

LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

Valores 2

**La misión de la Iglesia
en el mundo de la
bioética y de la salud.**

**La humanidad
de nuestro cuerpo.**

**La Responsabilidad
como valor y como
exigencia moral.**

**La Calidad un valor,
no sólo una herramienta.**

**Arquitectura y valores:
tras el rastro de Dios
desde la habitación
a la Ciudad Celestial.**

Experiencias.

Recursos.

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

n.310

SEPTIEMBRE/OCTUBRE/
NOVIEMBRE/DICIEMBRE

3/2014

Hermanos de San Juan de Dios Provincia de Aragón - San Rafael

Año 64. Tercera Época
Septiembre/Octubre/Noviembre/Diciembre
Número 310. Volumen XLVI

Consejo de Redacción

Dirección - José Luis Redrado, O.H.

Coordinadores

Ética de la Salud - Margarita Bofarull, rscj
Pastoral - Rudesindo Delgado
Humanización - Amèlia Guilera

Administración - Dolores Sáenz
Coordinación - Lluís Guilera Roche
Redacción - Maite Hereu

Consejo Asesor

Humanización - Anna Ramió,
Laura Martínez, Javier Obis
Pastoral - Marije Goikoetxea,
Jesús Martínez, Mercè Puig Pey
Ética de la salud - Manuel de los Reyes López,
Juan Ramón Lacadena, M^a Pilar Núñez-Cubero

Dirección y Redacción

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono. 93 630 30 90
08830 Sant Boi del Llobregat - Barcelona
laborhospitalaria@ohsjd.es

Fotografías

Carles Salillas

Información y suscripciones
laborhospitalaria@ohsjd.es

www.ohsjd.es
www.laborhospitalaria.org

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como soporte válido.
Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B.2998-61
COLOR DIGITAL - BCN



Editorial. p6

01/La misión de la Iglesia en el mundo de la bioética y de la salud p8

José Luis Redrado, O.H.

02/La humanidad de nuestro cuerpo. p22

Felisa Elizondo

03/La Responsabilidad como valor y como exigencia moral. p32

Fco. Javier Obis

04/La Calidad un valor, no sólo una herramienta. p42

Francisca Palmero

05/Arquitectura y valores: tras el rastro de Dios desde la habitación a la Ciudad Celestial. p52

Eloi Arán

06/Experiencias. p60

6.1/Cuantificando el valor Respeto en el día a día
de la Fundación Instituto San José.

Concha Santos

6.2/Programa DIVER - "Child Life".

Núria Serrallonga

6.3/La espiritualidad en psicoterapia:
un caso desde la psicología de la salud.

Cristina García

07/Recursos. p82

7.1/Premio a la mejor iniciativa de Hospitalidad.

Grupo Provincial de Gestión del Conocimiento.
Orden Hospitalaria San Juan de Dios.
Provincia de San Rafael-Aragón.

7.2/Cine y valores.

Juan Manuel Bajo Llauredó

Normas de Publicación

Normas generales para la presentación de artículos.

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa **Word** como procesador de texto y en **Excel** o **PowerPoint** cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será espacio y medio, a un cuerpo de letra de **Arial 12**, en **DIN A4**, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de **2,5 cm**.

2. Si se envían imágenes digitales, éstas deben tener una resolución de **300 dpi**, a un tamaño de **10 x 15 cm**, y en formato **jpg**.

3. Para los artículos, el texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un **máximo de 3.000 palabras**.

Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de **seis** en conjunto, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda.

Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho.

Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que **no superará las 150 palabras**, y entre tres y cinco palabras clave, en castellano y en inglés.

Para las experiencias, el texto del manuscrito deberá ajustarse a un **máximo de 1.000 palabras**. No es necesaria la presentación de: bibliografía, resumen y palabras clave.

4. La página del título deberá contener el título del trabajo (que será breve pero informativo), nombre y dos apellidos de cada autor/a, títulos académicos y filiación institucional, así como el nombre, la dirección postal y electrónica (E-mail) y el teléfono

de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

5. La bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito, deberá ser citada en el texto según la **normativa APA** y así mismo estar referenciada en el apartado correspondiente de Bibliografía.

