo general, para el enfermo, la percepción del paso del tiempo es lenta y pesada cuando se sufre –una hora de sufrimiento es eterna–, mientras que en caso contrario, cuando se está bien parece que los relojes vuelan. «El tiempo no es una cuestión de longitud, sino de profundidad», decía C. Saunders.

Por eso no habrá claves más importantes que la centralidad de la persona del enfermo, la escucha activa, el uso saludable del contacto físico, el prudente uso

de la palabra y la gestión moderada de las preguntas. En ocasiones será necesario aprender fundamentalmente a estar en silencio, pero estar. En otras, la visita podrá consistir en un «aprender a no estar» (lo que Nouwen llamaría el servicio de la ausencia[3]), y en otras, lo mejor que podremos hacer será sencillamente compartir algunas actividades de entretenimiento y ocio que distraigan a la persona del riesgo de centrarse solo en la experiencia negativa por la que está atravesando.

Una de las claves previas a la visita al enfermo es la claridad y nobleza de las motivaciones. Las razones que conducen a una persona a la cabecera del enfermo pueden ser muy diversas. Para algunos, la visita a los enfermos forma parte de la rutina del trabajo; para otros se trata de satisfacer la obligación del vínculo familiar; otros lo hacen por formalidad y cumplimiento o –digamos– por sentido de solidaridad (que admite muchos grados); y hay otros que han sido llamados por el mismo paciente o por el personal de asistencia. Lógicamente, cada situación crea expectativas distintas e incide en el espíritu de la visita. Por ejemplo, el estado de ánimo con el que se visita a un paciente que ha solicitado hablar con una persona es distinto de aquel con el que se realiza la visita porque los familiares o amigos tienen esa costumbre, sin consultar sobre su oportunidad. La nobleza de las motivaciones estará relacionada con la centralidad y protagonismo de la persona visitada y la oportunidad del momento.

[1] D. Doyle, *Domiciliary Terminal Care*. Edimburgo, Churchill Livingstone, 1987.

[2] R. Bayés / M. Morera, «El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria», en *Medicina Clínica* 16 (2000), pp. 141-144.

[3] H. J. M. Nouwen, *La memoria viva de Jesucristo*. Buenos Aires, Guadalupe, 1987, pp. 41-42.

PRESENCIA PLENA

Estoy convencido de que, en un principio,
Dios hizo un mundo distinto para cada hombre,
y que es en ese mundo que está dentro
de nosotros mismos donde deberíamos
intentar vivir.
MARC BRICKMAN

> *No habrá palabra oportuna y hospitalaria en la visita al enfermo si no está profundamente arraigada en la gran clave de la hospitalidad, que es la escucha. Cuantos más ejercicios hago de supervisar alumnos de* counselling*, más tomo conciencia de la diferencia que hay entre oír la «historia» que el ayudado trae consigo y narra, y el verdadero significado que tiene para su biografía personal. Sentirse escuchado, comprendido en el mundo de los sentimientos, captado en el voltaje emocional personal, ser visto con el ojo del espíritu, son frutos de la escucha hospitalaria. No es posible escuchar sin lo que hoy, cada vez más, se denomina como «presencia plena».*

Una de las prácticas que se han traspasado desde las disciplinas espirituales a la vida actual y al mundo de las relaciones de ayuda y el acompañamiento es la de la presencia plena. Es una clave para la visita al enfermo. Se trata de estar presente realmente, con todos los sentidos. Es la tradición la que mejor enfatiza esta actitud.

Presencia plena y relación de ayuda

No es fácil vivir entregados conscientemente a las acciones y experiencias cotidianas, conduciendo la mente, focalizándola, vaciándola de los contenidos ansiosos, de las expectativas, aprensiones, prejuicios, anticipaciones, enganches con el pasado o posible futuro.

Actualmente, esta práctica milenaria, que tiene una fuerte conexión con la meditación y ha sido traducida del budismo como *mindfulness*, se está enseñando como una técnica también para los profesionales de la ayuda psicológica, y bien vendría considerarla como clave para la visita al enfermo.

La presencia consciente mejora la comunicación y la afectividad, pues, al interactuar, estamos realmente allí, presentes, escuchando, abiertos, vacíos de ideas preconcebidas y, al mismo tiempo, fluyendo con la energía del enfermo.

Es vital además incluir en el estar presentes la apertura de corazón, el sentimiento de aportar lo mejor de nosotros en cada momento y conectarnos con un sentido de colaboración y servicio propio de la actitud empática.

En el fondo se trata, en todo caso, de una consideración de la importancia de no quedarse meramente en los síntomas que el enfermo presenta, sino conectar realmente con el significado profundo que estos tienen para la persona. Y ello requiere una atención concentrada.

El zumo de manzana

La presencia plena comporta una seria disposición de quien quiere ayudar a otro, a detenerse ante la realidad y aclararse con buena dosis de autocontrol. De acuerdo con el Buda, cada uno de nosotros tiene una semilla de *mindfulness*, pero habitualmente olvidamos regarla. Requiere entrenamiento. La práctica de detenerse es crucial. ¿Cómo nos detenemos? Nos detenemos tomando conciencia de nuestra inhalación, nuestra exhalación y nuestros pasos: respirar en conciencia y caminar en conciencia. Podríamos decir: estar en la ducha en conciencia, preparar el desayuno en conciencia, trabajar en conciencia, escuchar en conciencia.

Para explicar las implicaciones que la presencia plena tiene, un budista cuenta que vivió en una ermita y que un día llegó una familia de refugiados que había escapado de Vietnam. El padre estaba buscando trabajo en París y le pidió que cuidara de su hija de cinco años, Thuy, que significa «agua».

Thuy y otra niña se quedaron con él y llegaron al acuerdo de que, al atardecer, cuando fuera el momento de la práctica de la meditación, ellas se irían a dormir y no hablarían ni jugarían más. Un día, Thuy y otras niñas estaban jugando cerca de la ermita y entraron a pedir agua. El budista tenía zumo de manzana que un vecino le había regalado. Le ofreció un vaso de zumo a cada niña. La última porción del zumo de manzana le tocó a Thuy, quien no quiso tomárselo, porque tenía mucha pulpa. Dejó el zumo sobre la mesa y se fue a jugar. Aproximadamente una hora después volvió muy sedienta buscando agua. El budista le señaló su vaso de zumo de manzana y le preguntó: «¿Por qué no te lo tomas? Está delicioso». Ella miró el vaso de zumo y vio que ahora estaba muy claro, ya que, después de una hora, toda la pulpa se había depositado en el fondo. Se lo tomó muy contenta.

Después, la niña preguntó por qué el zumo de manzana se había aclarado, y el budista le contestó que había estado practicando meditación durante una hora. Y ella comprendió: el vaso de zumo se mantuvo quieto y se aclaró. La niña dijo: «Ahora entiendo por qué tú practicas meditación: quieres aclararte». Imitamos al zumo de manzana o el zumo de manzana nos imita a nosotros.

En efecto, la capacidad de hacer silencio interior aumenta las posibilidades de aclararse y estar presente –con presencia plena– en la visita al enfermo.

Lo que la presencia plena implica

Jon Kabat-Zinn, referente en este tema, dice que la *mindfulness* comporta una serie de actitudes de fondo:

- *No juzgar*. Una actitud que los meditadores llaman *epoché*. Hablar con alguien sin juzgarle o juzgarse permite experimentar que cualquier persona encaja con su discurso.
- *Paciencia*. No es posible el desarrollo de esta actitud sin trabajo, sin entrenamiento.
- *Mente de principiante*. Podría referir también un genuino asombro de niño ante cada persona.
- *Confianza en las personas*. No tanto en los resultados cuanto en el camino que recorrer.
- *No luchar*. No ofuscarse saboteándose a sí mismo a través de oposiciones dialécticas.
- *Aceptación de la experiencia* tal y como viene y es.
- *Dejar ir* o, lo que es lo mismo, que fluya la relación o desasirse, desapegarse. No tratar de explicarlo todo o de encontrarle sentido a cualquier conducta, sino relacionarse habitado por la libertad.

La presencia plena nos ayuda a reconocer qué está pasando en el momento presente. Practicar *mindfulness* no requiere que vayamos a un lugar especial o que hagamos cosas raras. Podemos practicar *mindfulness* en la cotidianeidad. Podemos hacer las mismas cosas que siempre hacemos –caminar, estar sentados, trabajar, comer y hablar–, excepto que las hacemos con conciencia de lo que estamos haciendo.

Cuando miramos un hermoso atardecer, si estamos plenamente presentes, podemos conectarnos muy profundamente con el atardecer. Pero si nuestra mente no está presente y está distraída por otras cosas –si estamos preocupados por el pasado, o por el futuro, o por nuestros proyectos–, no estamos plenamente en ese momento y no podemos disfrutar de la belleza de ese atardecer. *Mindfulness* nos permite estar totalmente presentes en el aquí y ahora de tal modo que podremos disfrutar las maravillas de la vida, que tienen el poder de sanar, transformar y nutrirnos.

Cuando esto lo practicamos en la visita al enfermo, la admiración ante el ser humano que sufre y sus potencialidades se convierten en un escenario muy potente de salud. Y escuchar, entonces, se torna una forma privilegiada y profunda de hospitalidad.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Iniciar una visita planteando diferentes temas y en tono resolutivo, sin explorar antes el estado del enfermo.
- Imponer un estado de ánimo: «Hay que animarse», sin acoger con todos los sentidos la experiencia del enfermo.
- Distraerse con conflictos del pasado o planes para el futuro sin acoger la experiencia del presente: el aquí y ahora del paciente.

Buenas prácticas

- A ser posible, antes de visitar a un enfermo, dedicar algún momento de silencio interior, de relajación. No importa su duración, pueden ser segundos de disposición y apertura al encuentro.
- Coger el hábito de ser conscientes de nosotros mismos, de nuestro cuerpo, de nuestras sensaciones y sentimientos.
- Cultivar la admiración ante la naturaleza, las personas, respetando las diferencias: predispone saludablemente para el encuentro con las personas que sufren.

CENTRARSE EN LA PERSONA

El caso de la 2329, el hígado de la 2, la hemoglobina de la 8, el timbre de la 16, y dale y dale. Por más que en todos los congresos de salud y de acompañamiento se hable de la necesidad de personalizar y humanizar la atención a las personas, seguimos anclados en dinamismos que no favorecen una consideración integral de la persona. Voces reiteradas en diferentes lugares del mundo reivindican un modelo de atención centrado en la persona, tanto en la enfermedad como en la dependencia. Es una clave fundamental para la visita al enfermo.

¿Conseguiremos realizar los cambios necesarios para promover una medicina centrada en la persona? ¿Será que la atención a los enfermos y a la dependencia superará viejos modelos de atención individualizada, pero al fin y al cabo seriada, porque es igual para todos en cuestiones de hospitalidad, de institucionalización, de normas de funcionamiento y protocolos? ¿Estamos realmente en camino? ¿No habíamos empezado con el surgimiento de la psicología humanista y con el desarrollo de la psicología positiva y los movimientos en torno al *holismo*?

Los significados

Hay quien presenta este modelo de «atención integral centrada en la persona» como algo bien articulado en dos características consustanciales: la integralidad y la centralidad de la persona.

Cuando hablamos de atención integral, clave del acompañamiento y visita a los enfermos, lo que se busca es el desarrollo de una forma de atender y de una serie de servicios que van más allá de la mera prestación de atenciones médicas biologicistas y centradas en las necesidades. Se busca una articulación de los programas y servicios que permita el desarrollo máximo de los proyectos vitales de las personas en su entorno.

Por otro lado, además de la integralidad, la atención ha de estar centrada en la persona, es decir, ha de ir más allá de la atención individualizada clásica, muy centrada en las necesidades detectadas en la persona, y deberá hacer el esfuerzo por adaptarse a las características individuales de cada uno, estimulando y apoyando que la persona participe activamente en su proceso de atención, cuyo objetivo final es siempre el apoyo para el desarrollo de los proyectos de vida a los que aspire cada cual.

En el fondo, desde el modelo de atención integral centrada en la persona, los servicios formales se constituyen como valiosos apoyos para el bienestar de las

personas. La visita al enfermo debería inspirarse en este enfoque.

Salud personal, no solo biológica

Este es el fondo del modelo de acompañamiento personal –relación de ayuda, *counselling*– que impartimos en el Centro de Humanización de la Salud desde hace quince años.

En realidad, en el fondo, la visita al enfermo debería impregnarse de los conocimientos del mundo del *counselling*, detrás del cual hay una antropología, obviamente. En todos los escenarios pretendidamente humanizadores se habla de «holismo», de consideración integral de la persona. En efecto, uno de los indicadores de un cuidado humanizador es la consideración de la persona ayudada en sentido holístico. La palabra «holístico» no está en el *Diccionario* de la Real Academia. Proviene del griego *holos*: todo, entero, total, completo, y suele usarse como sinónimo de integral.

El *counselling* centrado en la persona comporta acompañar en sentido holístico. Esto significa considerar a la persona en todas sus dimensiones, es decir, en la dimensión física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa. Este modelo es sumamente útil para pensar todo tipo de visita al enfermo.

El *counselling* tiende a promover salud integral (holística). Es decir, queremos que la persona visitada haga experiencia de salud en su cuerpo; la haga también como armonía y responsabilidad en la gestión de su vida (con sus recursos, límites y disfunciones).

Así, una persona está sana físicamente cuando, al considerar su cuerpo, lo cuida y lo trata más que como cuerpo animal; lo ve en su aspecto de corporeidad: el ser humano entero en el cuerpo, superando viejos dualismos que veían a este como cárcel del alma y, en todo caso, con sus connotaciones negativas. El cuerpo humano, en efecto, evoca y vehicula la dimensión relacional. Se da salud física, pues, también con grandes límites en el cuerpo, como de hecho sucede cuando las personas sufren diferentes tipos de discapacidades.

De la misma manera, acompañar a la persona en sentido holístico supone generar salud también en el ámbito mental. La salud mental no es solo ausencia de patologías psíquicas, sino que la entendemos como apropiación de las propias cogniciones, ideas, teorías, paradigmas, modos de interpretar la realidad, libres de obsesiones y visiones cerradas y pretendidamente definitivas de las cosas y de la vida. A esto puede contribuir mucho el *counselling*.

Igualmente, la visión integral de la persona en el *counselling* comporta

acompañarla a promover salud relacional, salud en la dimensión social. Se dará salud relacional cuando se pueda decir que una persona se relaciona bien consigo misma porque experimenta un cierto equilibrio en la relación con su cuerpo, porque promueve el autocuidado, la belleza, la autoestima. Una persona vive sanamente su dimensión relacional cuando experimenta paz con su «ser tierra», cuando se relaciona positivamente con toda la geografía humana física, cuando sabe disfrutar y tiene capacidad de posponer la gratificación. Una persona vive sanamente las relaciones con los demás cuando estas están impregnadas de buen uso de la mirada, cuando es capaz de experimentar ternura y vivir el contacto corporal de manera respetuosa y positiva, sin huir de él, pero sin invadir la intimidad ajena ni exhibir la propia. Una persona indica salud relacional cuando se reconoce interdependiente.

Pero hablamos también de salud emocional y nos referimos a ella en el marco de este acompañamiento holístico, porque la dimensión emotiva es una más de las que consideramos. Queremos generar salud emocional como manejo responsable de los sentimientos, reconociéndolos, dándoles nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando su energía al servicio de los valores. La persona sana emocionalmente controla sus sentimientos de manera asertiva, afirmativa.

Y acompañar en sentido holístico a la persona significa también generar salud espiritual, es decir, conciencia de ser trascendente, conocimiento de los propios valores y respeto de la diversidad de escalas, gestión saludable de la pregunta por el sentido y adhesión o no, libre, a una religión liberadora y humanizadora, que no genere fanatismos, esclavitudes, moralización, sentimientos de culpa morbosos, anestesia de lo humano…

En realidad, el *counselling* interviene holísticamente, es decir, recupera la visión integral, va a contracorriente en relación con la mentalidad contemporánea, que va por el camino de la fragmentación y la superespecialización.

El que visita al enfermo, de alguna manera debería tener «ciertos conocimientos de *counselling*» y mirarse a sí mismo no como un técnico del modelo centrado en la persona, sino como una persona –vulnerable también ella– que se encuentra con otra persona. La clave: el encuentro; dos biografías construyendo salud.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Hacer todo por el enfermo, pero sin el enfermo.
- Considerar al enfermo como mero destinatario de nuestros cuidados.
- Usar imperativos, fundamentalmente en la relación, aunque sea con buena intención.

Buenas prácticas

- Considerar al enfermo protagonista en la toma de decisiones.
- Promover que el enfermo se cuide a sí mismo y determine en qué necesita ayuda, sin dejarle caer en una dependencia innecesaria.
- Ayudar a dar significados no fatalistas a la enfermedad.

LA CLAVE DE LA ESCUCHA

Valor es lo que se necesita para levantarse y hablar;
pero también es lo que se requiere para sentarse
y escuchar.
WINSTON CHURCHILL

En una ocasión, una alumna de cursos de escucha del Centro de Humanización de la Salud me contó: «Hacemos talleres de escucha. Cuando me preguntan qué es la escucha, yo respondo: el fuego, la rueda. Uno de los inventos más importantes que el hombre ha hecho para cambiar el mundo haciendo milagros. Tiene tanto poder que solo se descubre haciendo experiencia de ella: da igual que sea escuchando que sintiéndose escuchado».

Yo mismo me asusto al transcribir estas palabras que una mujer que, después de haber hecho ella talleres de escucha como alumna con profesores de nuestro Centro de Humanización de la Salud, se ha convertido ella misma en profesora de profesores. No sé si la escucha es realmente un invento del hombre o una capacidad que aún no hemos descubierto en toda su potencialidad, pero estoy de acuerdo con ella: hace milagros; y con Plutarco, que decía: «Para saber hablar es preciso saber escuchar».

Sin ninguna duda, si hay una clave importante para la visita al enfermo es esta: la de estar dispuesto a escuchar, para lo cual es necesario aprender.

Digno de admiración

Efectivamente, «digno de admiración» es lo que quiere decir, en primera instancia, algo milagroso: algo digno de ser admirado. Pues yo puedo dar fe de cuanto he recogido en años acerca del beneficio de la escucha. He admirado con gusto las maravillas realizadas por grupos de personas que realizan talleres titulados «El descenso al pozo» para simbolizar lo que hacen con la escucha y las personas a las que ayudan: entrar en su pozo interior, en su corazón herido.

He constatado que efectivamente es un milagro el proceso seguido por aquella joven anoréxica que había pasado por todos los expertos de la ciudad durante cinco años. Marta le ha regalado horas de escucha y relata el milagro del vaciamiento interior, de liberación del sufrimiento que la oprimía: joven de 30 años, inteligente, hermosa, artista con los dedos al piano, pero con su historia de abuso sexual por parte de su padre durante años. Necesitada sobre todo del milagro de la escucha, de la acogida que reconstruye a la persona, de la

proximidad que genera, de la complicidad que refuerza, de la relación sana que cura. Necesitaba una visita sanadora, milagrosa, con la poderosa medicina de la escucha.