6. El manuscrito debe acompañarse de una carta de presentación donde el autor/res/ras **autorice su publicación, la cesión de derechos, así como la certificación de que se trata de un trabajo inédito** y que tiene todos los permisos necesarios para reproducir las ilustraciones, fotografías u otros materiales contenidos en el texto que presenta. **No se aceptarán trabajos ya publicados.**

7. El manuscrito debe enviarse por e.mail a la siguiente dirección: **laborhospitalaria@ohsjd.es**

Acceso al fondo bibliográfico y pautas de suscripción

Para acceder al fondo bibliográfico o para realizar una nueva suscripción a **LABOR HOSPITALARIA** se utilizará la web corporativa de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios Provincia de Aragón-San Rafael (www.ohsjd.es) y se entrará en la microsite de Labor Hospitalaria, donde se encuentran todos los contenidos digitalizados de la revista desde el año 1972.

El **acceso al fondo bibliográfico** de la revista y la **consulta o descarga** de números completos o de artículos concretos se podrá realizar gratuitamente desde 1972 hasta los dos años anteriores al vigente y el año en curso. Para acceder a estos contenidos tanto suscriptores como no suscriptores deberán registrarse una única vez, con un usuario / contraseña en la misma página.

Para acceder a los artículos o número de pago, los suscriptores de la revista tendrán acceso libre y los no suscriptores, una vez registrados, podrán efectuar el **pago de los artículos o números completos o bien hacer suscriptores** a través de tarjeta de crédito.

Precio de las suscripciones

LH Año 2014	Digital	25 €
	Papel / Digital	36 € - España 50 € - Europa 50 \$ - USA
Últimos dos años	Número completo digital	10 €
	Artículo digital	3 €

Para cualquier duda o consulta pueden ponerse en contacto a través de nuestro correo electrónico: **laborhospitalaria@ohsjd.es**



editorial

Seguimos hablando de Valores

En el número anterior os ofrecimos el tema “Hospitalidad” como valor “nuclear” para quienes estamos en estructuras sanitarias. Y como nos decía Francesc Torralba cada persona dispone de una pirámide de valores personales, muchos de ellos cambiables, porque el hombre es un ser dinámico.

En torno a la Hospitalidad están diseñados los valores que conforman la “familia hospitalaria” -calidad, respeto, responsabilidad, espiritualidad-. En este segundo número de Valores, el lector encontrará los temas de respeto, responsabilidad y calidad, entre otros. Así como algunas experiencias y recursos.

Con estos dos números, Valores I y Valores II, creemos haber ofrecido a nuestros lectores una amplia reflexión hecha desde la experiencia y que torna después a la vida, iluminándola, fortaleciéndola, no sólo con el hacer, sino también con el saber hacer, fruto de la reflexión.

Creemos haber cumplido con lo prometido: contenidos, reflexiones y experiencias. Los dos números forman un solo volumen a vuestra disposición.

Os lo repetimos: de vosotros, lectores, depende darles vida.

+ José L. Redrado, OH
Director





01/ La misión de la Iglesia en el mundo de la bioética y de la salud¹

+ José L. Redrado, OH,

Obispo titular de Ofena

Secretario emérito del Pontificio Consejo para la Pastoral de la salud.

El texto de esta Conferencia está redactado para conmemorar el 25 aniversario de dos Instituciones: Cátedra de bioética en la Universidad de Comillas y Pontificio Consejo para la Pastoral de la salud - Vaticano.

El autor presenta estos dos acontecimientos, sus inicios, el espíritu que animó a las personas que han estado al frente, algunos resultados y retos. Sobre los dos binarios, Pastoral de la salud y Bioética, se ha hecho un buen camino, pero queda mucho por hacer. Se dará cuenta el lector a medida que vaya entrando en su lectura.

Palabras clave:

Pastoral, Bioética, salud, Iglesia, Enfermo, Centralidad del hombre, Universidad católica.

The text of this Conference is drawn to celebrate the 25th anniversary of two institutions: Chair in Bioethics at the University of Comillas and the Pontifical Council for Health Pastoral Care - in the Vatican.