Digno de admiración el efecto de aquella tarde en la que, hablando con una mujer, después de constatar que sufría mucho y no terminaba de producirse el desahogo, duró el silencio hasta una hora. Una hora en silencio en un despacho del centro de asesoría familiar, con Marta. Una hora interminable en la que aquella mujer entrañable, Marta, profesora de talleres de escucha, rezaba secretamente, pidiendo ayuda para quien no hablaba, pero sin romper el silencio. Y este se rompió: no tenía hijos, y lo deseaba, en el seno de su matrimonio. Y se sentía culpable de no tenerlos. Finalmente, tras esa hora de silencio que puedo imaginar interminable, explotó: había abortado hacía años y sentía que Dios la estaba castigando. La disposición de la escucha produjo una liberación tan trabajosa que se diría que retiró de encima suya el peso de una verdadera losa.

Digno de admiración el efecto de la escucha a aquel muchacho que fracasaba tanto en el colegio. «¿Tú sabes lo que le pasa a un albañil cuando se cae del andamio?», preguntó Marta. «Que se puede romper la espina», dijo el niño. «¿Y a ti cuándo se te rompió la espina?», le dijo esta mujer que hace milagros «entrando en pozos con la escucha». «Cuando se separaron mis padres», contestó el muchacho para empezar a narrar una larga historia de sufrimiento. Un milagro más que generó un cambio radical en el rendimiento en el aula.

Estas personas, me cuenta Marta, estaban muertas y han resucitado. No duda en decirlo con estas palabras. Con la escucha y sus momentos mágicos se producen estas resurrecciones maravillosas. Yo creo en ellas. Esta es la naturaleza de la escucha necesaria como clave para visitar al enfermo.

Qué tiene la escucha

«Es uno de los inventos capaces de transformar la humanidad», decía Marta al iniciar la sesión de clausura de uno de esos magníficos talleres. Uno de los inventos tan potentes como el fuego y la rueda. Y estaba tan convencida como yo.

La escucha tiene el poder de sacar a la luz la vida que enterramos en las tinieblas del miedo a ser juzgados. La escucha libera de la soledad emocional en la que nos morimos cuando no somos capaces de compartir lo que atenaza nuestro corazón. La escucha ilumina los oscuros senderos que hemos construido con nuestros pensamientos irracionales, dando con ellos alimento a los

sentimientos que tanto nos hacen sufrir secretamente. La escucha ensancha los pulmones a quien se ahogaba en su propia respiración contenida. La escucha relaja los músculos de la rigidez de lógicas que no nos dan paz en el alma.

La escucha es esa linterna que permite iluminar la piedra en la que se puede tropezar o en la que se ha tropezado y se quiere retirar del camino. La escucha es ese ungüento que alivia las durezas generadas con el tiempo en zonas no acariciadas. La escucha es ese aceite que engrasa el mecanismo de la relación cuando se siente vergüenza por la propia historia. La escucha es ese pincel que vuelve a dar color al cuadro de la propia vida que se había vuelto blanco y negro. La escucha es esa varita que da el toque mágico entre dos personas que son capaces de encontrarse íntimamente y generar salud.

Quien escucha regala la propia persona al otro, su interés por él sin condiciones. Quien escucha acaricia y reconoce la dignidad de quien tiene ante sí. Quien escucha juega con todos los sentidos alrededor de una vida ya escrita, deseada de ser leída y aventurada a continuar escribiéndose. Quien escucha se mete en el hermoso lío de encontrarse de verdad con los demás… y consigo mismo reflejado.

No puede haber visita saludable al enfermo que no esté impregnada de esta disposición a la escucha.

La escucha es un arte

Así como hay un arte de bien hablar existe un arte de bien escuchar. Hemos de reconstruir la comunicación entre las personas y reconquistar su poder terapéutico. Demasiadas relaciones, profesionales y no, están caracterizadas por el silencio invadido de tecnología y de palabras e imágenes de otros. No de ese silencio que es el camino que se ha de recorrer hacia cualquier cosa significativa, sino del silencio necio que desconoce que el auténtico es el camino hacia la sabiduría, el camino hacia la escucha.

Con la palabra, el hombre supera a los animales, pero con el silencio se supera a sí mismo si así entra en contacto consigo mismo y con los demás. La escucha es el arte de abstenerse de demostrar con las palabras que no se tiene nada que decir. Es el arte de cargar de acogida de la experiencia ajena, personal y misteriosa sobre las espaldas del auténtico interés.

La escucha es el arte de ejercer la humildad en relación con el propio criterio o percepción del otro, la posibilidad de descubrir algo nuevo, de poner luz en algo tenebroso, de nacer o renacer en el otro, para el que podemos volver al ser o empezar a ser alguien. Me uno a aquella expresión tan fuerte de Carl Rogers: «Si

un ser humano te escucha, estás salvado como persona». Me uno a Marta, que me cuenta de tanta gente de la que dice que, gracias a haberla escuchado, «estaba muerta y ha resucitado». Y una vez más me uno también a Zenón de Elea: «Recordad que la naturaleza nos ha dado dos oídos y una sola boca, para enseñarnos que más vale oír que hablar».

Esta es, sin lugar a dudas, la clave más importante para visitar al enfermo, se encuentre donde se encuentre.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Interrumpir el discurso de quien se está desahogando.
- Moralizar sobre la conducta del visitado.
- Hacer saber a quien visitamos que lo que nos cuenta ya lo sabemos, porque lo ha contado en otra ocasión.

Buenas prácticas

- Mostrar con nuestra mirada que mantenemos la atención centrada en la persona, no solo en el discurso.
- Manifestar genuino interés por la persona que se desahoga, validando sus sentimientos.
- Mantener el silencio sin interrumpirlo, aunque en ocasiones resulte prolongado. Escuchar su significado concreto en el momento particular.

LA CLAVE DEL SILENCIO (Y ESCUCHAR EL SILENCIO)

En primer lugar, acabemos con Sócrates,
porque ya estoy harto de este invento
de que no saber nada es un signo de sabiduría.
ISAAC ASIMOV

«Nos enseñan a contar mitocondrias hasta con los dedos de los pies, pero no nos enseñan a escuchar». Estaba escrito a la puerta del salón de actos de la Facultad de Medicina de la que la Asociación de Alumnos me había invitado a dar una conferencia sobre la escucha. Y sospecho… que tenía razón. Y es obvio que el que no sabe escuchar es porque no sabe hacer silencio. El ruido interior invade y obstaculiza la acogida. La calidad de la visita al enfermo está en estrecha relación con la capacidad del visitante de saber hacer sano silencio.

Escuchar es un arte. Lo es cuando el mensaje nos viene cifrado a través de las palabras, con diferente tono y acompañado con gestos. Pero es más difícil todavía hacer silencio y escuchar el silencio. Y, sin embargo, en ocasiones, el mensaje más importante es vehiculado a través del elocuente silencio.

Escuchar lo que no se oye

A veces, en las personas a las que intentamos ayudar, significa: «Estoy preocupado»; otras: «Tengo miedo»; quizá también: «No me atrevo a contar lo que siento», y mil mensajes más pueden estar ocultos en el silencio. ¡Qué expresiva la frase que Tolstoi pone en boca de Iván Ilich en el lecho de muerte: «Mi silencio les estorba. Yo era como botella al revés, cuya agua no puede salir porque la botella está demasiado llena».

Solo es capaz de escuchar el silencio quien maneja sus propios sentimientos, sobre todo la impotencia experimentada al captar la densidad comunicativa del silencio en medio del sufrimiento. Porque probablemente también sea cierto en la estación de la enfermedad y del dolor que «los ríos más profundos son siempre los más silenciosos», como decía Curcio.

A escuchar el silencio se puede aprender, como a escuchar la palabra.

Un discípulo, antes de ser reconocido como tal por su maestro, fue enviado a la montaña para aprender a *escuchar* la naturaleza.

Al cabo de un tiempo volvió para dar cuenta al maestro de lo que había percibido.

–He oído el piar de los pájaros, el aullido del perro, el ruido del trueno...

–No –le dijo el maestro–, vuelve otra vez a la montaña. Aún no estás preparado.

Por segunda vez dio cuenta al maestro de lo que había percibido.

–Maestro, he oído el ruido de las hojas al ser mecidas por el viento, el cantar del agua en el río, el lamento de una cría sola en el nido.

–No –le dijo de nuevo el maestro–. Aún no. Vuelve de nuevo a la naturaleza y escúchala.

Por fin, un día...

–Maestro, he oído el bullir de la vida que irradiaba del sol, el quejido de las hojas al ser holladas, el latido de la savia que ascendía en el tallo, el temblor de los pétalos al abrirse acariciados por la luz.

–Ahora sí. Ven, porque *has escuchado lo que no se oye.*

Efectivamente, el silencio a veces es el ruido más fuerte que podemos escuchar, pudiendo incluso aturdirnos con su intensidad, con el impacto emocional que es capaz de producir en nosotros si le prestamos verdadera atención.

Responder con el silencio

Pero si escuchar el silencio es un arte que requiere desarrollar una actitud contemplativa, de presencia plena, manejar el silencio es más difícil aún que manejar la palabra. Por eso, un proverbio indio dice: «Cuando hables, procura que tus palabras sean mejores que el silencio». Y lo deja claro también aquella otra sentencia: «Cuando basta una palabra, evitemos el discurso; cuando basta un gesto, evitemos las palabras; cuando basta una mirada, evitemos el gesto, y cuando basta un silencio, evitemos incluso la mirada».

Y es que hacer un buen uso del silencio es una condición que solo saben administrar y aplicar los sabios. Con razón se dice que después de la palabra no existe nada más poderoso, y que si con la palabra demostramos nuestra supremacía por encima de los animales, con el silencio podemos demostrarnos a nosotros mismos que somos mejores.

Efectivamente, el silencio puede querer decir: «Estoy contigo», «me hago cargo», «no sé qué decirte, pero cuenta conmigo». No digamos si el silencio va acompañado de una mirada cómplice, o cariñosa, o compasiva; o si va acompañado de un gesto amable, de un abrazo sincero. Entonces su poder se multiplica exponencialmente. Se convierte en palabra penetrante con poder de confortar y aliviar a quien se encuentra en medio del sufrimiento.

A responder con el silencio se puede también aprender. Seguramente, la clave fundamental es el autocontrol emocional, la disciplina de los impulsos, la paz con la propia impotencia, la relativización del propio criterio, la empatía con el mundo interior ajeno.

Hay un tiempo para todo. También para callar. Así lo dejaba claro Calderón en *La vida es sueño:* «Cuando tan torpe la razón se halla, mejor habla, señor, quien

mejor calla». Y no es simplemente quien calla, sino quien *mejor calla*, porque es claro que no siempre el silencio es la adecuada respuesta.

El silencio inoportuno

Si el silencio es elocuente, también puede ser escondrijo de la palabra debida. Puede ser el partido más seguro para el que desconfía de sí mismo. La falta de denuncia, de crítica oportuna, la ausencia de información, la conspiración de silencio, la callada por respuesta… son situaciones en las que no somos dueños de la comunicación y en las que el silencio es una falta a un deber.

No hay peor desprecio que no hacer aprecio, dice la sabiduría popular. Y así ocurre algunas veces con el silencio. Nietzsche lo decía así: «La manera más desagradable de replicar en una polémica es la de enojarse o la de callar, pues el agresor interpreta ordinariamente el silencio como un desprecio». Sí, con él podemos huir de la conversación comprometida y escondernos tras la cómoda callada que ni arriesga, ni confronta, ni se mete donde puede incomodar, pero en ocasiones ser necesario.

Y santa Catalina de Siena protestaba contra esta actitud diciendo: «¡Basta de silencios! ¡Gritad con cien mil lenguas! Porque, por haber callado, ¡el mundo está podrido!». Así están también algunas relaciones por falta de la oportuna palabra, de la solicitada palabra o del regalo –aunque incómodo a veces– de la palabra.

En la visita al enfermo, contacto, mirada, palabra, silencio, son elementos de una sinfonía que puede tocar la melodía del ayudado o desafinar y convertirse en platillos que aturden.

Paradoja, contradicciones; temor o seguridad; refugio cálido e inexpugnable; amenaza o miedo… Cuán económico y normal es a veces, pero qué refinado y costoso puede llegar a ser… Cuánta paz puede procurar, pero qué afilado cuchillo es capaz de ser… En todo caso, seguro que es cierto que, si la palabra es plata, el silencio es oro.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Evitar los silencios para ocupar todo el tiempo con palabras, aunque no interesen al visitado.
- Reprochar al enfermo que no habla con expresiones como: «Pero dime algo, que no me dices nada».
- Mantener conversaciones al margen del paciente cuando este se encuentra incómodo y sin consultarle cómo se encuentra.

Buenas prácticas

- Ser capaz de decir: «No sé qué decirte, pero estoy contigo».
- Asegurarse de que lo que se dice es mejor que el silencio.
- Hacer silencio interior, sin mantener diálogos internos. Evitarlos concentrando la atención en quien sufre.

¿CÓMO HABLAR CON EL ENFERMO?

Medir las palabras no es necesariamente endulzar su expresión, sino haber previsto y aceptado las consecuencias de ellas.
ABRAHAM LINCOLN

Si tengo que pronunciar un discurso de dos horas, empleo diez minutos en su preparación. Si se trata de un discurso de diez minutos, entonces me lleva dos horas...». Así se expresaba nada menos que Winston Churchill. Me pregunto el tiempo que dedicamos quienes visitamos enfermos los agentes de salud, los voluntarios, los mismos familiares… a prepararnos para dirigirnos a los pacientes y sus familiares, siendo así que el tema que vamos a tratar es siempre delicado y suele estar cargado de gran dosis de emotividad.

Recuerdo haber escuchado en una conferencia que, para hablar con el paciente, sería necesario estudiar oratoria. Lo escuché con sorpresa, pues no sé si aquel hombre que hablaba tan bien estaba echándose un piropo a sí mismo o estaba diciendo algo que yo no era capaz de comprender. Y menos en los tiempos que corren, en los que la oratoria brilla por su ausencia en el mundo mundial.

La oratoria de los griegos

La oratoria, entendida como el arte del buen hablar siguiendo determinadas reglas, tiene su origen en Grecia, más específicamente en la antigua filosofía griega. En aquel tiempo, la oratoria era parte integral de la formación cultural y ha sido objeto de estudios por muchas personas en cuya profesión estaba incluido el arte de hablar en público.

En contraste con esta realidad, hoy la oratoria se utiliza más específicamente en campos como la administración, el marketing, sectores privados, medios de comunicación y, salvo excepciones, jamás es parte de un entrenamiento educativo permanente.

En Grecia se destacaron los sofistas en el siglo IV a. C., que, a diferencia de Sócrates –que utilizaba la mayéutica, el arte de interpelar dialogando–, se interesaban por el arte de convencer a través de la palabra.

Ahora bien, si hoy dijéramos que oratoria es exclusivamente el arte de convencer, seríamos parciales. En realidad, podríamos pensar en ella como la destreza que se ocupa de la forma en que una persona expresa y transmite su mensaje con el deseo de que este sea eficaz, con afán de persuadir, pero sin manipular o subestimar a quien lo escucha.

Queda lejos de las profesiones de salud aquel arte tan cultivado en la antigüedad. Basta pasarse por una Facultad de Medicina o escuela de enfermería y ver cómo se comunica en las aulas, tanto profesores como alumnos. Un colorido *power point* que se lee (si el tamaño de letra es suficientemente grande) ha sustituido al arte de comunicar con entonación, de explicar con pasión, de provocar interés por el tema, de interaccionar… Ya he escuchado a varios grupos de alumnos de Medicina su hartura del *power point*, que permite que un profesor «llegue y lea» sus diapositivas y los alumnos se dispongan a la carrera de escribir velozmente.

Y queda lejos de las profesiones de salud aquel arte tan cultivado en otros tiempos de sentarse junto al paciente o con sus familiares y hablar unos minutos –¡tampoco tantos!– sobre lo que está sucediendo, lo que está en juego en el mundo personal y social del paciente. ¿Lo llamaría Laín Entralgo la «amistad médica»?

El poder de la palabra

Nadie pondrá en duda, sin embargo, el poder de la palabra en las relaciones que se producen en el mundo de la salud, en la visita al enfermo. La eficacia de un tratamiento, la fidelidad a su seguimiento, el impacto emocional de una mala noticia, la reacción de una familia ante un fracaso o una situación inesperada y mil situaciones más están en estrecha relación con el modo en que los agentes de salud manejen la comunicación, utilicen la palabra. Así también la oportunidad de una visita de un familiar o un amigo está en proporción directa con el arte de usar la palabra durante ella.

Y es que la palabra tiene un poder impresionante. Con ella construimos una especie de aureola en torno a nosotros y a lo que decimos. Con ella inspiramos confianza o desconfianza, atraemos o producimos rechazo, generamos atención o aburrimos, hacemos pensar o matamos la curiosidad. Con ella hacemos reír o llorar, generamos indiferencia o sentimientos intensos.

Con la palabra damos vida o generamos muerte. Tiene, efectivamente, el poder de una espada afilada.

Que la palabra llega a tener tanto poder que de ella puede depender la vida o la muerte nos lo enseña la experiencia, y con sencillez lo ilustra esta fábula levemente cambiada y recogida en nuestro libro *Regálame la salud de un cuento.*

> Un grupo de ranas viajaba por el bosque y, de repente, dos de ellas cayeron en un hoyo profundo. Las ranas se reunieron alrededor del hoyo. Cuando vieron cuán hondo era, le dijeron a

las dos ranas del fondo que a efectos prácticos se debían dar por muertas.

Las dos ranas no hicieron caso a los comentarios de sus amigas y siguieron tratando de saltar fuera del hoyo con todas sus fuerzas. Las otras ranas seguían insistiendo que sus esfuerzos serían inútiles. Finalmente, una de las ranas puso atención a lo que las demás decían y se rindió. Ella se desplomó y murió. La otra rana continuó saltando tan fuerte como le era posible. Una vez más, la multitud de ranas le gritó que dejara de sufrir y simplemente se dispusiera a morir. Pero la rana saltó cada vez con más fuerza hasta que finalmente salió del hoyo.

Cuando salió, las otras ranas le preguntaron:

–¿No escuchaste lo que te decíamos?

La rana les explicó que era sorda. Ella pensó que las demás la estaban animando a esforzarse más para salir del hoyo.

Usar bien la palabra

Resulta difícil hacer recomendaciones sintéticas para hacer un buen uso de la palabra que no caigan en el riesgo de convertirse en simples recetas con escasa eficacia cuando visitamos a un enfermo.

Sin embargo, es sabido que hablar con seguridad –sin altanería–, expresando claramente el mensaje –sin tecnicismos innecesarios–, teniendo en cuenta el auditorio y sus características –también en la comunicación a dos–, haciendo síntesis, comprobando que se es comprendido, preparándose debidamente el tema, hablar con orden, son algunas claves importantes.

Empezar por un «no», utilizar muchos «pero», que con frecuencia anulan todo lo dicho anteriormente, usar un tono monótono, no mirar a la cara, no considerar el lenguaje no verbal y el contacto físico, y otras tantas variables pueden arruinar la eficacia de una comunicación en la visita al enfermo.

Podría un visitante ser sabio, muy inteligente, amable y dulce incluso, erudito como él solo, que si no se interesa por algo más que la información, la dimensión racional y las preguntas, su visita al enfermo perderá mucho de su valor personal.

En cambio, las razones claras y palpables, expresadas con sencillez, pero dichas con el corazón y al corazón, generarán un atractivo que facilitará la consecución del objetivo en la visita al enfermo. En la tensión entre razón y corazón, el corazón suele ganar la batalla, particularmente cuando la fragilidad humana asoma por algún rincón.

Tanto la escasez de información como la sobredosis son variables que no inspiran seguridad en pacientes y familiares. Transmitir incertidumbre para asegurarse de que pase lo que pase «ya estaban avisados» no parece una sana motivación.

Asegurar con mirada firme que se está haciendo todo lo posible, que hay

verdadero interés, interés desinteresado, que la palabra no es un escondrijo, sino la encarnación de la misma persona buscando el bien, saliendo de sí, generará salud en el destinatario y, a buen seguro, también en quien la pronuncia.

En todo caso, no habrá mejor palabra en boca de un visitante de un enfermo que aquella que nazca del corazón y esté centrada en la persona del visitado, en sus más genuinos intereses del momento, en sus necesidades y reales posibilidades.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Utilizar muchas veces la expresión «sí, pero...».
- Hacer uso de palabras técnicas que muestran conocimiento de la medicina o de la enfermedad concreta, pero de dudosa comprensión para el enfermo.
- Evitar la información por miedo a que el paciente se entere y le haga daño la verdad.
- Infantilizar sin querer al paciente como si fuera un niño.

Buenas prácticas

- Utilizar un tono sencillo, natural, sin tópicos ni altanería, el mismo que se usaría si el otro no estuviera enfermo.
- Mantener una comunicación y trato horizontal, sin paternalismos.
- Hablar sinceramente, con el corazón.

EL PODER TERAPÉUTICO DEL CONTACTO FÍSICO

El encuentro de dos personas
es como el contacto de dos sustancias químicas:
si hay alguna reacción, ambas se transforman.
CARL G. JUNG

Que entre contacto físico y salud hay una estrecha relación, nadie lo puede dudar. Con él se diagnostica (o quizá se diagnosticaba), a través de él se realizan tratamientos, por él se contagian enfermedades, algunos trastornos psicológicos son consecuencia de contactos físicos indeseados –abusos–, con él se contribuye a la rehabilitación… A él, bien utilizado, le reconocemos la categoría de clave para la visita al enfermo.

Ciertamente, las caricias no son lo mismo que el contacto físico. Igual que las caricias no se reducen a las que nos damos mediante el roce de la mano con la piel, sino que también nos *acariciamos psicológicamente.*

Ambigüedad

Tanto el contacto físico como las caricias tienen un significado ambiguo. De hecho, el contacto físico puede provocar, como también las caricias, lo mejor y lo peor. Ambos tienen en sí mismos tanto un poder destructor como un potencial terapéutico.

Una caricia física indeseada puede convertirse en un abuso que deje señal para toda la vida. Un contacto físico inoportuno o violento puede destruir y generar males físicos y psicológicos. De hecho, esta ambigüedad es reconocida desde muy antiguo. El juramento hipocrático, propio de los médicos desde el siglo IV a. C., ya decía: «Cuando entre en una casa, no llevaré otro propósito que el bien y la salud de los enfermos, cuidando mucho de no cometer intencionalmente faltas injuriosas o acciones corruptoras, y evitando principalmente la seducción de las mujeres jóvenes, libres o esclavas». Se reconocía que el tipo de relación próxima e íntima que se puede generar en la relación terapéutica podía llevar a abusos, que hay que evitar en todo caso.

Sin embargo, siempre en el ámbito de la visita a las personas enfermas, discapacitadas o sufrientes por cualquier causa, el poder terapéutico del contacto corporal es muy importante. Lo es, ciertamente, en la práctica de la rehabilitación, de la fisioterapia, de los masajes, y en las capacidades que algunos

galenos poseen de detectar ciertos males mediante el tacto y la cirugía. Lo es, sin duda, cuando es bien dosificado y oportuno en una visita al enfermo.

También tienen poder las caricias psicológicas. Y también estas pueden ser ambiguas. Como estímulos sociales dirigidos de un individuo a otro para satisfacer la necesidad que tenemos de ser reconocidos, especialmente estudiadas por el análisis transaccional, pueden vehicular reconocimiento sano o mostrar la inmadurez del que las da, jugando con ellas o satisfaciendo carencias afectivas propias. Por eso también aquí se habla de caricias positivas y negativas, adecuadas e inadecuadas, proporcionadas y desproporcionadas.

Caricia y equilibrio

Sin embargo, cuando el contacto físico se convierte en caricia sana en su motivación y oportuna en su momento y destinatario, puede constituir una medicina y un alivio en el sufrimiento, y puede ser muy bienvenida en la visita al enfermo en forma de abrazo, de caricia con la mano, de beso, de palabra que acaricia.

Exceptuadas las personas que rechazan las caricias físicas porque no se sienten cómodas al recibirlas (¡quién sabe qué les habrá pasado!) y aquellas que se sienten incómodas dándolas (¡quién sabe qué les pasa!), las caricias constituyen una demostración cariñosa de amor y reconocimiento, de aprecio y halago mediante el roce suave de la mano con el cuerpo de una persona.

Según algunas investigaciones, el cuerpo humano tiene una red neuronal especializada en interpretar la carga emocional de una caricia. La red es independiente de las neuronas del tacto y se activa solo cuando perciben amor, lo que desvela la importancia que la naturaleza otorga a la ternura en las relaciones humanas. Esta red neuronal permite a un bebé, por ejemplo, percibir el amor de sus padres antes de nacer y constituye el fundamento de las relaciones de pareja, familiares y sociales.

De hecho, podríamos preguntarnos qué sería de una persona que no acaricie o no sea acariciada. Su afectividad, su equilibrio emocional, sin duda no andará muy allá.

Pensemos incluso en el valor saludable de las cosquillas, un tipo particular de caricia propio del ámbito íntimo que, aparte de hacer reír, permite un momento para disfrutar en compañía y, en su justa medida, ofrece una sana distensión. Pasarlo bien y el contacto corporal que se produce con las cosquillas fortalece los lazos emocionales al permitir un momento de intimidad, a lo que se añaden los

efectos terapéuticos de la risa, tanto para mayores como para pequeños. De todos es sabido que reír eleva el nivel de las defensas.

Quizás el reiki, que busca un cierto confort mediante la imposición de las manos, pueda encontrar su sentido en cuanto caracteriza el tipo de relación global de quien, con las manos y en una atmósfera de relajación, desea el bien al otro.

La caricia solidaria

Si la caricia física puede ser expresión de ternura y de cariño para con los niños y con los mayores, como puede serlo también de erotismo y gozo encarnado, la caricia puede ser también solidaria.

La caricia física solidaria toca la piel del enfermo, del moribundo, del doliente, recoge lágrimas y seca sudores, diluye miedos de soledad o abandono y restaura equilibrios internos.

La caricia solidaria alcanza la piel física, pero también la piel emocional del que sufre. Con su suavidad alivia a las personas, las vidas y las historias que, sin desearlo, están marcadas por el sufrimiento.

La caricia en la fragilidad y en el sufrimiento representa una alternativa al lenguaje verbal, a la vez que puede completar el lenguaje verbal y apoyarlo concretándose así la actitud empática deseable en la visita al enfermo.

Bien utilizada, la caricia solidaria es un recurso elegante también en ausencia de otras habilidades, o al experimentar sus límites, evitando el riesgo de la «palmoterapia» o la fácil palmadita en la espalda, que traduce un ternurismo blandengue más que una auténtica ternura. Por eso, la caricia, para no ser invasiva ni superficial, ha de ser oportuna y auténtica, respetuosa y libre.

Pensemos en el malestar emocional producido por los cambios en la imagen física a consecuencia de la enfermedad. O en el duelo por la pérdida de la imagen que se tenía del propio cuerpo. O la mujer que ha sufrido una mastectomía. O en la persona mayor cuya suavidad epidérmica se hizo hermana de la arruga. O en el niño que nace con una discapacidad. O en el enfermo en sus últimos días u horas, que ya no puede tocarse a sí mismo y está entregado a los cuidados máximos de los demás. La caricia aquí es fármaco del espíritu y restauradora del corazón herido o que traquetea.

Pero la caricia puede ser también confrontadora: puede hacer ver a quien siente que nadie le quiere o nadie le hace caso que, en el mismo momento en que así lo experimenta, está siendo reconocido y se le está haciendo caso.

La caricia solidaria ensalza la belleza interior, la de la dignidad del ser humano, por encima de la belleza física.

Tocar en la fragilidad, tocar oportunamente en la visita al enfermo, levanta el ánimo, reconstruye la autoestima y previene el aislamiento. No se puede vivir humanamente sin acariciarse. La caricia solidaria humaniza, porque da vida y genera salud.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Saludar melosamente y mantener contactos físicos no habituales en el paradigma relacional habitual con el enfermo.
- Invadir la dimensión física vulnerable o afectada por la enfermedad, tanto física como visualmente.
- Devaluar a la persona psicológicamente por no estar a la altura del «poder hacer».

Buenas prácticas

- Mostrar con nuestro contacto físico sincera y respetuosa cercanía y ternura.
- Usar el lenguaje verbal para reforzar a la persona en su valor (caricias psicológicas) por encima de los límites impuestos por la enfermedad.
- Según la recepción del otro, sostenerse la mano, acariciar la frente, abrazarse sinceramente.

LAS PREGUNTAS EN LA VISITA AL ENFERMO

Si quieres ser sabio, aprende a interrogar razonablemente, a escuchar con atención, a responder serenamente y a callar cuando no tengas nada que decir.
JOHANN KASPAR LAVATER

En diferentes ocasiones he tenido la dicha de acompañar a familias durante los últimos momentos de sus seres queridos. La dicha, digo, porque puedo apreciar el valor de vivir en clave de amor, de esperanza, de fe. En diferentes ocasiones, a ritmo casi de la apnea de quien vivía sus últimas horas, agarrados de la mano en torno a la cama, he orado con los familiares con gran sencillez, a la vez que expresando en voz alta lo que habitaba en nuestro corazón.

En otros núcleos familiares he escuchado el lamento por la larga duración de la situación, expresiones de intolerancia con el proceso y el dinamismo de la espera, en contemplación del misterio.

No soy partidario de la cantinela que escucho con frecuencia: «Se han perdido los valores». No. No creo que se hayan perdido. En algún sitio están. Es probable que necesitemos una provocación para que su manifestación explícita, su impregnación de la realidad de manera efectiva, se haga luminosa y transformadora. Es probable que necesitemos algún Principito, como el de Saint-Exupéry, que sea capaz de rescatar con sencillez las preguntas que atraen los valores.

Las preguntas en la visita

Una de las experiencias desagradables de la estación de la enfermedad precisamente es ver a los profesionales o voluntarios que quieren entablar relaciones de ayuda convertidos en comisarios de investigación que acribillan a preguntas inoportunas, moralizantes o curiosas, irrespetuosas con el ritmo y el protagonismo de quien tendría que marcar la pauta del encuentro.

Ahora bien, en los tiempos que corren, entre el estilo interrogatorio y el *laisser-faire* que puede llevar a un silencio no elocuente pueden encontrarse las preguntas mayéuticas evocadoras de los valores.

El Principito, en su sabiduría aparentemente ingenua, formalmente casi infantil, pero radicalmente profunda, nunca renunciaba a una pregunta una vez que la había formulado. Una clara curiosidad le permite «viajar» por los

planetas. El Principito goza del conocimiento, de la relación que le permite descubrir personas y cosas nuevas. El Principito se interesa por las razones últimas que ponen en ridículo muchas conductas superficiales. El Principito desvela así los valores más genuinamente humanizadores y capaces de poner sentido a la cotidianeidad de la diversidad de situaciones encontradas.

No se cansará de repetir que «las personas mayores son muy extrañas», mostrando así que la racionalidad científico-técnica, productiva –planeta del astrónomo–, el afán de poder –planeta del rey–, la evasión del bebedor «para olvidar que es bebedor» –planeta del bebedor–, la vanidad de la búsqueda de las alabanzas –planeta del vanidoso–, la ausencia de preguntas sobre el porqué del poseedor de las estrellas, la poca valoración de lo efímero por serlo, aunque sea hermoso –el geógrafo–, todo ello es cuestionado desde la sana ingenuidad que busca la verdad.

Necesitamos *principitos* en los procesos de relación de ayuda que encuentren las preguntas clave, las preguntas «llave» para provocar el surgimiento de lo realmente importante, de las perlas de valor que se dan cita también en la estación del sufrimiento, de la enfermedad, de la crisis. Necesitamos principitos que medien en medio del misterio, para desvelar las posibilidades de sentido y de valor.

Fankl y los valores

El conocido y generosamente citado Viktor Frankl, psiquiatra vienés que pasó por los campos de concentración nazi, en su obra *El hombre en busca de sentido* dice: «Éramos incapaces de captar la auténtica realidad de nuestra condición y se nos escapaba el significado de los acontecimientos». ¿Qué sentido tenía vivir en aquellas circunstancias? Es la pregunta que –con su Principito interior– consigue formular para desvelar la luz que ilumine la oscuridad del sufrimiento y no permitir que la desesperanza acabe dando color a la vida.

En efecto, Frankl elabora una tesis sobre los valores que dan sentido a la vida.

Primero, los valores creativos. Segundo, los valores de relación y experiencia. Y tercero, los valores de actitud. Por ejemplo, un enfermo vivió sucesivamente estos tres valores de forma singular. Era un diseñador de publicidad; al diseñar anuncios vivía los valores creativos. Sufrió un tumor en la parte alta de la columna vertebral: ya no pudo ejercer su profesión ni, por tanto, esos valores creativos.

En el hospital se entregó a la lectura de buenos libros, se deleitaba oyendo

música escogida y animaba a otros pacientes: entonces pasó a experimentar los valores vivenciales, es decir, daba un sentido a su vida acogiendo ese segundo tipo de valores.

Finalmente, su parálisis progresó tanto que ya no fue capaz de leer ni aguantar los auriculares. La víspera de su muerte, y sabiendo perfectamente lo que le aguardaba, el enfermo rogó que le pusieran la inyección de medianoche para que no se tuvieran que molestar en levantarse a mitad de la noche. Este hombre, en las últimas horas de su vida, no se preocupaba de sí mismo, sino de los demás. Fue su forma de encarnar los valores de actitud.

Para Frankl, el ser humano es libre y posee la capacidad de elegir... El ser humano se halla sometido a ciertas condiciones biológicas, psicológicas y sociales, pero dependerá de cada persona dejarse determinar por las circunstancias o enfrentarse a ellas.

La última de las libertades humanas, la más honda, es la elección de la actitud personal que uno decide adoptar frente al destino para decidir el propio camino.

Cómo comunicar los valores

Una preocupación universal es cómo trabajar para que los valores se encarnen en nuestro alrededor, en los jóvenes, en los mayores, para que impregnen el modo de trabajar, de cuidarnos recíprocamente, para que humanicen.

Los valores tienen una vía de acceso privilegiada por ósmosis, por diferencia de concentración. Es decir, son interiorizados especialmente cuando son experimentados. Por eso no me apunto a quien se lamenta porque «se han perdido los valores». Me apunto a quien se compromete a trabajar porque los valores se expresen de forma actualizada en los contextos y tiempos en que nos movemos.

Porque los valores son más bien transculturales, transubjetivos, transhistóricos. Mirados así, nos sentiremos mucho más comprometidos a testimoniar los valores que a evocar nostálgicamente realidades que, en el fondo nunca existieron.

Lo que en verdad necesitamos es un cambio radical en nuestra actitud hacia la vida. Tenemos que aprender por nosotros mismos y, después, enseñar a los desesperados que en realidad no importa lo que esperamos de la vida, sino qué espera la vida de nosotros. Frankl dirá: «Nuestra generación es realista, pues hemos llegado a saber lo que realmente es el hombre. Después de todo, el hombre es ese ser que ha inventado las cámaras de gas de Auschwitz, pero también es el ser que ha entrado en esas cámaras con la cabeza erguida y el Padrenuestro o el

Shemá Israel en sus labios».

Que vuelva el Principito con sus preguntas, que impregne los espacios de vida, de adversidad, de sufrir y morir. Cualificaremos también así las relaciones de ayuda.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Hacer preguntas morbosas e íntimas sin verificar cómo las vive el paciente.
- Convertir la visita en un interrogatorio, aunque sea con buena intención.
- Hacer preguntas cerradas cuando no son necesarias: se obliga a responder sí o no o la pregunta contiene la respuesta esperada: «¿Estás mejor, verdad?».

Buenas prácticas

- Usar preguntas «llave» para provocar el surgimiento de lo realmente importante.
- Hacer preguntas abiertas: «¿Cómo te encuentras?», «¿hay algo que te preocupe que quieras hablar conmigo?», «¿deseas que te traiga algo?».
- Cuando sea oportuno, aunque la visita se reduzca, preguntar: «¿Deseas descansar y te dejo o prefieres compañía?».

TERCERA PARTE

OBJETIVOS DE LA VISITA AL ENFERMO

Una de las preguntas más serias que nos podemos hacer es: ¿para qué visitamos a los enfermos? No, no es una pregunta retórica. No hay que dar por descontado que siempre esté clara la motivación.

En efecto, hay visitas que lo son de claro compromiso, de cumplimiento; las hay que son vividas como de obligación, dado el vínculo existente; las hay de curiosidad morbosa, para contemplar la fragilidad ajena, casi como si de *voyeurismo* se tratara; las hay… ¡claro, también las hay saludables!

Son saludables las visitas que desean humildemente ofrecerse para salir al paso de las posibles necesidades que el otro tenga: atenciones materiales, ayuda física necesaria por los límites impuestos por la enfermedad, compañía silenciosa en la soledad, conversación que refuerce la autoestima o la reminiscencia, cultivo del afecto recíproco y expresión de la solidaridad…

Purificar las motivaciones de la visita al enfermo será siempre un reto. Ajustar el tiempo de acompañamiento, el momento apropiado para la llegada, el tipo de conversación, el número de personas presentes en la casa o en la habitación del hospital o centro de internamiento, el tono de voz y otras variables, habrán de ser ajustados en función de la personalidad, la situación concreta y las necesidades del enfermo.

En las siguientes páginas exploraremos solo algunos aspectos importantes de los objetivos de la visita, tales como el acompañamiento en la soledad, la categoría de «empoderamiento», que define un modo de mirar a quien vive las dificultades de la enfermedad, el acompañamiento en el cambio, el modo en que se puede infundir esperanza, acompañar a perdonar y celebrar. No son todos los objetivos que pueden tener las visitas al enfermo, pero recogen claves nucleares de las mismas.

10

ACOMPAÑAR EN LA SOLEDAD

Todos hemos experimentado ese tiempo enfermo
y vago, tedioso y horrible, que habita
en la soledad no querida.
ELENA OCHOA

El ser humano es un ser social por naturaleza desde que nace hasta que muere. Necesita de los demás para vivir. Su condición de fragilidad le hace solidario a la vez y le pone en comunicación con los otros, no solo para subsistir, sino también para evolucionar hacia la realización personal: ser quien realmente es.