The author presents these two events, their beginnings, the spirit that encouraged the people who have been at the forefront, some results and challenges. On the two binaries, Pastoral Health and Bioethics have come a long way but a lot more is yet to be done. Readers will notice as they continue to read.

Key Words:

Bioethics, Catholic university, Centrality of man, Church, Health, Pastoral, Sick.

1. Resumen de la Conferencia pronunciada en la Universidad Pontificia de Comillas el 17 de enero de 2013 en Madrid, en el 25 Aniversario de la cátedra de Bioética. La totalidad de la conferencia la pueden leer en www.ohsjd.es

1/

La pastoral de la salud estrena nuevos caminos.

En mayo de 1981 una bala disparada desde cerca está a punto de acabar con la vida de **Juan Pablo II**. Afortunadamente, no fue así. El propio Pontífice atribuye a una intervención especial de la Virgen, en su advocación de Fátima, el haber salido con vida. Pero no saldría de ella sin una seria intervención quirúrgica y un posterior y largo proceso de recuperación -Cuidados intensivos incluidos- en el Hospital Gemelli, de Roma.

Este hospital fue considerado por Juan Pablo II como su tercera residencia, ya que estuvo internado en él siete veces, conociendo de primera mano lo que es la enfermedad, el dolor y el sufrimiento.

Escribí en su momento una reflexión sobre ello en la que subrayaba la fuerza que tiene la “**Cátedra del dolor**” desde la que este buen Papa polaco había impartido seguramente las mejores lecciones de su Magisterio pontificio.

El tramo final de su vida, aquejado severamente por la enfermedad y sus manifiestas limitaciones, constituyó todo un proceso de dolor que a nadie dejaba indiferente. Ciertamente, fue un

Papa que conoció como pocos la universalidad del sufrimiento y de la enfermedad.

Algo tendrá que ver todo ello para que el 11 de febrero de 1984 publique la Carta Apostólica “**Salvifici doloris**” sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano.

Y un año más tarde, el 11 febrero de 1985, festividad de Ntra. Sra. de Lourdes, publicaba la Carta Apostólica Motu Proprio “**Dolentium hominum**” por la que instituía la Pontificia Comisión para la pastoral de los Agentes sanitarios. Comisión que, con la reforma de la Curia romana, (Contitución apostólica “**Pastor Bonus**”, del 28 de junio de 1988), pasaría a ser el actual Pontificio Consejo, señalando las funciones del mismo: dar a conocer la doctrina de la Iglesia en materia de salud; ofrecer colaboración a las Iglesias locales; favorecer la actividad teórico-práctica de las Instituciones católicas internacionales; seguir atentamente los programas e iniciativas internacionales y nacionales de política sanitaria y su implicación en la pastoral de la Iglesia (**Art. 153**).

En una de sus primeras intervenciones como primer Presidente del mismo, el **Cardenal Fiorenzo Angellini**, afirmaba bromeando que

“**La creación de este organismo llegaba con 2.000 años de retraso. Leyendo detenidamente el Evangelio -decía- uno está convencido de que Jesús hubiera sido el primero de los dicasterios que hubiera creado. ¿Se imaginan ustedes a Jesús creando el dicasterio para la interpretación de los textos legislativos?**”

En marzo de 1986 marchaba yo a Roma, designado por el propio Pontífice como Secretario de ese nuevo organismo que acababa de nacer en los papeles, pero que había que darle vida. Dejaba en España toda una trayectoria de aten-

ción pastoral en el mundo de la salud. Llevaba nueve años como Jefe del Servicio de Atención Espiritual del Hospital Sant Joan de Déu, en Barcelona.

Un centro que acababa de inaugurarse y en el que había que acompañar la vida de tantos niños que se abría paso en medio de la ilusión, el gozo y, frecuentemente, del dolor y el miedo -cuando no pánico- de sus padres.

Ver cómo la tecnología comenzaba a dar viabilidad a niños que apenas llegaban a pesar 700 grs. constituía una auténtica atalaya desde la que se divisaba el milagro de la vida, la vulnerabilidad de la misma y, al mismo tiempo, la fuerza de la naturaleza, el poder de la ciencia y la tecnología.