La realización de nuestro ser social se ve facilitada en los diferentes momentos de la vida por diversas situaciones: el ser niño y las reacciones que provoca en los demás, el proceso de socialización y educación propio de la escolarización y la educación, la formación de proyectos vitales como la familia u otras opciones de convivencia, el ejercicio del rol profesional, etc.

Experiencia de soledad

La soledad surge de la tendencia inmanente de todo ser humano a compartir su existencia con otros. Si esto no se logra, emerge la vivencia de estar incompleto y la desazón derivada de ello. Esto puede suceder durante la experiencia de la enfermedad y convertirse, por tanto, en un reto para el visitante.

En la soledad, el ser humano añora la fusión con otra u otras personas y desea la comunicación para la subsistencia o para lograr la intimidad. Por eso la soledad se nutre de una sensación de vacío y de la experiencia de una «falta de algo» que se necesita o aparece cuando el sujeto no halla un «otro» afín con el que complementarse o por quien se sienta comprendido. Esta experiencia puede hacerse en la enfermedad, incluso cuando hay relación con personas (cuidadores, profesionales, familiares).

Todo ser humano tiende al encuentro, a la relación vital y significativa con los demás, para ocupar sus espacios vacantes previstos para el destino de su ser relacional. Por eso, cuando una persona busca a alguien y descubre que nadie está disponible para ella, que nadie satisface sus necesidades –de cualquier naturaleza–, que nadie se ocupa de ella en un sentido singular y profundo, que a nadie importa directa y verdaderamente o que no hay nadie buscándola o esperándola, se inunda de pena y vacío.

Cuando la persona comprueba que no puede, que no tiene opción para que se establezca ese contacto humano que le permite ser quien es y que cualquier persona necesita, entonces aparece la soledad.

Soledad es, por consiguiente, el convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso, quién sabe por qué, a ese mundo de interacciones tiernas y profundas del que todos creemos idealmente que los convivientes disfrutan. Soledad es, pues, la constatación de que no se tienen las oportunidades y las satisfacciones de las que los demás participan[4].

Se produce un «déficit relacional» o de valor en las relaciones interpersonales que hace que la experiencia sea desagradable.

La enfermedad es uno de esos momentos en los que más fácilmente se puede experimentar la soledad. Por definición, esta etapa de la vida va acompañada de una sucesión de pérdidas, como el trabajo, el estatus social, la autonomía, algunas capacidades físicas, etc., que facilitan la experiencia de la soledad.

Aunque la soledad no produce síntomas externos graves, quienes la padecen afirman que se trata de una experiencia desagradable y estresante, asociada a un importante impacto emocional, sensaciones de nerviosismo y angustia, sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor, marginación social, creencias de ser rechazado, etc. Todo ello hace de la soledad de los enfermos –a veces personas mayores– un particular tema de estudio e interés, especialmente para quienes desean salir al paso de las necesidades de este grupo de personas.

Qué es la soledad

Si bien venimos hablando de la soledad especialmente como experiencia subjetiva, no existe un único concepto de soledad, y conviene aclarar el término.

En principio, la soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales, o para lograr intimidad emocional.

La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc., si bien se puede distinguir entre aislamiento y desolación, es decir, entre la situación de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma.

En efecto, no es lo mismo estar solo que sentirse solo. Estar solo no siempre es un problema. Los enfermos también necesitan estar solos para sentirse cómodos y

no invadidos. Todos pasamos tiempo solos y nos viene bien para conseguir ciertos objetivos. A veces deseamos estar solos porque ciertas cosas no pueden hacerse si no es así. Evidentemente, la soledad deseada y conseguida no constituye un problema para las personas, incluidos los enfermos.

Sentirse solo, en cambio, es algo más complejo y paradójico, ya que puede ocurrir incluso que lo experimentemos estando en compañía. En este sentido, la soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran. Es el caso de la soledad experimentada por el enfermo en dinámicas de pacto de silencio en relación con el diagnóstico o el pronóstico. En la relación no hay verdad, y en la sospecha y la desconfianza se produce la experiencia de la soledad.

Son relevantes también algunos factores sensorio-motores, tales como el estado visual, auditivo y locomotor, que, si constituyen carencias, dificultan claramente las relaciones sociales[5] y pueden generar experiencia de soledad en las relaciones.

No falta tampoco quien habla de «síndrome de la soledad», definiéndolo como un estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida[6].

Pero existe también esa otra soledad elegida para el desarrollo de una vida interior que es vivida de manera positiva, como puede ser el caso de algunos científicos y escritores, que sienten que la necesitan para desarrollar su ingenio y creatividad, aunque no siempre que es buscada produce valores positivos. Laín Entralgo, a propósito de esta soledad elegida, dice: «Sin esa experiencia uno es y sigue siendo persona, pero no sabe lo que es». Por tanto, la soledad sería también una condición esencial y necesaria del ser humano. A veces, durante la enfermedad, puede experimentarse el beneficio que puede acarrear una cierta experiencia de soledad en este sentido. Zubiri señaló que «quien se ha sentido radicalmente solo es quien tiene la capacidad de estar radicalmente acompañado»[7].

La visita y la soledad

Cuando la soledad no es fecunda, ni buscada, ni deseada, es mala compañera en la enfermedad. Fácilmente puede aumentar la concentración en los síntomas que producen displacer, y esta a su vez aumentar el malestar e incluso la percepción del dolor físico.

Una buena compañía, aquella que sabe estar en silencio lo mismo que conversar, repasar las preocupaciones o cultivar los buenos recuerdos, acoger los sentimientos y permitir que fluyan entre palabras y gestos, escuchar historias, proyectos truncados… es medicina para la persona.

La soledad no se apaga con la distracción impuesta cambiando de conversación o con el lenguaje exhortativo, tan aprendido por ósmosis. La soledad compartida pierde su virulencia y muere cuando se acepta como experiencia, aunque no sea situacional, sino emocional. La soledad no hace daño cuando se controlan los pensamientos o cuando se comparten y se experimenta que las palabras y los significados son acogidos sin ser moralizados, comprendidos sin buscar la sola racionalidad de la inteligencia intelectiva. Lo que no es verdad, lo que no se entiende, puede ser también comprendido y acogido en su verdad experiencial.

La soledad no compartida influye en el sistema inmunitario, baja las defensas, nos hace más vulnerables y retrasa la recuperación. La compañía en la que apoyarse se convierte en ancla para reforzar la esperanza. A veces se trata solo de acompañar a hacer lo que se puede: iniciar el proceso de recuperación de la marcha lentamente, entretenerse con juegos que permitan la distracción o simplemente estar juntos mientras se descansa, porque, en efecto, hay personas también que en la soledad experimentan más ansiedad, algunas, imposibilidad para dormir por miedo a la oscuridad, que se convierte en evocadora de fantasmas o ideas como la muerte misma, aunque no sea proporcional a la intensidad del malestar.

Una buena compañía en la enfermedad es un fármaco sanador. Una mala compañía puede ser un agente patógeno.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Dejar al enfermo solo cuando reitera tener miedo (a la oscuridad, a la soledad...), limitándose a argumentar que no hay motivo para ello.
- Acompañar al enfermo siempre por miedo a que se quede solo y se sienta mal cuando él expresa que está bien solo.
- No separarse nunca del enfermo por hiperprotección.

Buenas prácticas

- Utilizar como clave para la relación la interdependencia, no solo la ayuda en la dependencia ni la codependencia.
- Verificar explícitamente la intensidad de compañía que el paciente desea tener.
- No intentar distraer a toda costa al paciente, puesto que también el silencio y la soledad pueden ser deseados.

[4] V. Madoz, «Soledad», en *10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno*. Estella, Verbo Divino, 1998, pp. 283-284.

[5] Cf. J. L. Sánchez / P. Braza, «Aislamiento social y factores fisicosensoriales en la depresión geriátrica», en *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 27 (1992), p. 30.

[6] E. A. Álvarez, «La amistad en la edad avanzada», en *Geriátrika* 12/6 (1996), p. 51.

[7] J. J. López, «Aislamiento y soledad en las personas mayores», en *Razón y Fe* (1994), p. 32.

11

EMPODERAR, PROMOVER LA RESPONSABILIDAD

Lo mejor para motivar a una persona es escucharla.
ANÓNIMO

Vivo en la vieja Europa, pero con frecuencia me encuentro en América Central o del Sur. Y convivo con variadas sensaciones en las diferentes latitudes. Lo que en España es una crisis, en muchos países es una anécdota. Lo que en esta latitud es un recorte o una privatización de la gestión de centros prestadores de salud, es irrisorio en lugares donde el seguro social alcanza solo a unos pocos. Aquello que aquí es visto como un gran problema, allí es un permanente reto o aspiración desde la precariedad. Y, sin embargo, en todos los lugares el corazón vibra con pulsaciones semejantes en el mundo de la intimidad y del sufrimiento experimentado en primera persona.

Y una de las alegrías que he experimentado en unas cuantas ocasiones es precisamente constatar que en El Salvador, estimulados por el conocimiento del funcionamiento del Centro de Escucha del Centro de Humanización de la Salud de España, han emprendido su andadura varios centros en hospitales y cuentan con el proyecto de creación de otros más. Apasionados no solo por aliviar el dolor físico, sino también por mitigar el sufrimiento personal empoderando a las personas para afrontar las dificultades.

No solo se interesan por cualificar la visita al enfermo, sino porque el enfermo o el familiar pueda *visitar* a alguien dispuesto a escucharle dentro del mismo hospital. ¿El objetivo? Hay personas que lo necesitan y que en estas visitas, en la escucha, encuentran un refuerzo, alguien que les mira en clave de posibilidades y les *empoderan*, les refuerzan en medio de la adversidad. Les hace bien, les ayuda a sanar, a curarse, a atravesar sanamente el sufrimiento, a tomar decisiones…

Un viejo verbo

«Empoderar» es un antiguo verbo español que el diccionario académico recoge como equivalente anticuado de apoderar. El nuevo significado que se le da, y que aparece ya en el *Diccionario panhispánico de dudas*, es «conceder poder a un colectivo desfavorecido social o económicamente para que, mediante su autogestión, mejore sus condiciones de vida».

En su uso en contextos de relación de ayuda y *counselling*, el empleo de empoderar y empoderamiento, que comenzó en el ámbito de la sociología

política, es cada vez más extenso, y evoca uno de los significados centrales de lo que entendemos por relación de ayuda: acompañar a que el otro se haga responsable de su vida, de sus recursos y sus límites, los afronte reforzando –mediante la relación– su propia capacidad de autogestión o de vivir sanamente lo que no se puede cambiar.

Lo que hacemos en los Centros de Escucha, lo que enseñamos en los máster de *counselling* y de *intervención en duelo*, en España o cualquier lugar del mundo, es precisamente eso: fomentar el poder que el otro tiene de enfrentarse por sí mismo a sus dificultades y retos. Y este es un objetivo fundamental de la visita al enfermo.

No hay que dar por supuesto que todos los estilos de pretendida ayuda se inspiren en esta clave. Hay quien, intentando ayudar, más bien exhorta a aceptar como normal, en tono fatalista, su propia situación. Los hay también que no confían en los recursos ajenos –quizá andan mal de autoestima estos ayudantes– y dan indicaciones sobre lo que los demás tienen que hacer, como si conocieran la solución por algún arte de magia.

Empoderar hace referencia a la necesidad que las personas tienen de fortalecer sus capacidades para controlar su propia vida. También puede ser interpretado el empoderamiento como un proceso político en el que se garantizan los derechos humanos y la justicia social a un grupo marginado de la sociedad.

Promover la responsabilidad

Solo se logra un cambio significativo en el desarrollo de una persona que sufre si se cuestionan directamente los patrones de poder existentes. En la línea opuesta al empoderamiento estaría el fatalismo o el victimismo.

El que ayuda al enfermo, a su familia, a la persona en situación de exclusión social en la visita será tanto más eficaz cuanto más ponga en el centro de su objetivo este término y su significado: el poder que el otro tiene de hacer, de ser capaz, así como de sentirse con mayor control de las situaciones. Así disminuye el sufrimiento: reforzando la sensación de control. Así promovemos la responsabilidad, es decir, la capacidad que cada individuo tiene de dar una respuesta personal, también en la adversidad.

Según este enfoque, la persona tiene un rol activo y puede actuar en cualquier situación de crisis personal, relacional, impuesta por la naturaleza o por la condición humana. Esta noción rompe con la idea de que el individuo es un ser pasivo de la recepción de ayuda y pasa a convertirse en un actor legítimo.

La responsabilidad personal del otro promovida mediante el empoderamiento se incentiva cuando se fomentan la autoconfianza, la seguridad en sí mismo y la asertividad. La conciencia de tener que dar una respuesta personal ante la adversidad y de tener poder para ello confiere autoridad para tomar decisiones, realizar cambios y resolver problemas, y la capacidad de organizarse con otras personas para alcanzar una meta común.

Espectadores del tren de la vida

No todas las personas desean empoderarse, tomar las riendas del tren de su propia vida. Las hay que son capaces de decir que no tienen la energía suficiente para hacer nada más que lo que le digan: «Lo que usted diga, doctor», «dígame qué tengo que hacer para salir de esta»…

El empoderamiento se ha convertido en el paradigma de las teorías del desarrollo que apuesta por el otro, que no victimiza ni deja de creer en las posibilidades escondidas que alberga en algún rincón y están esperando ser suscitadas, estimuladas. Este concepto ha permitido que los individuos y sociedades que hasta ahora estaban marginados de la toma de decisiones sean eje central de las intervenciones. Sin embargo, hay obstáculos para que sea clave para el ejercicio del liderazgo, del acompañamiento, de las relaciones de ayuda… que son escenarios donde cabría esperar esta dinámica relacional.

Dirán algunos que ser responsable no se improvisa, que algunas personas no fueron educadas para alcanzar la capacidad de ser independientes –o sanamente interdependientes– para valerse por sí mismas, para tomar decisiones y hacer uso de la libertad desde el conocimiento de sus posibilidades.

Acompañar a ser responsables en las relaciones de ayuda es un proceso largo y costoso, que se inicia en la familia y tiene su continuidad en la escuela y otros ambientes sociales. Pero, en todo caso, es el centro del significado de ayudar mediante la relación. Provocar en la relación que el otro defina lo que quiere lograr en el fondo es inicio para caminar hacia la meta.

Ser responsable ayudará a lograr metas y objetivos en cualquier esfera de la vida. No es un hábito fácil de adquirir si siempre se ha creído que lo que sucede es responsabilidad de otros, si se ha vivido como espectador del tren de la vida donde se tienen comentarios y críticas para todo y para todos, pero pocas ganas de ser el piloto del propio viaje. Hay quien está dispuesto a coger un avión por su compañía o por su color antes que elegirlo por su destino. El arte de acompañar a definir el destino, el fin, la meta, el modo en que se quiere vivir –

también la adversidad y el sufrimiento–, es el corazón de la relación de ayuda. Saber qué es lo que se quiere lograr es el inicio para caminar hacia la meta.

El poder es una espada afilada. En manos del ego mata; y en las del artista multiplica vida. Ayudar es también un arte, casi también como hacer magia, y solo la hace quien cree en ella. Así el que visita al enfermo: su visita puede hacer magia con el sano poder del encuentro. Mal usada se convierte en un virus más que ataca al enfermo.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

▸ Caer en la asunción de la responsabilidad de tomar decisiones que puede tomar el paciente.
▸ Usar el poder para gestionar innecesariamente la vida del enfermo.
▸ Tomar decisiones en lugar del enfermo sin necesidad.

Buenas prácticas

▸ Promover la responsabilidad del enfermo en la toma de decisiones.
▸ Identificar las áreas de fuerza que el paciente puede adquirir para vivir responsablemente la enfermedad.
▸ Estimular las capacidades que el paciente tiene y favorecer su máximo despliegue.

12

ACOMPAÑAR EL CAMBIO

Aunque estoy convencido de que nada cambia, para mí es importante actuar como si no lo supiera.
LEONARD COHEN

También yo me veo –con una cierta frecuencia– en situaciones de cambio. Y experimento las resistencias tanto por mi parte como por parte de quienes me rodean o a quienes afectan los cambios reales o posibles. Visitar al enfermo es también hablar de acompañar para el cambio. A veces, de manera ilusoria tiendo a pensar que una persona puede mágicamente producir un cambio en otra con una simple receta. Efectivamente no es así. Muchas personas experimentan resistencias, falta de motivación e incluso beneficios secundarios de la situación de mal, con la consiguiente dificultad para el cambio. Sencillamente hay también quien no quiere cambiar, aunque esté mal como está. Y esta es, pues, otra de las tareas fundamentales de quien visita a un enfermo: motivar para el cambio.

En todo proceso de cambio es necesario un desaprendizaje de algo y el aprendizaje de algo nuevo, y no hay cambio sin motivación para cambiar. Por tanto, una de las tareas es la de motivar para introducir cambios. Y tanto visitador como visitado tienen ante sí la posibilidad de cambiar para mejor. A veces el visitador lo pretende por la vía de la manipulación o coacción si no se adhiere a indicaciones terapéuticas o conductas saludables. A veces el visitador tampoco se da cuenta de que efectivamente el cambio en él mismo ofrece resistencias.

Resistencias al cambio

La resistencia al cambio es una conducta observable que puede aparecer en cualquier momento del proceso de cambio. Freeman señala las diversas razones de la resistencia:

- La persona puede sentirse incapaz de cambiar. Es posible que haya personas que por su falta de formación sientan el cambio como una amenaza al sentirse incapaces de aprender cosas nuevas.
- La persona puede dudar de su capacidad de sobrevivir en esa nueva estructura o con esa nueva metodología. Es posible que, al no tener suficientes datos y ante la incertidumbre de lo nuevo, la persona dude sobre su capacidad de saber manejarse en esa nueva situación.
- El vínculo relacional entre el inductor de cambios no está lo suficientemente desarrollado.
- El inductor de cambios puede carecer de habilidades. En ocasiones, la falta de habilidad

para la comunicación y el manejo de conflictos es lo que dificulta o entorpece los procesos de cambio.

- Las personas pueden estar obteniendo beneficios secundarios. A veces las personas se resisten a determinados cambios, porque implicaría la pérdida de beneficios secundarios.
- Las metas planteadas son poco realistas, poco claras o están mal formuladas.

De ahí la importancia de que el visitante tenga presente la variable motivación, es decir, la probabilidad de que una persona inicie, confirme y se comprometa con una estrategia específica para cambiar. Por tanto, si la persona no ha elaborado elementos motivadores que le lleven a iniciar un proceso de adherencia, de búsqueda de la conducta más saludable, de adaptación a lo inevitable –de cambio, en el fondo–, no nos seguirá con nuestros planteamientos, porque no verá el problema y por eso no realizará esfuerzos, porque, en definitiva, necesitamos de la motivación para iniciar cualquier proceso de cambio.

Entrevista motivacional

Miller y Rollnik, en su libro *La entrevista motivacional*[8], conciben esta como una manera concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio.

En la visita al enfermo, el visitante no asume un papel autoritario, sino que la responsabilidad recae sobre el ayudado. Barbara Okun dice[9]: «Este tipo de relación de ayuda es recíproco, en el sentido de que la persona que ayuda se considera a sí misma como un igual de la otra persona, en lugar de considerarse como un experto o mago». "Igual" en este caso significa que la distancia social es mínima y la responsabilidad de lo que ocurre es mutua; las dos personas trabajan juntas para alcanzar los objetivos acordados».

C. Rogers afirma: «La creencia en la autodeterminación y en el poder personal del cliente suponen un distanciamiento radical con respecto a otros estilos de terapia que dependen de la autoridad del terapeuta y de su calidad de experto. Parte de un valor profundo y una filosofía que considera a las personas como las mejores expertas del mundo en sí mismas y más sabias en lo que se refiere a sus propias necesidades de lo que pueden ser otros».

Creemos que el cambio siempre es posible. Cuando no se trata de emprender un

nuevo camino en la conducta se puede tratar de un nuevo camino en la actitud para vivir sanamente el sufrimiento producido por las crisis. A ello somos llamados cuando no se puede superar o hacerlo desaparecer. A veces el cambio que puede promover el visitante es ayudar a realizar un proceso de integración del sufrimiento, acompañar a traducir la pregunta «¿por qué?» en «¿cómo?». Es la propuesta que nos viene de la logoterapia, la terapia mediante los valores propuesta por V. Frankl.

El cambio: un proceso

Los teóricos del cambio suelen evocar diferentes etapas y diversas estrategias para utilizar en cada una de ellas. En primer lugar tendríamos que pararnos a analizar en qué etapa del cambio se encuentra el ayudado para intervenir de manera específica. Ciertamente no es lo mismo visitar a alguien que tiene un problema, pero no reconoce la causa del mismo, que a aquel que ya reconoce la causa de su problema y desea introducir cambios, pero que a la vez necesita de nuestra ayuda, puesto que él solo no sabe introducir dichos cambios.

Otras personas han avanzado más y empiezan a considerar que quizá tengan un problema, y aparece la ambivalencia. La persona contempla la posibilidad del cambio y lo rechaza a la vez.

No falta quien ha tomado la decisión del cambio y entra directamente en la siguiente etapa de acción. Es lo que significa la determinación.

Hay quien se implica en acciones de compromiso que le llevan a introducir cambios en sus conductas. El enfermo elabora junto con su visitante un plan de acción que le ayude a mantener la conducta de cambio, y se va dando cuenta de las razones que hay para vivir de una manera nueva el sufrir.

Y hay también una etapa de mantenimiento en la que el reto consiste en mantener el cambio conseguido y prevenir la recaída. Las recaídas son normales y esperables cuando una persona intenta cambiar un patrón de conducta de larga duración. Hay enfermos crónicos que encuentran mucha resistencia a mantenerse en la adherencia a los tratamientos, por ejemplo. Los hay que les cuesta adaptarse a la dependencia y a dejarse cuidar por otros. Ante este tipo de situaciones, la tarea del visitante es ayudar a la persona a evitar el desánimo y la desmoralización, renovar la determinación y proseguir con las etapas de acción y mantenimiento.

En ocasiones podemos encontrarnos con situaciones incómodas, difíciles, y que no sabemos cómo interpretar, ya que es como si el otro actuara en contra de lo

racional o de los planes que se van vislumbrando de forma sistemática. Puede tratarse de agendas ocultas que habrá que desenmascarar.

Quizá sea importante considerar siempre que antes de iniciar cualquier proceso motivacional hemos de dejar espacio para curar las heridas, para poder mirar cara a cara al dolor, para dar nombre a todo lo que habita en el interior del otro, con el fin de que la tristeza, el rencor y el resentimiento no se instalen en su vida. En todo este proceso nos serán de gran utilidad las actitudes y habilidades propias de la relación de ayuda.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Manipular con mentiras para que el paciente se adhiera a indicaciones externas, aunque sean buenas.
- Coaccionar con amenazas al paciente para provocar su consentimiento.
- No comprender las resistencias a los cambios que se producen en la vida del paciente.

Buenas prácticas

- Usar argumentos de peso y ponderarlos con el paciente para promover el cambio.
- Ayudar al cambio buscando razones válidas para el paciente.
- Ayudar a la persona a afrontar el desánimo cuando en el cambio se recae y retrocede en relación con las decisiones tomadas y no logradas.

[8] W. R. Miller / S. Rollnick, *La entrevista motivacional*. Barcelona, Planeta, 2012.

[9] B. F. Okun, *Ayudar de forma efectiva (counseling)*. Barcelona, Paidós, 2010.

13

CÓMO INFUNDIR ESPERANZA

Desde que hace años leí un testimonio de un enfermo, citado por Colombero en su libro La enfermedad: una estación para la valentía*, me gusta citarlo en diferentes charlas y conferencias como invitación a la autenticidad y como provocación a la reflexión sobre la esperanza.*

Dice así:

> *¿Qué razones tengo yo para esperar? Me lo diga usted. Usted, que me conoce, dígame qué puedo esperar yo todavía. Pero sinceramente; no me tome el pelo como todos los demás, que no saben decir más que: «¡Ya verás que las cosas irán mejor!». ¿Qué significa «mejor» para mí? Tengo la cabeza que... nadie puede imaginar cómo tengo la cabeza... No puedo ni estar sentado ni leer. Ya no me queda nada. No me queda nada. Y aun así tengo que esperar. Así lo quieren. Además de estar desesperado tengo que disimular que no lo estoy. Dígame qué hago yo con este mal. ¡A veces ya no puedo más! Tengo miedo, pero deseo morir de una vez. ¡Dígame usted, ¿qué tengo que hacer, qué tengo que esperar?*[10]

Tener esperanza

Las palabras del enfermo que se expresaba así me resultan provocadoras. Me invitan a abandonar la palabrería ante quien se encuentra en medio del sufrimiento y a reflexionar sobre cómo infundir esperanza sin caer en los tópicos de siempre. Por eso me he preguntado qué significa infundir esperanza.

Recuerdo una experiencia personal que me sucedió hace años. Una enfermera me llamó por teléfono angustiada ante el hecho de contemplar a un paciente en fase avanzada y final de su vida, que le decía repetidamente: «Ayúdame, necesito mucha ayuda». «Me siento impotente –me dijo–. No sé qué decirle. ¿Puedes ir a verla?». Y ciertamente era para sentirse así: 42 años, profesora, enferma desde hacía catorce años, y desde hacía dos años y medio viviendo sucesivos ingresos, intervenciones, cada vez de más envergadura y con menos esperanzas.

Fui a verla. Estaba con su madre en la habitación del hospital. Enseguida me dejó solo con ella. Recuerdo su aspecto, propio de quien está viviendo sus últimos días: las manos frías, la cabeza caída, los ojos apagados... No tardó mucho en comunicarme lo que estaba sintiendo: «Esto es muy duro. Cada vez más duro. Tengo mucho miedo. Tengo miedo a morirme. No quiero morirme. Creo que me voy a morir, y yo no quiero morirme. Ayúdame. Ayúdame a no morirme. Quiero tener esperanza». A la vez que me resultaron escalofriantes aquellas palabras, me interpelaron profundamente.

No sé si mis palabras infundieron alguna esperanza. No lo creo, porque en realidad hablé muy poco. Sobre todo escuché. Difícilmente después de aquel encuentro me podría haber dicho lo que Job, «el hombre sufriente de siempre»,

les dijo a sus amigos que querían consolarle: «¿Hasta cuándo atormentaréis mi alma y con palabras me acribillaréis?», porque palabras de mi parte no hubo muchas.

La verdad es que deseos de responder a su demanda sí que me habitaban, pero ilusiones de que se pudiera curar no, porque, francamente, su aspecto lo decía todo. Y, sin embargo, ella quería tener esperanza. En realidad creo que la tenía, porque pedía ayuda. Y el que pide ayuda es porque tiene esperanza, porque confía que hay alguna posibilidad.

Me parece cierto aquello que decía un enfermo:

> Mire, lo he descubierto en estos meses: la esperanza es como la sangre: no se ve, pero tiene que estar. La sangre es la vida. Así es la esperanza: es algo que circula por dentro, que debe circular, que te hace sentirte vivo. Si no la tienes, estás muerto, estás acabado, no hay nada que decir... Cuando ya no te queda esperanza es como si no tuvieras sangre... Quizá estés todo entero, pero estás muerto.

No se puede vivir sin esperanza, sin esperar y sin ser esperado.

La esperanza tiene muchos nombres

Recuerdo cuando hice una investigación sobre los enfermos de sida, cuando las esperanzas de vivir con la enfermedad crónica eran nulas. Una de las preguntas abiertas hechas a 230 enfermos permitió ver cómo cada uno daba nombre a su esperanza con esta prioridad: la vacuna, curar, no empeorar, vivir nuevos valores descubiertos, Dios, morir, tener un hijo, liberarse de la droga, encontrar trabajo. También cinco respondieron diciendo que no tenían ninguna esperanza. Viendo estos resultados nos damos cuenta de que algunos nombres tienen el sabor de «deseos prohibidos», imposibles.

Parece que la esperanza es el motor que empuja, apoyado en la base antropológica del deseo y de la espera, a luchar por lo que se ve como bueno, liberador, gratificante. La esperanza es, por eso, un dinamismo del presente, como la sangre, que da vida, que circula, pero que necesita también ser oxigenada. Parafraseando el imperativo categórico de Kant, Laín Entralgo ha escrito: «Vive y actúa como si de tu esfuerzo dependiese que se realice lo que esperas o desearías esperar»[11]. La esperanza hace que el presente sea vivido en tensión y que se anticipe el sabor de lo esperado, pero sin agotarlo.

La esperanza tiene que ver con la confianza, no con el optimismo superficial o con la certeza absoluta. Más bien es hermana de la inseguridad y del miedo, pero conviviendo con el coraje, la paciencia, la entereza y la constancia. Esperar es

aguardar con paciencia; no con resignación pasiva, sino con la confianza, que mueve hacia lo deseado.

Infundir esperanza

Este es uno de los objetivos de la visita al enfermo: infundir esperanza, ser testigo de la esperanza. Karl Lehmann, hablando de la relación con los enfermos de sida y de la esperanza, decía en un congreso: «Al confortar con palabras de esperanza a un enfermo grave, nunca hay que pasar ligeramente sobre la amarga realidad del sufrimiento y de la muerte, sino que se debe sostener la entera realidad del ser humano que sufre».

Y es que, a la hora de infundir esperanza podemos caer en la tentación de pasar por encima de los sentimientos de la persona concreta, querer inyectar ilusiones superficiales nacidas de deseos poco sólidos.

El símbolo de la esperanza es el ancla. Infundir esperanza no es otra cosa que ofrecer a quien se encuentra movido por el temporal del sufrimiento un lugar donde apoyarse, un agarradero, ser para él ancla que mantiene firme y no a la deriva la barca de la vida. Ofrecerse para agarrarse, ser alguien con quien compartir los propios temores y las propias ilusiones, eso es infundir esperanza.

Quien no tiene donde agarrarse, en quien confiar, en quien abandonarse en último término, no tiene esperanza, está solo, como en el infierno de Dante, a cuya entrada se lee: «Los que entráis aquí, abandonad toda esperanza».

En medio del dolor, la visita al enfermo, la que inspira confianza y es oferta de sí mismo para apoyarse, es fuente de esperanza.

Como si de una lanzadera se tratara, la esperanza nos empuja también más allá del tiempo, donde se abre a un bien supremo logrado únicamente en la eternidad, donde confiamos que no habrá llanto ni dolor, sino luz y paz, el gozo de una felicidad completa anhelada durante toda la vida. Y, si el contenido de esta esperanza fuera una vana ilusión, sin duda habría valido la pena esperar por cuanto de confianza tiene en el triunfo definitivo del amor experimentado en el más acá y por cuanto de bien genera el mismo hecho de esperar.

En la enfermedad, la actitud positiva, esperanzadora, confiada, deseosa del bien, contribuye a que el bien pueda realizarse con más facilidad. Nuestro cuerpo responde también a la disposición interior del deseo. Quizá también por eso, para Freud, el deseo es expresión de la esencia del hombre, un motor realmente poderoso.

Cuando la muerte es el mayor de todos los peligros, se tienen esperanzas de

vida, pero cuando se llega a conocer un peligro todavía más espantoso que la muerte, entonces uno puede tener esperanzas de morirse, porque vivir sería vivir desesperado. Y cuando el peligro es tan grande que la muerte misma se convierte en esperanza, entonces el reclamo a la solidaridad en el alivio del peligro se hace vital. Con frecuencia, este alivio no es otro que el soporte emocional que puede procurar una visita, pues se hace la paz más fácilmente con los límites que marca la naturaleza que con los que nuestra negligencia o distancia emocional impone.

Infundir esperanza no es solo invitar a desear la salud y la curación en la enfermedad. A veces pasa más bien por lo contrario, por aceptar que eso no es posible. Porque la esperanza, para ser tal, ha de estar arraigada en la realidad, también en la realidad del deseo, pero no de la vana ilusión. Entonces esperar es un dinamismo que transforma el presente haciéndolo más activo y sabroso.

El que infunde esperanza comparte el deseo a la vez que reconoce la realidad. Vivir esperanzado es ya un indicador de salud, de humanización de la experiencia. El que espera alimenta la confianza y, en algún momento, se abandona en alguien. Este abandono o entrega no es el resultado de la desesperanza, sino del grado máximo de confianza y de aceptación activa de la realidad que se impone. Infundir esperanza quizá sea también ofrecer los propios brazos para que el otro pueda entregarse y abandonarse confiadamente en ellos.

La acogida mutua, especialmente en la fragilidad, hace crecer la confianza, mata la soledad, promueve la responsabilidad compartida en la búsqueda del bien propio y ajeno. En el fondo, la experiencia del amor es la fuente de la esperanza y su realización.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Utilizar la expresión: «Hay que tener esperanza», como una frase hecha.
- Hacer uso de la frase: «La esperanza es lo último que se pierde», sin evaluar sus consecuencias de riesgo de encarnizamiento y sin sentir que es acogida como un auténtico ánimo para el otro.
- Mentir diciendo que «tenemos esperanza» si no se refiere a algo real y verosímil.

Buenas prácticas

- Provocar que el otro se apoye en nosotros y esto le inspire confianza.
- Transmitir paciencia y confianza sin exhortar reiteradamente a ella.
- Aceptar que la esperanza convive con la incertidumbre.

[10] G. Colombero, *La enfermedad, tiempo para la valentía*. Bogotá, San Pablo, 1993, p. 42.

[11] Cit. en J. de la Torre, *Presente y futuro de la bioética española*. Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2011, p. 245.

14

ACOMPAÑAR A PERDONAR

El verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que sea quien es.
JORGE BUCAY

Confieso que, si analizara mi desarrollo personal, la categoría del perdón no la consideraría entre las más tempranamente integradas de manera consciente. Soy hijo de una cultura en la que creo que se ha devaluado una clave de salud tan importante como esta. Recuerdo que tuve la oportunidad de acompañar a un equipo de trabajo que tenía serias heridas fruto de la relación y el trabajo, y pude constatar que quizá lo que me pasa a mí se puede encontrar fácilmente en otras muchas personas. Como también en la estación de la enfermedad. Una necesidad frecuente es la hacer perdón dentro de uno mismo y perdonar a otros para vivir en paz.

Incluso una cierta tendencia de la psicología ha podido caer en la tentación de insistir en exceso en el no sentirse culpable. La culpa es mala. No hay que inocular culpa. A quien se siente culpable hay que acompañarle a que se libere de tal sentimiento. Como si no hubiera un sano sentimiento de culpa, racional y capaz de desencadenar mecanismos de reparación, de perdón e incluso de reconciliación.

Hoy se está recuperando la importancia del perdón también desde la psicología y ayudando a caer en la cuenta del influjo del perdón en la salud en niveles bio-psico-socio-espirituales[12].

Lo que no es perdonar

En la visita al enfermo y en diferentes formas de relación de ayuda encontramos con frecuencia la experiencia del daño. Una persona se siente herida por otra. Heridas recientes, heridas envejecidas, heridas sin cicatrizar, heridas agrandadas por el herido (no por el ofensor)… Mucho sufrimiento es debido al manejo de la memoria de la ofensa recibida, a la gestión del daño, al resentimiento o deseo de venganza, al recuerdo «rumiático» de los hechos vividos como ofensa.

El objetivo del acompañamiento no es superar inmediatamente la culpa. Sino aprovecharla cuando esta es racional y proporcionada, así como también interpretarla cuando es irracional. En todo caso, algo puede revelar un sentimiento tan humano como este. Cada vez más sueño con que en diferentes procesos terapéuticos y relaciones de ayuda en salud, en la intervención social, en el ámbito educativo y en el trabajo en equipo, entre la variable perdón como variable terapéutica, como objetivo saludable de sanación y reparación.

Pero el perdón no es un mero ejercicio voluntarista. Y menos algo que debamos hacer porque alguien nos lo manda con tono imperativo: «Hay que perdonar». Ante este tipo de indicaciones, sugerencias u órdenes solemos responder defendiéndonos o devaluando aún más el significado del perdón. No falta quien se resiste ante el solo pensamiento de un posible ejercicio de perdón, porque piensa que significa olvidar la ofensa, o negarla, o renunciar a los propios derechos. Hay también quien cree que el perdón es «dis-culpar» (quitar la culpa real de quien ha ofendido) o que se trata de abandonar el miedo a que se pueda reproducir el daño, o convertir un mal en un bien sin más.

Sanarse el corazón herido

El genuino perdón es una particular liberación de un prisionero del rencor, del resentimiento, de la ira, que es uno mismo, el que perdona. Cuando se es capaz de dinamizar esta forma de intenso amor que regala y excusa hasta lo que se vive como algo que no tiene disculpa, se realiza una experiencia de sanación interna.

Las paradojas del perdón son que, siendo fácil, no siempre está disponible; que siendo liberador para el ofensor, libera más aún al ofendido; que siendo vital, a veces nos da miedo; que siendo ligero, a veces pesa mucho; que a la vez que misterioso y profundo es cotidiano; que siendo tan divino es también genuinamente humano.

El que se dispone a perdonar decide antes no vengarse, aprende de sí mismo y de la propia vulnerabilidad y limitación, renueva los ojos y mira de una forma nueva, alcanza a valorar al ofensor y se llena de entrañas de misericordia, permitiéndose a sí mismo ir más allá del dolor producido por la ofensa, sin negar su realidad y su intensidad.

Perdonar es un proceso. En los últimos años, diferentes autores hablan de pasos que se requieren dar para realizar el camino hacia el genuino perdón[13]. Más allá de que este camino se describa en cinco, siente o doce etapas, lo importante es la tarea que comporta.

Efectivamente, no hay perdón sin decisión de no vengarse y hacer que cesen los gestos ofensivos. Como no lo hay tampoco sin reconocer la herida como tal, dando espacio a revivir la ofensa (sin negarla ni ampliarla). Muchas veces necesitamos también compartir con alguien el daño sufrido en términos de desahogo y sana verbalización del mundo interior, aceptando la cólera y el deseo de venganza.

En el fondo, el perdón comporta también la aceptación de lo que se ha perdido

con ocasión de la ofensa, la identificación de la parte con la que uno mismo ha contribuido al sufrimiento tras ser ofendido, y esto abre paso a un extraño requisito: perdonar comporta también perdonarse a sí mismo, en cuanto que el daño recibido ha generado reacciones que pueden haber desencadenado nuevos daños a uno mismo o al ofensor. Así de claro, perdonarse antes de perdonar. «El perdón cae como lluvia suave desde el cielo a la tierra. Es dos veces bendito; bendice al que lo da y al que lo recibe», dice William Shakespeare.