Este poder se venía abajo cuando la vida se complicaba en su desarrollo y las secuelas de la inmadurez amenazaban gravemente con hipotecarla cuando tan apenas si se había estrenado.

O cuando el cáncer u otra patología, o los accidentes bien de tráfico o domésticos, ponían fin a la vida de un niño...Cada año morían en nuestro centro en torno a ciento treinta niños. ¡¡Qué sinfonía de sentimientos encontrados en un mundo como ése!! ¡¡Qué laboratorio para vivir, cuestionar, replantear la fe en el Dios de la vida!! La experiencia era única; cada día de servicio en el hospital daba contenidos para escribir un libro.

Organizamos un servicio pastoral “**moderno**”. El eslogan era este: a un hospital técnico, moderno, le corresponde una pastoral bien organizada. De aquí fui “**arrancado**” para ir al Vaticano.

Años anteriores, del 1972 al 1977, había desempeñado mi labor pastoral en otro escenario muy distinto, pero no menos rico y sugerente. Había sido también Jefe del Servicio de Atención Espiritual del Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. de Montserrat en Sant Boi; mil quinientos enfermos, mentales y también discapacitados

psíquicos. Psiquiatría y discapacidad en los años 70, cuando los recursos para este tipo de pacientes eran mucho más escasos, y la conciencia ciudadana sobre sus derechos menos desarrollada. Pero ya comenzábamos a promover el cambio de mentalidad en la sociedad, en los políticos y en los medios de comunicación a favor de los derechos de estas personas.

La OMS hacía ya tiempo que había definido la salud como el “**estado de bienestar físico, psíquico, y social, y no sólo la ausencia de enfermedad**”. Poco más tarde incluiría en esa definición la dimensión espiritual. Se apuntaba ya hacia una salud leída en clave integral que abarcase al hombre en su totalidad y que sirviera para diseñar políticas sanitarias en los Estados, promover sistemas asistenciales, organizar la formación, etc.

Parecía necesario, pues, reflexionar seriamente sobre la fundamentación teológica que subyacía a la práctica pastoral y aplicarla debidamente en el marco del mundo de la salud. Trabajamos con un pequeño grupo de religiosos, sacerdotes y laicos en diseñar un corpus doctrinal de asistencia pastoral a los enfermos; de aquí nacieron las Jornadas, Cursos y Charlas de pastoral de la salud; era un movimiento de actualización o “**aggiornamento**” en línea con el Concilio Vaticano II, concluido pocos años antes. Este inicio fue recogido y alentado por la Conferencia Episcopal Española que instituyó en 1971 el Secretariado Nacional de Pastoral sanitaria.

Siguió un trabajo inmenso de sensibilización en todas las diócesis. Nota importante en esta sensibilización ha sido la celebración del día del enfermo y el Congreso “**Iglesia y salud**”, año 1994. Una persona clave en toda esta animación fue Don Rudesindo Delgado, Director del Departamento de Pastoral de la salud de la Conferencia episcopal española durante 21 años.

Por otra parte, el Pontificio Consejo está también en esos mismos años realizando una gran

LH n.310

actividad, manifestada en sus numerosos viajes internacionales para conocer “in situ” y animar la pastoral de la salud en las iglesias locales; las conferencias internacionales anuales que tocan aspectos vivos del tema sanitario y congrega todos los años a los mejores especialistas en la materia; la revista “*Dolentium hominum*”, órgano oficial del Dicasterio, en cuatro lenguas; las diversas publicaciones y la Institución de la Jornada Mundial del enfermo (año 1992); éstas son algunas de las numerosas actividades del Pontificio Consejo.

2/

Bioética en España: un camino nace y crece en el mismo entorno social y eclesial.

Por esas circunstancias que tiene la vida, me correspondió en alguna forma estar también muy cercano a la implantación de la bioética en España y constituir, en alguna medida, parte del grupo inicial del desarrollo de la misma.