Y un ejercicio mental, afectivo, actitudinal, será imprescindible: comprender al ofensor. No justificarle, sino comprenderle. Es obvio que, si nos pusiéramos en su lugar, si conociéramos sus antecedentes, si nos convirtiéramos –después de fiscales– en abogados defensores del agresor, las cosas cambiarían radicalmente. Sabemos, con Terencio, que «nada humano me es ajeno». No nos resultan extraños los dinamismos que han provocado en el que nos ha dañado las reacciones de las que se trate.

Y no viene mal, como por otro lado es obvio, distinguir entre perdonar y reconciliarse. Perdonar es cosa de uno, reconciliarse es cosa de dos. El acompañamiento al enfermo en la visita puede ser muy útil en este sentido: ayudar a perdonar, aunque la reconciliación no sea deseada o posible (el ofensor puede haber muerto incluso).

En efecto, uno puede alcanzar y desear perdonar, pero no reconstruir con la misma intensidad –o quizá no esté dispuesto el ofensor– la relación previa. El perdón no puede exigir garantía de no repetición ni puede poner como condición que el otro cambie. Es deseable, es justo, pero, si esto fuera requisito, no habría espacio para el perdón, porque no somos dueños de la libertad y de la limitación ajena. El que es incapaz de perdonar es incapaz de amar, decía Martin Luther King.

Y como todas las cosas grandes e importantes para el ser humano se ha de celebrar. El perdón requiere ser celebrado. De la manera que sea, pero el mundo de los símbolos, de la expresión de la alegría producida por el bien que uno realiza y la liberación que experimenta bien merece alguna expresión celebrativa. Lo que no se celebra tiende a desvanecerse, a perder la hondura de su significado.

Recuperar este dinamismo

Al acompañar a los enfermos en las visitas me hago cada vez más consciente de que las relaciones de ayuda tienen ante sí el reto de incluir este dinamismo sanador entre sus objetivos fundamentales. El que perdona se libera y libera de

la culpa. No se trata, pues, de eliminar en primera instancia el sentimiento de culpa, sino de realizar un proceso sanador del corazón oprimido por el rencor y por el daño recibido, y de permitir un espacio de salud relacional compatible con la enfermedad del paciente.

Quizá sería bueno escuchar a Teresa de Calcuta. Decía: «El perdón es una decisión, no un sentimiento, porque cuando perdonamos no sentimos más la ofensa, no sentimos más rencor. Perdona, que perdonando tendrás en paz tu alma y la tendrá el que te ofendió».

La visita al enfermo puede ser saludable si es mediadora de este dinamismo que encarcela, y en ocasiones, de no producirse, la experiencia genera más sufrimiento que la misma enfermedad.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Reforzar sentimientos de culpa en el paciente.
- Intentar evitar todo sentimiento de culpa en el paciente.
- Exhortar reiteradamente al perdón y a la reconciliación por la fuerza de la sola voluntad.

Buenas prácticas

- Acompañar en el proceso de sanación del corazón con paciencia y respetando los ritmos del perdón que no son inmediatos.
- Reforzar la idea de que el perdón libera a quien perdona de una cárcel y un sentimiento de rencor que hace mal.
- Acompañar en clave de salud integral, conscientes de que perdonar no solo es una cuestión moral, sino también beneficiosa para la salud, aunque la reconciliación no se alcance, no se desee o no sea oportuna o posible.

[12] L. Sandrin, *Perdón y reconciliación*. Madrid, PPC, 2014.

[13] J. Mombourquette, *Cómo perdonar*. Santander, Sal Terrae, 1995.

15

¿CÓMO LO VAS A CELEBRAR?

La vida es un hospital donde cada enfermo
está poseído por el deseo de cambiar de cama.
CHARLES BAUDELAIRE

Esta es una pregunta que el coaching dialógico que estudié proponía entre la batería de preguntas apropiadas para acompañar a una persona a desarrollar al máximo sus potencialidades y alcanzar sus retos personales con la ayuda de un coach («entrenador», para entendernos): ¿cómo lo vas a celebrar? ¿Será que si no se programa la celebración, el reto atrae con menos intensidad? ¿Será que, si no se celebra, no se ha terminado el círculo de un proceso de trabajo de desarrollo personal? En las diferentes formas de relación de ayuda, la dimensión celebrativa ha de ocupar su lugar.

No me refiero aquí a las celebraciones rituales que el enfermo puede realizar también en el hospital o en su domicilio, aunque esté enfermo, como su cumpleaños u otros eventos que se den cita en el tiempo de enfermedad. Me quiero referir más bien a la visita que ayuda a vivir la dimensión celebrativa de la vida. La vida se celebra y, en cristiano, también la cara oscura de la misma se celebra.

Pero, ¿qué es celebrar?

Cuando se habla de celebración tendemos a imaginar fiestas alegres, movidas, en las que se olvidan por un momento las dificultades de la vida, metiéndonos en una atmósfera de música, baile, bebidas y conversaciones agradables.

Sin embargo, celebrar es mucho más que esto. La celebración, como escribía Henri Nouwe[14], es posible solo donde amor y temor, alegría y dolor, sonrisas y lágrimas, puedan coexistir. Celebración es aceptación de la vida en la conciencia cada vez más clara de su preciosidad, y la vida es preciosa, valiosa, no solo porque se puede ver, tocar y gustar, sino también porque un día ya no la tendremos. En la celebración confluyen de modo armónico las tres dimensiones del tiempo: el pasado, que se recapitula, se recuerda, se hace vivo en el presente, y el futuro al que se proyecta y que se espera. Esta estructura consciente de la historicidad supone vivir sanamente lo celebrado, ya sea positivo o negativo, y por tanto invita a acompañar a quien se encuentra envuelto por tales misterios.

Así, el conocido poeta Rilke, no intentando sustraerse a la amenaza de lo terrible, sino afirmándolo y traduciéndolo, escribe:

Di, poeta, ¿qué haces tú? –Yo celebro.

Pero lo mortífero y lo prodigioso,
¿cómo lo resistes, cómo lo soportas? –Yo celebro.
Pero lo sin nombre, lo anónimo,
¿cómo lo llamas, poeta, no obstante? –Yo celebro...
¿Y por qué la quietud y la impetuosidad,
como la estrella y la tormenta, te conocen? –Porque yo celebro.

Ayudar a celebrar

No creo que estemos en crisis de celebraciones. En un país de Centroamérica me contaban cómo cuando llegan las remesas de dólares de los emigrantes, que trabajan y mantienen así a la familia, nada más recibirlo, muchas personas van a celebrarlo al restaurante, con la paradoja también de gastar con cierta frecuencia la mitad de lo recibido para vivir después en la precariedad, y olvidando quizá cuánto ha costado en el país lejano ganar ese dinero.

No faltan tendencias, pues, que invitan hoy a celebrarlo todo, incluso desproporcionadamente en cuanto a recursos y formas. Recuerdo también el cartel de un restaurante donde se anunciaba: «Se celebran separaciones y divorcios».

¿Será que todo hay que celebrarlo? ¿Podrá estar inflacionada la celebración? ¿O solo algunas, mientras que otras han caído en el desuso? Escuchaba también recientemente una buena conferencia sobre el perdón desde el punto de vista psico-espiritual. La conferenciante afirmaba: «Lo que no se celebra se desvanece». Sí, se refería al perdón, aunque no alcance la categoría de reconciliación o la naturaleza de celebración religiosa.

Creo que hemos de acompañar en el sufrimiento a celebrar sanamente. Y acompañar en el éxito a que las celebraciones no sean tan superficiales que se conviertan en embrión de sufrimientos posteriores.

La sana celebración tiene mucho que ver con el mundo simbólico. Esta palabra proviene de la tradición en la que se utilizaba una tablilla de recuerdo que el anfitrión regalaba a su huésped como signo de hospitalidad y que rompía en dos. Conservaba una mitad y regalaba la otra al huésped, para que, si al cabo de un tiempo volvía a la casa un descendiente, pudieran reconocerse juntando las dos partes. Etimológicamente, pues, *symbolon* viene de *syn* y *ballein*, donde el prefijo *syn* significa «con» y *ballein* es un verbo que significa «arrojar». El *symbolon* tiene el significado de reunir, algo que pone en conexión o comunica dos partes para (com)partir.

En las relaciones de ayuda, un objetivo importante consiste en acompañar a unir lo separado, a simbolizar lo que no puede ser expresado siempre con

palabras, a condensar significados profundos en partes que se juntan. En este sentido, los ritos hacen un particular uso de los símbolos, porque ayudan a conectar mundos interiores, relaciones entre personas, significados que el corazón comprende con su razón mejor que la razón intelectiva. Así, «¿cómo lo vas a celebrar?» parece una pregunta adecuada para momentos significativos de la vida de las personas, incluso un objetivo de la visita al enfermo. Acompañar a celebrar.

¿Celebrar la dimensión negativa?

Pero, ¿también la dimensión negativa se celebra? La experiencia nos dice, por ejemplo, que la dimensión simbólico-celebrativa es de particular importancia al final de la vida. La tradición ha sido sabia a la hora de ritualizar el acompañamiento a los enfermos avanzados y al final de la vida, y a los que viven el duelo, si bien hoy es frecuente la pérdida de los ritos y la no sustitución por otros elementos cargados de contenido válido para acompañar a vivir sanamente en medio de las dificultades.

Sí, podemos hablar incluso de *celebrar la muerte*. Quizá esto significa aceptarla como un misterio que nos llama a vivir en comunión, que afecta a diferentes partes de la sociedad, que se pueden unir *simbólicamente* en torno al misterio. Sería, pues, algo así como concelebrar el misterio de la vida que llega a su fin y que está invadida por el amor.

Este es el contenido de quienes, en la fragilidad de la enfermedad, deciden celebrar el sacramento de la unción (antigua y desgraciadamente llamada extremaunción). Un visitante puede promover esta celebración con el tacto de saber cuándo lo hace y a quién se lo propone. Celebrar la unción en familia, con los cuidadores –también profesionales, si los hay–, puede ser un momento extraordinario de poner en valor la sacramentalidad difusa en todo acto de cuidado. En la fragilidad te ungimos con aceite para expresar la fortaleza que los creyentes encontramos en Dios. Él sigue estando presente en la debilidad, y lo expresamos simbólicamente. Celebrada con decoro suele ser una vivencia saludable que hace bien al corazón y a las relaciones.

Con relación al duelo, Louis-Vincent Thomas[15] dice: «El hombre se define como un animal que practica ritos funerarios», porque el rito existe para dar sentido a lo que nos sucede, sentido tanto a nuestra propia muerte como a la muerte del otro. El rito es lo propio del ser humano. Su ausencia es una ausencia de humanidad.

Y el rito, por muy creativo que quiera ser, habría que pensarlo más personalizado que innovador. Porque el ritual, por definición, determina minuciosamente el tiempo, lugar, personas, actuaciones, palabras, gestos, objetos con los que rodear una experiencia importante que la persona vive comunitariamente. El rito es una celebración que se repite de la misma forma, siguiendo unas normas más o menos rígidas.

Domenico Cieri escribía: «Advertir la vida mientras se vive, alcanzar a vislumbrar su implacable grandeza, disfrutar del tiempo y de las personas que lo habitan, celebrar la vida y el sueño de vivir, ese es su arte». El que visita al enfermo puede ser un artista que, junto con él, hacen una obra de arte celebrando.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Buscar que el enfermo participe sin su deseo en celebraciones que no desea por falta de energía.
- Impedir al enfermo la participación en celebraciones tristes para ahorrarle sufrimiento.
- No dejar al enfermo participar en momentos celebrativos «porque no se entera».

Buenas prácticas

- Provocar las celebraciones deseadas por el enfermo, aunque esté limitado en algo: deambulación, nivel cognitivo, tiempo de participación...
- Fomentar la celebración de los logros en el proceso de recuperación o de rehabilitación.
- Hacer uso de símbolos que recojan significados positivos de aspectos que se quieren celebrar.
- Si el paciente reúne el perfil y es el momento adecuado, el visitador puede proponer la celebración, preparada adecuadamente, del sacramento de la unción, así como otras oraciones apropiadas al momento.

[14] H. J. M. Nouwen, *Ministero creativo*. Brescia, Queriniana, 1981, pp. 100-101 (ed. española: *Un ministerio creativo*. Madrid, PPC, [2]2000).

[15] L.-V. Thomas, *Antropología de la muerte*. México, FCE, 1983.

CUARTA PARTE

LA VISITA AL ENFERMO EN SITUACIONES ESPECIALES

Si visitar al enfermo en general es un arte, y ha de ser el resultado de un artesano, lo es más en algunas circunstancias especiales en las que la vulnerabilidad pone a prueba nuestra capacidad de comunicación. Es el caso de los enfermos con deterioro cognitivo, como por ejemplo de tipo alzhéimer, así como visitar a una persona y su familia cuando el enfermo se encuentra en los últimos días u horas. No es menos difícil acompañar en el duelo, donde la visita nos pone –como también al final de la vida– ante el hecho de la muerte que nuestra cultura aún niega en muy buena medida.

No sé por qué no nos enseñan en la escuela algún tipo de alfabetización relacional para el manejo de estas situaciones, porque, en efecto, antes o después nos tocan a todos, y con mucha frecuencia el sentimiento de impotencia, de malestar situacional, de absurdo… nos lleva a repetir una y mil veces los estereotipos que hemos aprendido por ósmosis. No son el resultado de una atenta escucha ni de un genuino interés por las necesidades del visitado, sino que con mucha frecuencia son las frases que más fáciles nos resultan a los visitadores.

No hay recetas, estamos de acuerdo, pero sí hay indicaciones que nos pueden ayudar a vivir saludablemente estos momentos embarazosos y a desplegar las posibilidades existentes, aunque limitadas en relación con la complejidad de las situaciones.

La visita será el resultado no solo de las capacidades del visitante, sino también de la situación concreta y reacciones, con frecuencia imprevisibles, de la persona visitada. Centrarse en la persona será siempre un desafío para ser lo suficientemente habilidoso como para acompañar sin molestar y ser buen caminante que, en el sufrimiento, se convierte en fármaco y no en elemento discordante o en sufrimiento añadido.

Hay pacientes en general, y en situaciones críticas en particular, que agradecen la visita y lo muestran (como también los familiares). Según Cicerón, «la gratitud no es solo la más grande de las virtudes, sino la madre de todas las demás». Pero también hay pacientes que sufren las visitas, o a los que les incomodan, o aumentan su ansiedad, o provocan reacciones de desorientación, o les privan de la intimidad. Por eso habrá que estar muy atentos sencillamente a

que la visita sea oportuna, con todas sus implicaciones de horario, conversación, objetivo, proceso, duración, etc.

16

VISITAR AL ENFERMO DE ALZHÉIMER

¡Memoria! Te gusta engañarnos.
OLIVER GOLDSMITH

«No sé cómo hablarle ni si me comprende. A veces pierdo la paciencia. A veces tengo la sensación de que entiende lo que quiere. Me cuesta trabajo hablar con él, porque tampoco nos han enseñado, y me parece que estoy hablando con un niño. Otras veces siento vergüenza al comportarme así con él». Esta es una experiencia muy común entre cuidadores de enfermos de alzhéimer. Necesitamos estrategias para la comunicación.

En efecto, la visita al enfermo de alzhéimer entraña dificultades concretas[16]. La comunicación es la forma de relacionarnos las personas. Solemos distinguir entre niveles diferentes de comunicación: el racional, hecho especialmente de ideas, opiniones, pensamientos, creencias; y el emocional, hecho especialmente de sentimientos. Distinguimos también entre sistemas básicos de comunicación: la palabra y el lenguaje no verbal, hecho de gestos y de la expresión corporal.

Estos cuatro elementos hacen de la comunicación un sistema complejo de interacción e intercambio de información. Recibimos información que procesamos, almacenamos y transformamos para emitir respuestas. Este proceso se produce de forma bidireccional e interactiva.

Cuando nos comunicamos con la persona con alzhéimer, como con todo ser humano, creamos un vínculo afectivo que le transmite estima y consideración. Reconocemos su existencia. Mediante la palabra, los gestos, el contacto físico, etc., el enfermo es reconocido y valorado. Es un tipo de «caricia» que sale al paso del riesgo del aislamiento y abandono que viven algunos de estos enfermos con deterioro cognitivo.

La comunicación con el enfermo de alzhéimer

Este es un reto muy concreto: ¿cómo hablar con el enfermo de alzhéimer en la visita? La comunicación queda alterada por la demencia[17]. Como es sabido, se produce pérdida de memoria, dificultad para procesar información, déficit de atención y concentración, deterioro de funciones específicas del lenguaje, pérdida del control motor, que afecta al habla y la voz…

En la comunicación con las personas con demencia encontramos diferentes

problemas que conviene tener en consideración. Entre ellos señalamos que los enfermos[18] tienen dificultad para expresarse y para comprender, olvidan rápidamente lo que se les dice, repiten lo mismo una y otra vez, cuentan historias que no tienen lógica, pueden no recordar los nombres de los familiares ni saber quiénes son estos, pueden describir un objeto, pero no saber su nombre; dicen que han comprendido lo que le piden, pero no lo hacen, etc.

Estas son algunas dificultades que ponen a prueba la capacidad de relacionarse con las personas con alzhéimer u otras demencias. Algunos autores señalan diferentes estadios en el deterioro de la comunicación.

En el inicio, los déficits se perciben especialmente en la dificultad para nombrar objetos y en la falta de fluidez al «encontrar» los nombres de las cosas. De ahí que sea importante repetir las ideas, no utilizar el humor –que es difícil de comprender como tal–, utilizar circunloquios para explicar el mismo tema más veces.

En un segundo momento, las dificultades más frecuentes suelen ser la tendencia a confundir conceptos, objetos, a perder detalles, a utilizar un vocabulario reducido, así como la disminución de la comprensión del lenguaje tanto escrito como oral y la capacidad de relatar hechos.

En un tercer estadio, las características de la comunicación suelen ser la pérdida de las habilidades de comunicación en grado severo. El paciente fragmenta las fases, padece anomia (desconocimiento del nombre de las cosas y personas), usa frases sin significado, es incapaz de producir secuencias de conceptos relacionados, no comprende nueva información, etc.

Las alteraciones en la comunicación suelen ir acompañadas de trastornos de conducta, tales como irritabilidad, hostilidad, deambulación, agitación, etc. Ello complica la relación y cuidado del enfermo de alzhéimer, produciendo en el cuidador sentimientos de inseguridad, impotencia, desesperanza…

Cómo comunicarse bien

Sin duda no es lo mismo comunicarse en las primeras fases de la enfermedad que en fases más avanzadas en una visita al enfermo de alzhéimer. Una buena comunicación favorece la relación y facilita las tareas de cuidado.

En los primeros momentos, la persona puede utilizar mecanismos de defensa o estrategias de afrontamiento que en principio le ayudan a enfrentarse a la enfermedad; pero, si se instauran en el tiempo, pueden llevarle a sentimientos de frustración o de tristeza. Una buena comunicación contribuirá a que estos

mecanismos de defensa constituyan útiles estrategias de afrontamiento y no se mantengan más de lo que saludablemente ayuda.

Entre los mecanismos de defensa más comunes que nos encontramos al principio está la negación. No es infrecuente que las personas no admitan lo que les está ocurriendo y actúen como si nada sucediese, negándose a ser ayudados.

Otras veces la persona se defiende mediante el aislamiento. Algunos adoptan este mecanismo para evitar, y al mismo tiempo esconder, sus problemas, eluden las relaciones con los familiares y personas que les rodean. Se aíslan e incomunican, reduciendo de esta forma las situaciones conflictivas.

Otros se protegen mediante el mecanismo de la regresión, utilizando estrategias y comportamientos que les fueron útiles en el pasado, pudiendo aparecer de nuevo comportamientos infantiles.

Algunas estrategias para mejorar la relación con las personas que adoptan estos mecanismos de defensa consisten en mantener con ellos una actitud de comprensión y paciencia. Es fácil decirlo, pero es obvio que ayuda permitir que expresen sus sentimientos, cualesquiera que sean, escuchando atentamente. No suele ayudar utilizar expresiones de crítica o de menosprecio ni dar consejos o soluciones rápidas. Es más útil manifestar interés por mejorar su estado sin negar sus sentimientos.

Se consigue fomentar la autonomía tanto más cuanto mejor se utilicen algunas claves en la relación, entre las cuales es importante hablar en positivo. Conviene reforzar y estimular conductas autónomas, en la medida de sus capacidades, como vestirse, andar, comer, hablar, etc. Suele ayudar la actitud de elogio y refuerzo, diciendo abundantemente lo que está bien, apoyándolo mediante expresiones corporales, mediante lenguaje no verbal: mirar más tiempo, tocarle...

Una buena comunicación, además, ayuda a la comprensión de las actividades y comportamientos que se le piden, facilitando la adherencia a las indicaciones ofrecidas para mejorar su estado o salir al paso de sus dificultades.

La comunicación, en fin, es la mejor herramienta para estimular las capacidades y habilidades que todavía se mantienen: memoria, atención, orientación, lenguaje.

Claves para comunicarse con personas con demencia

En la comunicación en general, pero en particular en la relación con los enfermos de alzhéimer, la comunicación no verbal tiene una importancia capital.

Los gestos, la postura física, las expresiones del rostro, el contacto visual, la sonrisa, el contacto físico, refuerzan enormemente la comunicación verbal y, en muchos casos, la pueden sustituir por completo.

Conforme el deterioro cognitivo avanza, la capacidad para comprender el lenguaje verbal y el discurso lógico disminuye. Descifrar los mensajes del habla se vuelve más dificultoso. Por eso, el lenguaje de los gestos, las miradas y las caricias puede expresar mejor los deseos y sentimientos.

Algunos autores han desarrollado indicaciones precisas para la relación entre el enfermo y el cuidador[19], que presentamos a continuación:

1. El enfermo, cuando habla, puede tener dificultad para encontrar las palabras y denominar objetos familiares o personas. Una estrategia útil consiste en pedirle que las señale con el dedo y entonces nombrarlas el cuidador en su lugar.
2. En ocasiones, el enfermo utiliza frases entrecortadas o largas exposiciones contradictorias (circunloquios). Si el cuidador ha comprendido algún significado, algún sentimiento o algún mensaje, resulta útil devolvérselo de una forma clara y sencilla.
3. Cuando el paciente invente palabras o sustituya una por otra, no está indicado corregirle sistemáticamente, sino más bien comprobar que el enfermo está comprendiendo lo que se quiere comunicar.
4. A veces el enfermo necesita tiempo para terminar la frase o contestar a una pregunta. Repetir las dos o tres últimas palabras que ha dicho puede ayudarle a continuar, con la paciencia necesaria en este tipo de situaciones.
5. Para captar la atención y proporcionar seguridad es importante sonreír, así como tomar del brazo y llamar por su nombre, situándose frente a él y hablando despacio.
6. El tono de voz medio moderado favorece la relación que se ha de establecer, hablando con el enfermo como se habla a un adulto. Conviene evitar la tendencia a utilizar la palabra «nosotros» cuando, por ejemplo, decimos: «Parece que hoy tenemos buen aspecto». A menos que se quiera decir realmente «nosotros», no es conveniente utilizarlo, siendo preferible personalizar y utilizar frases como «tienes un buen aspecto».
7. Utilizar frases cortas y sencillas es preferible, así como el empleo de palabras familiares y conocidas. Las explicaciones largas suelen provocar confusión. Del mismo modo, es importante hablar lenta y claramente, articulando bien, no utilizando argot, ni palabras que no entiendan, ni lenguaje figurado.
8. Es preferible decir al paciente lo que debe hacer y no lo que no debe hacer. De este modo entenderá mejor qué acción debe realizar. Así, por ejemplo, es preferible decirle: «Pon las manos en la mesa», que: «No muevas las manos».
9. Conviene hacer preguntas sencillas, evitando las preguntas cuando la enfermedad se encuentre en un estado avanzado. Pero, si ha de hacerse, es oportuno limitar las

alternativas de respuesta mediante preguntas cerradas, ya que estas provocan la respuesta sencilla sí o no. Por ejemplo, es más correcto preguntar: «¿Quieres una manzana?», que: «¿Qué fruta quieres?». Una pregunta difícil de responder, por ejemplo, es: «¿Qué quieres hacer?».

10. Por obvio que pueda parecer, es importante mantener la calma. La relación con los enfermos de alzhéimer puede producir rabia y tensión, pudiendo llevar a perder el control. Acercarse lentamente y de frente, prestar atención a nuestros gestos y movimientos para evitar reacciones bruscas e imprevistas puede ahorrar conflictos generados por una respuesta de impaciencia o agresividad. En situaciones en que la persona mayor parezca preocupada y tensa, el cuidador debe responder con calma, acompañando las palabras con una sonrisa y tocando a la persona para tranquilizarla.
11. Resulta útil hablar a los pacientes de lo que están haciendo, así como informarles de todo lo que van a hacer, para reducir la ansiedad, respondiendo a las variables: cómo, con quién, dónde, aunque parezca ridículo hacerlo.
12. Una clave más viene dada por intentar evitar la confusión. A ello contribuye, entre otras cosas, evitar cortes bruscos en la conversación, como podría ser, por ejemplo, una intervención del tipo: «¡No, hoy no es martes!».
13. Con frecuencia se utiliza la expresión «¿no te acuerdas?». Lo indicado es eliminarla en la relación con el enfermo de alzhéimer, que, debido a la enfermedad, va perdiendo la memoria y le será muy difícil recordar acontecimientos recientes. Cuando caiga en la cuenta de que efectivamente no recuerda, se sentirá frustrado. Asimismo, si utilizamos expresiones como «¿cuándo hiciste...?» o «¿cuánto tiempo hace que...?», provocará tristeza y confusión en el enfermo si no recuerda.
14. Dado que el enfermo va perdiendo la capacidad de razonar, es necesario evitar aplicar la lógica y los razonamientos complejos. La capacidad de interpretar y razonar los acontecimientos que suceden a su alrededor disminuye con el paso del tiempo, por lo que el paciente se comporta siguiendo su propia lógica –no tanto racional– y realizando acciones de difícil comprensión para los cuidadores. A veces puede ser conveniente seguir la realidad que vive el enfermo, aunque realice comportamientos extraños e incomprensibles, manteniendo la calma y centrando la atención sobre aquello que parece estar teniendo interés o siendo agradable para él, transmitiendo así seguridad y confianza

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Preguntar al enfermo de alzhéimer si nos conoce y si sabe quiénes somos.
- Preguntar al enfermo cosas que ya sabemos, como para ponerle a prueba.
- Reñir al paciente por lo que hace y reiterarle que ya le hemos dicho que eso no está bien.

Buenas prácticas

- Intentar cambiar de tema cuando el enfermo sufre delirios o alucinaciones, llevándole a otros temas confortables y significativos para él, sin argumentar sobre el contenido de la alucinación.
- Llamar a la persona por su nombre y presentarse con el propio: «Buenos días, Juana, soy Andrés, que vengo a verte y acompañarte un rato».
- Afirmar con palabras lo que hacemos mientras le ayudamos: «Estamos empezando el baño que a ti tanto te gusta, con agua caliente...».

[16] Sobre este tema escribí un libro y hablé con más amplitud en J. C. Bermejo, *Mi ser querido tiene alzhéimer. Cómo poner el corazón en las manos*. Santander, Sal Terrae, 2010.

[17] M. I. Fernández de Trocóniz / I. Montorio Cerrato, *Intervención psicológica en la vejez*. Madrid, Síntesis, 1999, p. 187.

[18] M. I. Fernández de Trocóniz, *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares* I. Madrid, IMSERSO, 1997, pp. 63-67.

[19] J. Selmes / M. A. Selmes, *Vivir con la enfermedad de Alzheimer. Guía práctica para los cuidadores, los familiares y para todos aquellos que estén cercanos a una persona afectada por la enfermedad de Alzheimer*. Madrid, MEDITOR, 1996, pp 140-146.

17

VISITAR AL ENFERMO AL FINAL DE LA VIDA

Quien es feliz no mira los relojes.
Son los relojes los que miran a quien es feliz.
EVGENI EVTUCHENKO

Una de las situaciones más críticas para un visitante, mucho más para un familiar, es acompañar a un ser querido en los últimos días, y en particular en las últimas horas. Pueden ser cruciales para el que fallece en términos de cierre. Pueden ser penosas, porque es abandonado por una incapacidad de comunicar verbalmente y quizá oyente del silencio o de palabras inoportunas. Pueden ser momentos sin consciencia, pero críticos para los seres queridos, que, no sabiendo cómo comportarse, a veces están lejos de la cama, de pie, como invitados de piedra.

Una vez más hemos de decir que no nos enseñaron. No hablamos de esto en la escuela, en la televisión. Quizá tampoco en los libros encontramos estrategias «puestas al día». Sí, porque hubo manuales que indicaban con detalle cómo comportarse y qué decir en estos momentos en términos creyentes o rituales de «recomendación del alma», que recogían jaculatorias y oraciones para ocupar el tiempo de la agonía y para expresar en términos de fe algunos contenidos de la esperanza. Creo que podemos decir que se quedaron viejos, y de algunas de estas costumbres podríamos afirmar que afortunadamente se han perdido, porque tenían sabor de patéticas. Exhortaciones a la conversión por el camino de la inoculación del miedo a una condena eterna no han faltado en la historia.

El escándalo del abandono relacional al final de la vida

Con mis palabras, en ocasiones he afirmado que se puede vivir una muerte biográfica antes que una muerte biológica, que se puede dar por muerta socialmente a una persona antes de que se muera biológicamente. Es así, a mi juicio, cuando no somos capaces de entablar relaciones auténticas, en la medida que la conciencia lo permita, y relaciones con códigos de expresión adecuados cuando la conciencia no lo permite.

Tolstoi lo recoge en el conocido libro *La muerte de Iván Ilich*, en el que se presenta de manera elegante el drama del pacto de silencio entablado en torno al morir, a excepción del criado, que consigue mantener una relación saludable en

clave de gran sencillez y sin mentir sobre lo que, en el fondo, todos saben: la proximidad de su muerte.

Algunos párrafos de esta obra de arte expresan estupendamente la situación que viven muchos enfermos al final:

> Iván Ilich veía que se estaba muriendo y se encontraba sumido en constante desesperación.
>
> En el fondo de su alma lo sabía, pero no solo no se había habituado a la idea, sino que, simplemente, no lo comprendía, le era imposible comprenderlo.
>
> El ejemplo de silogismo que había estudiado en la Lógica de Kizevérter: Cayo es hombre, los hombres son mortales, luego Cayo es mortal, le pareció toda su vida correcto con relación a Cayo, pero no con relación a sí mismo. Se trataba de Cayo como hombre en general, y eso resultaba totalmente justo; pero él no era Cayo ni hombre en general, sino que siempre fue un ser distinto por completo del resto: él había sido Vania con mamá y papá, con Mitia y Volodia, con los juguetes y el cochero, con las niñeras, y luego con Kátenka, con todos los entusiasmos, alegrías y dolores de la infancia, la adolescencia y la juventud. ¿Es que para Cayo existió aquel olor de la pelota de cuero que tanto agradaba a Vani? ¿Es que Cayo había besado así la mano de su madre y es que para él había crujido así la seda de los pliegues del vestido de su madre? ¿Es que había organizado un motín en la Escuela de Jurisprudencia a causa de ciertos pasteles? ¿Es que Cayo había estado enamorado como él? ¿Es que Cayo pudo presidir una reunión como él lo hacía?
>
> Cayo era mortal; en efecto, le correspondía morir, pero, en lo que a mí se refiere, a Vania, a Iván Ilich, con todos mis sentimientos e ideas, es algo distinto. No puede ser que deba morir. Esto sería demasiado horroroso. Tal era su estado de ánimo[20] .

Así es. El impacto de la proximidad de la muerte para uno mismo, cuando conservamos la consciencia, nos sitúa ante una verdad que se impone con una fuerza indescriptible, o que nos da un golpe que fuimos capaces de pensar durante nuestra vida que a nosotros no nos llegaría.

Iván Ilich vivía en medio de la mentira, como tantos enfermos al final de la vida, especialmente en la cultura latina. Solo se sentía bien con su criado Guerásim. Así lo presenta Tolstoi:

> Por ello Iván Ilich solo se sentía bien con Guerásim. Se sentía bien cuando este, a veces durante noches enteras, le sostenía las piernas y no quería irse a dormir, diciendo: «No se preocupe, Iván Ilich, dormiré más tarde». O cuando de pronto, pasando al tuteo, añadía: «Si no estuvieras enfermo… ¿Por qué no he de atenderte?». Guerásim era el único que no mentía, todo denotaba que era el único que se daba cuenta de las cosas y no deseaba ocultarlo, y que sentía lástima por el señor, que languidecía por momentos. Una vez se expresó abiertamente, cuando Iván Ilich quiso mandarlo a dormir:
>
> –Todos hemos de morir. ¿Por qué no he de tomarme esta molestia? –dijo, dando a entender que el trabajo no le significaba molestia alguna precisamente porque lo hacía para un moribundo y esperaba que, cuando a él le llegase la ocasión, habría otro que también lo haría.
>
> Además de esta mentira, o a consecuencia de ella, lo más doloroso para Iván Ilich era que nadie tuviese compasión de él, tal como habría querido: en algunas ocasiones, después de largos suplicios, lo que más deseaba, por mucho que le avergonzase reconocerlo, era que alguien lo tratase con cariño, como si fuese un niño enfermo. Quería que le hiciesen caricias, le besasen y llorasen con él como se acaricia y consuela a los niños. Sabía que era un grave personaje de barba entrecana, y por eso era imposible, pero, a pesar de todo, sentía esos deseos. En las relaciones con Guerásim había algo que se le asemejaba, y por eso estas relaciones le significaban un consuelo.

> Iván Ilich sentía deseos de lamentarse, de que lo tratasen con cariño, de que llorasen por él; pero llegaba un compañero, Shébek, y él, en vez de llorar y de solicitar una caricia, ponía una cara seria, severa, pensativa, y por inercia manifestaba su opinión sobre el sentido de una sentencia de casación e insistía en defenderla. Esta mentira a su alrededor y en él mismo era lo que más envenenaba los últimos días de la vida de Iván Ilich[21].

Cómo comunicarse con el enfermo al final

Quizá podemos ser tan sencillos que parezcamos ridículos. Pero es claro que el juego de las mentiras, el pacto de silencio cuando no hay justificación, para que no haya evidencia de que es adaptativo para el propio paciente, es inmoral. La clave más importante, pues, para la visita al enfermo al final de la vida es la sencillez y la claridad. Estar atento a lo que el paciente necesita para no sufrir, a los mensajes que quiere transmitir por el canal de comunicación que sea, atender mucho al confort físico y emocional, intentando eliminar todo síntoma que produzca displacer, habrá de ser una clara prioridad en la relación.

Hay situaciones en las que el paciente se puede comunicar verbalmente. Es el momento de decirse adiós, con las palabras y gestos que salgan del corazón. Parece propio del decirse adiós conjugar algunos otros verbos como agradecer, perdonar, pedirse perdón, preguntar por los sentimientos, por los deseos. Así de sencillo. Como parece propio también expresarse el amor explícitamente: «Te quiero», «te he querido mucho», pueden ser las expresiones más sencillas y hermosas que las personas que se quieren se digan al final, quizá entre largos silencios, quizá entre sollozos. No está prohibido llorar delante del que se encuentra al final de la vida. No.

En estas circunstancias tan especiales es obvio que muchas palabras sobran. No es el momento de los discursos. Adquiere una particular relevancia el lenguaje no verbal. Nunca insistiremos lo suficiente al hablar de la importancia de la cercanía física, de la mano cogida, de la caricia sincera y entrañable, de la oración en sintonía con la experiencia del paciente y familia (la más sencilla posible). No es menos importante la ritualización de lo que se está viviendo. Lo que en otros tiempos pudiera haber tenido tonos casi macabros no es todo descartable. Los ritos salen al paso de momentos en los que el lenguaje puramente racional se queda corto. Por eso el desfile de las personas más queridas que besan, abrazan, susurran una frase o la expresión de un sentimiento –quizá reiterado– de los seres queridos puede ser oportuno. También a esto puede ayudar la visita de una persona que no pertenece a la familia, porque puede contribuir a desbloquear la situación tensa que se genera en el corazón y que a veces paraliza a los familiares.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Mentir sobre el diagnóstico o el pronóstico, aunque se argumente por razones de evitar sufrimiento.
- Disimular la gravedad de la situación.
- Esconderse para llorar y disimular que no pasa nada.

Buenas prácticas

- Explorar lo que el paciente desea saber, lo que sabe, de lo que quiere hablar, si tiene algún asunto pendiente.
- Mantener la verdad como criterio: hablar en verdad, aunque no se hable de la verdad del diagnóstico o pronóstico.
- Asegurar siempre apoyo, aunque la esperanza de la curación ya no exista, y mostrar cercanía física y expresión de sentimientos. Despedirse con sencillez.

[20] L. TOLSTOI, *La muerte de Iván Ilich*. Madrid, Alba, 1999, pp. 58-59.

[21] *Ibid.*, pp. 67-68.

18

ACOMPAÑAR EN EL DUELO

Más vida se pierde a través del pensamiento que a través de una herida abierta.
THOMAS HARDY

No hace mucho escribí un libro titulado Duelo y espiritualidad[22]*. Quise mostrar que cada vez existen más iniciativas de acompañamiento en el duelo, pero a la vez pueden faltar recursos para ayudar a trabajar la dimensión espiritual. Como cristiano, religioso camilo, viviendo en Europa, no dudé en enfocar el tema desde la tradición cristiana, sin rechazar por ello cualquier otro recurso, creencia, costumbre, religión… con que cuenten los dolientes. En efecto, siento que el acompañamiento en el duelo es también objeto de la visita a personas que sufren, quizá porque han perdido a un ser querido después de un proceso de enfermedad, quizá por otros motivos.*

Aquel material lo escribí con temor y temblor, porque soy consciente de lo delicado que es tanto hablar del duelo (sobre todo dirigiéndose a dolientes, como he hecho con frecuencia en diferentes países) como hablar de la dimensión espiritual, y de la esperanza en particular, apostando porque lo que se dice o se escribe esté bien arraigado en el corazón y no sean meras palabras huecas que, dichas al doliente, puedan resultar campanas al aire. Ya había escrito otro material que está sirviendo realmente de ayuda a muchos dolientes y acompañantes, titulado *Estoy en duelo*[23], y que puede ser un buen regalo para una visita a quien se encuentra en duelo.