Un insigne jesuita, **Francesc Abel**, Doctor en Medicina, volvía a España el año 1975 desde Estados Unidos una vez defendida allí la tesis doctoral. Había estado durante tres años y medio en el “**Instituto Kennedy**” y volvía a España con la idea de incorporar el debate bioético en nuestro país y crear para ello los necesarios proyectos de formación en quienes han de realizarlo. Señala él mismo las tres ideas fundamentales que le acompañaban: (**biblioteca, libertad y diálogo**).

En 1975 se celebra un Seminario de bioética; en el 76 se constituye el **Instituto Borja de**

Bioética en Sant Cugat del Vallés (Barcelona). Pero es en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona donde se instaurará explícitamente el debate bioético que el Dr. Abel sueña con introducir en nuestro país. Él será la “**pista de aterrizaje**” de nuestro amigo el Dr. Abel.

Aquí se incorporó en 1976 al **Comité de Orientación Familiar y Terapéutica (COFT)**, que ya funcionaba desde hacía dos años. Desde ahí, propuso y se constituyó un Servicio de Orientación y Planificación Familiar, cuando a nivel público todavía no se habían creado y el ambiente eclesial estaba todavía en ebullición tras la promulgación de la Encíclica “**Humanae Vitae**” de **Pablo VI** (1968). Dicho COFT dará origen al **Comité de Ética Asistencial** del Hospital Sant Joan de Déu, el primero de ellos a nivel nacional y de los primeros de Europa.

La bioética como diálogo interdisciplinar, en orden a la resolución de los conflictos asistenciales, llegaba a España de la mano de un jesuita, licenciado en Teología y Doctor en Medicina, y se “**estrenaba**” en un hospital de la Iglesia, concretamente de la Orden Hospitalaria de Sant Joan de Déu. Por una vez, la Iglesia no iba en nuestro país detrás de los acontecimientos, sino que se había constituido en su mentor y adalid. Era el año 1976.

Quiero recordar aquí al **P. Arrupe** y al **Cardenal Martini** porque fueron, desde sus inicios, fervientes animadores e impulsores de la labor que el P. Abel había iniciado con tanto ánimo como ilusión.

Diez años más tarde, en 1986, el Profesor **Diego Gracia** se integra en el ámbito de la bioética, tras su visita a diversas universidades de EEUU. Importante será su aportación con sus dos obras: “**Fundamentos de la Bioética**” (1989), y “**Procedimientos de decisión en ética clínica**” (1991). Y de profundo calado para su desarrollo será la instauración del Máster de Bioética en la Universidad Complutense de Madrid.

En la década de los 70 se apuntaba ya hacia una salud leída en clave integral que abarcase al hombre en su totalidad

Son bastantes los intelectuales a quienes la bioética debe su desarrollo en nuestro país; dejo constancia en el texto completo de algunos de estos nombres.

Y, junto a todos ellos, también participe en aquellas reuniones iniciales del **Grupo Internacional de Estudio en Bioética (GIEB)**, un nombre especial para esta casa: **Javier Gafo**, licenciado en Biología y en Filosofía, doctor en Teología por la Universidad Gregoriana de Roma, en la que realizó su tesis doctoral en 1976 sobre “**El aborto y el comienzo de la vida humana**”. Compagina su labor como docente en la Universidad Complutense con la de Comillas. Y en 1987 funda en ésta la Cátedra de Bioética que este año celebra sus Bodas de Plata, motivo que nos congrega a todos nosotros en este solemne acto.

Javier Gafo es un hombre íntegro, pensador honesto, inquieto, implicado de forma particular en la reflexión y la docencia de bioética y aspira a introducir en el diálogo propio de la misma a la teología.

El año 2003 publica su obra “**Bioética Teológica**”. Pero ya desde 1995 viene organizando un Seminario Interdisciplinar sobre los problemas éticos en torno a la Deficiencia Mental, del que surgirán una colección de publicaciones como “**Dilemas Éticos en la Deficiencia Mental**”. Otros estudios serán recogidos en la colección de “**Cátedra de Bioética**”. En 1997 se iniciará desde ella el Master de Bioética.

Conocí personalmente al P. Gafo, con el que mantuve algunos contactos personales, especialmente cuando venía a Roma para participar en las Conferencias Internacionales que el Pontificio Consejo organizaba anualmente.