¿Estamos olvidando la espiritualidad?

Refiriéndose al final de la vida, De Hennezel y Leloup afirman algo extensible al acompañamiento en el duelo anticipado y *post mortem*: «Pertenezcamos o no a una religión, la preparación para acompañar a las personas que finalizan su vida debiera tomar en consideración la dimensión espiritual del ser humano. No solo no debiéramos avergonzarnos, sino que deberíamos saber que hay ahí una eficacia de otro orden, la eficacia del corazón».

Sin embargo, cada vez constato con más claridad el pudor y el temor que experimentan muchos profesionales y voluntarios para entrar en la dimensión espiritual en los procesos de ayuda en el duelo. Así también experimento ausente o demasiado poco considerada la dimensión espiritual en los modelos interpretativos y en las propuestas terapéuticas para intervenir en el duelo.

Es cierto que la clave fundamental de la visita al doliente es la de acompañar a hacer el proceso de elaboración del duelo, con sus tareas de aceptación de la

pérdida, expresión de los sentimientos, adaptación al mundo en que el ser querido ya no está, aprendizaje en el proceso de inversión de energía afectiva en nuevas relaciones, cultivo de la esperanza… Pero es cierto también que el mundo de los valores, del sentido, de la trascendencia, ha de ocupar un lugar adecuado.

El director de la unidad de duelo en Medellín, Jorge Montoya Carrasquilla, con quien he compartido estrategias e ideas en torno a la intervención en duelo, dice:

> En ninguna situación como en el duelo el dolor producido es total: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de los otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida, en su conjunto, duele.

Buscando evidencias

Ahora nos planteamos: ¿tiene que ver la dimensión espiritual y las necesidades espirituales con el duelo? ¿Es importante considerar esta dimensión en la visita al doliente? La respuesta no puede ser más que afirmativa.

En un estudio realizado por la Fundació Vidal i Barraquer, de Barcelona, sobre la espiritualidad, la religión y las creencias en torno a su posible ayuda en el duelo, la conclusión es diferenciada y la respuesta es que ayudan, sí, pero depende. A unos les resulta de gran ayuda, a otros no, y otros encuentran dificultades en esta dimensión. Para responder con más precisión, el estudio presenta una breve clasificación en función de si los participantes en él eran o no muy creyentes o practicantes. Tomo de estos autores su reflexión:

1) Un primer grupo lo forman aquellos que se consideran creyentes y/o practicantes, cuya fe, religiosidad, etc. manifiestan que sí les ayuda en el proceso de elaboración del duelo.
2) El segundo grupo lo forman aquellos que eran creyentes y/o practicantes, pero que, tras la experiencia del fallecimiento de un ser querido, presentan una tendencia a tener dificultades u oposiciones a la hora de creer en Dios, en la religión y en las prácticas. Son personas que no abandonan del todo su religiosidad, pero en las que se produce un cierto distanciamiento y una serie de planteamientos que pueden llevarles tiempo de maduración. Son, mayoritariamente, los que tienen una fe en un Dios que premia a los buenos y castiga a los malos, que es lo que aprendieron en el catecismo de pequeños.
3) El tercer grupo lo forman aquellos que habían dejado de ser creyentes y/o practicantes o que no lo habían sido nunca (menos personas) y que siguen manteniendo esta actitud, así como algunos a los que el fallecimiento de un familiar les supuso volver a la fe, a un reencuentro con Dios y con personas creyentes.

En todo caso es frecuente encontrar sentimientos de rabia dirigidos a Dios, así como cultivar sentimientos de esperanza de reencuentro y de que el ser querido

viva en el «cielo», en términos familiares para los cristianos, o alguna forma de supervivencia en la naturaleza o el cosmos.

Las creencias ayudan

Un trabajo de Joffe muestra cómo los credos religiosos estimulan la superación de las pérdidas de seres queridos por medio de la fe, la plegaria, la meditación, los rituales, las creencias sobre la vida y la muerte, buscando ayudar a los que sufren a superar su malestar y aumentar los sentimientos positivos y el bienestar psicológico, afectivo y espiritual. La autora refiere cómo Pargament y Koening (1997) tomaron la noción de Lazarus y Folkman (1986) de afrontamiento y desarrollaron el concepto de *afrontamiento religioso*, definiéndolo como aquel «tipo de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes, tanto como para facilitar la resolución de problemas».

En el afrontamiento religioso positivo incluyeron ítems tales como la apreciación de Dios como benevolente, la intención de colaborar con Dios, la búsqueda de una relación de mayor contacto con Dios, la búsqueda de apoyo espiritual por parte del grupo religioso y de los representantes del mismo, la confianza por entero en Dios, el ofrecer ayuda espiritual a otras personas, la purificación religiosa por medio de la plegaria, las oraciones y el pedir y otorgar perdón, entre otros más.

Aunque las creencias y las prácticas religiosas no están reservadas solamente para los momentos de pérdida y dolor, las personas se dirigen hacia la religión en busca de ayuda en aquellas situaciones de la vida que son más estresantes. Muchos de los mecanismos religiosos parecen estar diseñados específicamente para ayudar a las personas en sus momentos más difíciles de su vida. Tal vez no sería sorprendente descubrir que la religión es particularmente beneficiosa para momentos de gran dolor. Es saludable creer.

Los representantes de las comunidades religiosas, a partir de su diversa formación religiosa, de la dimensión ética (los valores), de la religión profesada y desde un profundo sentimiento de compasión por el dolor ajeno, en general suelen estar capacitados para brindar acompañamiento a aquellos que sufren enfermedades y han de morir, como a sus familiares, que se preparan para afrontar dicha pérdida; brindan consuelo a los que, enfrentados con la muerte de sus seres queridos, deben transitar y atravesar las distintas etapas del duelo.

El consuelo y el acompañamiento de representantes religiosos (agentes de

pastoral cristianos, rabinos, pastores y lamas…) pueden ser vistos como promotores de alivio del malestar físico y psicológico y del aumento de sensaciones y estados de mayor paz, bienestar, armonía y calma espiritual.

Este tipo de ayuda espiritual puede ser considerado como un tipo de asistencia que permite a los sujetos religiosos que atraviesan duelos por pérdida de seres queridos lograr una mayor comprensión del sentido de la vida, estimular en ellos una conexión más positiva consigo mismos y con los demás, y con el presente, a partir de valores y aspectos espirituales presentes en cada religión.

Anselm Grün, monje cristiano alemán, uno de los autores más leídos en estos últimos años por quienes buscan espiritualidad al alcance de todos, no duda en afirmar que «nuestro duelo debe ser diferente». Nuestro duelo debe ser distinto del de quienes carecen de esperanza. La esperanza en lo que nos espera en la hora suprema marca nuestra forma de abordar la propia muerte, así como la de las personas queridas. No estaría de más conceder el espacio oportuno a la dimensión espiritual en quien desea entablar relaciones de ayuda con el doliente, sin olvidar que, en la visita, la clave es centrarse en las necesidades del destinatario, en su estado físico, psicológico, espiritual, y estar bien atento a lo que el otro necesita.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Decir frases rutinarias sin contenido por no saber mantener el silencio y el abrazo.
- Generalizar: «Antes o después nos toca a todos», «todos tenemos el día...».
- Interpretar la muerte en términos fatalistas: «Todos tenemos un destino».

Buenas prácticas

- Permitir el desahogo de sentimientos cualesquiera que sean, incluso la expresión del sinsentido.
- Promover la aceptación de la muerte.
- Estar atento a necesidades concretas respetando ritmos, mejoras y retrocesos en el proceso de elaboración del duelo.

[22] J. C. Bermejo, *Duelo y espiritualidad*. Santander, Sal Terrae, 2012.

[23] J. C. Bermejo, *Estoy en duelo*. Madrid, PPC, [10]2013.

19

HUMANIZAR LOS RITOS

Un rito contiene más de un centenar de libros.
GEORGE GURDJIEFF

Como no puede ser de otra manera, también yo he participado en varios funerales de ciudad, no solo de pueblo. Recuerdo algunos en ciudad: un momento en el tanatorio, algunos coches detrás del féretro, cinco minutos antes de la cremación con los pocos que pueden entrar y la imposibilidad de «contactar» con el difunto, y a veces con la familia. En ocasiones por expreso deseo de ellos.

En la ciudad, creo que el rito en torno a la muerte puede correr el riesgo en muchos casos de perder su naturaleza y su poder humanizador. Lo puede perder, y no veo que algo haya sustituido aquello que todavía –al menos en el ámbito rural– cumple una función importante, ajustándose y respondiendo a necesidades concretas de las personas en momentos cruciales.

El sentido del rito

Ya hemos dicho que Louis-Vincent Thomas, antropólogo que ha estudiado especialmente el tema de la muerte, afirma: «El hombre se define como un animal que practica ritos funerarios», porque el rito existe para dar sentido a lo que nos sucede, sentido tanto a nuestra propia muerte como a la muerte del otro. El rito es lo propio de lo humano. Su ausencia es una ausencia de humanidad.

En efecto, la ausencia de rito en los funerales hace vivir la sensación que la sabiduría popular ha expresado con la expresión: «Ha muerto como un perro», atribuida a la soledad en los últimos instantes o a la falta de personas, gestos y palabras en torno a la persona que ha muerto.

La ausencia de ritos genera un vacío deshumanizador que condena a los que viven el dolor por la pérdida a la soledad. Marie de Hennezel[24], autora de varios libros sobre la muerte, afirma que, más que inventar nuevos ritos para entrar vivo en la muerte –no morir antes de morir– o para vivir el duelo, deberíamos revisar los antiguos rituales religiosos para inspirarnos en ellos.

El ritual, por definición, determina minuciosamente el tiempo, lugar, personas, actuaciones, palabras, gestos, objetos con los que rodear una experiencia importante que la persona vive comunitariamente. El rito es una ceremonia que se repite de la misma forma, siguiendo unas normas más o menos rígidas.

Según su naturaleza, los ritos pueden ser de purificación, mágicos o de

consagración, o bien, según la clasificación de Anthony Vallace: individuales, chamanistas, comunitarios (de solidaridad, de fertilidad o de paso o transición) y eclesiásticos.

En el fondo, el rito en torno a la muerte de una persona, rito comunitario, propio de un momento de transición y, para los creyentes, rito eclesiástico, sirve para separar lo sagrado de lo profano o mejor, trata de hacer penetrar lo sagrado en lo profano. Más aún, la reverencia manifestada ante lo sagrado participando en el rito expresa, de manera simbólica, la dependencia del individuo respecto a la comunidad, a la sociedad. Durkheim, sociólogo que ha estudiado especialmente los ritos, lo define como «práctica relativa a cosas sagradas».

El rito que humaniza

El rito humanizado elabora respuestas intuitivas y profundas a necesidades de la persona. Resulta apasionante descubrir cómo para el corazón roto de una persona –y de una familia– había un ritual apropiado de solidaridad y de apertura a la vivencia de lo sagrado: la muerte.

En efecto, sonaban las campanas de manera especial, con lo que toda la comunidad local se ponía al corriente y la misma naturaleza quedaba afectada por las ondas; el sacerdote, con otras personas, acudía al domicilio de la familia y acompañaba al templo procesionalmente, entre oraciones y cantos, a la familia con el difunto; eran numerosos los signos externos propios de la misa de exequias; se rociaba el cadáver con agua como signo de nueva vida; se acompañaba al difunto hasta el cementerio –¡un momento tan crítico!– y se rezaban salmos tan apropiados como el canto a la esperanza confiada en la misericordia (el *Miserere*) y en el apoyo de Dios (palabras tan consoladoras como: «El Señor es mi Pastor, nada me falta; en verdes praderas me hace recostar, me conduce hacia fuentes tranquilas y repara mis fuerzas...»); se compartían los sentimientos y literalmente se expresaba: «Te acompaño en el sentimiento», expresión tan densa si se pronuncia y se siente de manera auténtica.

Los funerales de ciudad, sobre todo si es grande, suelen tener otra dinámica: más raramente hay palabras sobre la persona fallecida, menos gestos permitidos por la familia para compartir sentimientos, raros elementos (aparte de las miles de flores bajo las que se esconden los ataúdes) que permitan vivir lo sagrado del momento en clave de comunión. Soledad de los afectados. Vacío en la red de relaciones en torno al difunto y su familia. Silencio, no se sabe si elocuente o

hueco. Salida furtiva del escenario de la vida. Negación de la muerte y de su densidad.

Es cierto que los ritos deshumanizados también están vacíos. Cuando el que preside una celebración no está habitado de empatía con las personas que participan en ella, el rito parece teatro y repugna a la condición humana.

El desafío quizá sea buscar en la riqueza y la profundidad de nuestra naturaleza aquello que pertenece a lo sagrado y reaprender a vivirlo devolviendo a los ritos la humanidad que les caracteriza. La trascendencia y lo sagrado ha de encontrar una expresión en pleno corazón de la persona y de la comunidad humanizando los ritos, porque la ausencia de ritos deshumaniza y los ritos deshumanizados denigran.

Acompañar a quien se separa de un ser querido tiene mucho de participación en rituales a la medida de la experiencia de las personas que tienen el corazón roto. La presencia, el abrazo, las palabras, los gestos, los silencios, la celebración, el «caminar juntos», «acompañar en el sentimiento» de manera auténtica, ritualizada, como le corresponde a la sacralidad del momento, parece responder a una necesidad, no solo a una costumbre.

Anular los ritos puede responder a una creciente tendencia a negar la muerte y puede contribuir a la soledad y a la deshumanización de la elaboración del duelo, impidiendo la sana expresión del dolor, de la solidaridad en el dolor y de la sacralidad del misterio.

Quienes deseamos acompañar en el duelo tenemos el reto ante nosotros de aprender a estar en silencio, con la palabra oportuna, conocer el dinamismo humano y espiritual del proceso de elaboración del duelo, acompañar en los ritos contribuyendo a humanizarlos y que ellos nos humanicen.

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Malas prácticas

- Evitar los ritos por ser cuestiones tradicionales.
- Imponer ritos que no tengan significado para los protagonistas, cayendo en «hacer teatro» o puro formalismo.
- Impedir a los niños la participación en los ritos.

Buenas prácticas

- Preparar los ritos personalizándolos en la medida oportuna, respetando también su dimensión repetitiva.
- Fomentar la participación de las personas protagonistas en los momentos en que los ritos lo prevén.
- Utilizar símbolos significativos para los protagonistas en los ritos, impidiendo que sean puros formulismos fríos.

[24] M. DE HENNEZEL, *La muerte íntima*. Barcelona, Plaza y Janés, 1996.

CERRANDO EL LIBRO

El mayor espectáculo es un hombre esforzado
luchando contra la adversidad;
pero hay otro aún más grande:
ver a otro hombre lanzarse en su ayuda.
OLIVER GOLDSMITH

Hemos recorrido en estas páginas algunas claves de la visita al enfermo con el deseo de promover su humanización, siendo conscientes de que no hay recetas para apagar la ansiedad y el no saber cómo comportarse que experimentan muchas personas cuando se acercan a los enfermos.

Desgraciadamente no hemos recibido formación sobre cómo acompañar en el dolor y nos comportamos con mucha frecuencia guiados por estereotipos y tópicos. La clave de la escucha será siempre la primera y la última.

Y antes de hacer una visita hay que discernir si es oportuna. Podemos caer en el extremo de abandonar a la persona sufriente en la soledad, como también en el de invadir y generar malestar en quien necesita y desea la tranquilidad. No hay nada como buscar algún tipo de evidencia de que la visita es oportuna.

Resulta saludable prepararse al encuentro con el que sufre. La escucha no se improvisa, la concentración no es fácil, el ruido interior, mental y emocional, frecuentemente distrae. Esmerarse por lograr una buena dosis de presencia plena contribuirá a hacer gratificante, sanador, el encuentro.

La sinceridad, la naturalidad, hablar y escuchar con el corazón, la verdad en su crudeza y en su progresión, contribuirán siempre a ser un lugar donde el enfermo podrá apoyarse y nutrir así la esperanza.

La visita al enfermo puede ser el mejor fármaco y también un agente patógeno. El discernimiento, siempre una tarea pendiente. La humildad, la mejor compañera.

Contenido

Portadilla
Prólogo, de Jesús Martínez Carracedo
Introducción
Primera parte. Aprender a desaprender
1. Desaprender estilos de visita al enfermo
2. Manejar la propia vulnerabilidad
Segunda parte. Claves para la visita al enfermo
3. Presencia plena
4. Centrarse en la persona
5. La clave de la escucha
6. La clave del silencio (y escuchar el silencio)
7. ¿Cómo hablar con el enfermo?
8. El poder terapéutico del contacto físico
9. Las preguntas en la visita al enfermo
Tercera parte. Objetivos de la visita al enfermo
10. Acompañar en la soledad
11. Empoderar, promover la responsabilidad
12. Acompañar el cambio
13. Cómo infundir esperanza
14. Acompañar a perdonar
15. ¿Cómo lo vas a celebrar?
Cuarta parte. La visita al enfermo en situaciones especiales
16. Visitar al enfermo de alzhéimer
17. Visitar al enfermo al final de la vida
18. Acompañar en el duelo
19. Humanizar los ritos
Cerrando el libro
Créditos

Diseño de cubierta: Estudio SM

© 2014, José Carlos Bermejo Higuera
© 2014, PPC, Editorial y Distribuidora, S.A.
© De la presente edición: PPC, 2014
Impresores, 2
Parque Empresarial Prado del Espino
28660 Boadilla del Monte (Madrid)
ppcedit@ppc-editorial.com
www.ppc-editorial.com

Coordinación técnica: Producto Digital SM
Digitalización: **ab** serveis

ISBN: 978-84-288-2796-6

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar, escanear o utilizar algún fragmento de esta obra.

Índice

Portadilla 2
Prólogo, de Jesús Martínez Carracedo 4
Introducción 6
Primera parte. Aprender a desaprender 8
1. Desaprender estilos de visita al enfermo 11
2. Manejar la propia vulnerabilidad 15
Segunda parte. Claves para la visita al enfermo 20
3. Presencia plena 23
4. Centrarse en la persona 27
5. La clave de la escucha 31
6. La clave del silencio (y escuchar el silencio) 36
7. ¿Cómo hablar con el enfermo? 40
8. El poder terapéutico del contacto físico 45
9. Las preguntas en la visita al enfermo 50
Tercera parte. Objetivos de la visita al enfermo 55
10. Acompañar en la soledad 57
11. Empoderar, promover la responsabilidad 63
12. Acompañar el cambio 69
13. Cómo infundir esperanza 75
14. Acompañar a perdonar 81
15. ¿Cómo lo vas a celebrar? 87
Cuarta parte. La visita al enfermo en situaciones especiales 93
16. Visitar al enfermo de alzhéimer 96
17. Visitar al enfermo al final de la vida 103
18. Acompañar en el duelo 108
19. Humanizar los ritos 114
Cerrando el libro 119
Contenido 120
Créditos 121