Javier fue una persona cercana e inquieta por promover el diálogo de la fe cristiana en el marco interdisciplinar de la bioética; y, por qué no decirlo, en el sufrimiento que no pocos momentos vivió, cuando determinadas posturas de hombres de Iglesia parecían torpedear ese diálogo que él proponía y alentaba.

El proceso de su enfermedad terminal no hizo sino rubricar la altura moral de su persona y la categoría cristiana de la misma.

A Javier Gafo le sucederían posteriormente, al frente de la Cátedra, los padres jesuitas **Jorge José Ferrer** (2001-2002), **Julio Martínez** -nuestro actual Rector- (2003-2005), **Juan Masiá** (2005-2006) y, en la actualidad, el **Dr. Javier de la Torre**.

3/

El hombre en el centro.

3/1.

La Iglesia a favor de la vida,
cercana a los enfermos.

La Pastoral de la Salud no era algo nuevo en la Iglesia. Desde **Jesús de Nazaret** todas las generaciones de cristianos habían ideado y llevado a cabo diferentes formas concretas de realizar el mandato de cuidar y atender a los enfermos. También hemos de afirmar que la aparición de la bioética como ciencia no es el inicio de la preocupación moral de la Iglesia por los problemas éticos surgidos en el marco del valor de la vida.

Desde siempre, el mensaje de Jesús se ha ido reflexionando, estudiando, y extrayendo conclusiones prácticas en cada uno de los momentos. Y también, desde siempre, la Iglesia se ha posicionado a favor de la vida, de toda la vida, de todas las vidas y con una especial predilección por las vidas más necesitadas.

Eso ha sido una constante. Pocos lugares y momentos existenciales marcan con tanta fuerza la condición humana en su dimensión finita y contingente como es la enfermedad. Lugar común en el que todo ser humano, en uno u

LH n.310

otro momento de la existencia, es visitado. Nunca había conocido la humanidad una época en la que el desarrollo de las ciencias y su aplicación tecnológica tuviese la impronta y profundidad de la que hemos gozado y seguimos gozando en estos últimos años. Afortunadamente, han desaparecido determinadas patologías, pero han aparecido otras. Nuestra sociedad tecnológica ha traído sus propias patologías. Era la propia OMS la que no hace mucho declaraba la depresión como la “**epidemia del futuro próximo**”... que ya es hoy.

En este mundo concreto, en el que los hombres llevamos a cabo nuestras vidas, está llamada la Iglesia a estar presente para acompañar el camino de los mismos. En primer lugar por fidelidad estricta a su Fundador, que acogió, abrazó y curó a tantos enfermos, y envió a sus discípulos a continuar en esa misión:

“Curad enfermos, resucitad muertos, sanad leprosos, expulsad demonios. Gratis lo recibisteis, dadlo gratis” (Mt. 10, 8).

La Iglesia se ha tomado siempre en serio este encargo de su Señor.

“La Iglesia... está obligada a buscar el encuentro con el hombre, de modo particular en el camino de su sufrimiento” (SD 4).

Salud y enfermedad son lugares de encuentro. Multitud de agentes, desde una u otra perspectiva, ya sea política, económica, social, científica, religiosa se acercan a esa realidad.

A veces, como en la parábola del Buen Samaritano, el enfermo, que baja por el camino de la vida, es atracado y apaleado por intereses no

siempre confesables, pero que en cualquier caso están alejados de él. Nuestros hospitales hoy son templos de la ciencia y de la tecnología.

Y en esos templos puede ser que el centro de los mismos no es el hombre enfermo, sino otros intereses que se sobreponen a los del mismo y que, frecuentemente, le roban su dignidad.

La ingente cantidad de recursos económicos que requiere la asistencia sanitaria, la sensibilidad que dicha prestación o abandono genera en la población y que se traduce en rédito electoral, la importancia de la investigación llevada a cabo en estos centros, hace que no siempre sea el enfermo el centro del mismo. Hace años, un superior General de la Orden Hospitalaria, el **Hno. Pierluigi Marchesi**, decía:

“Si el enfermo no está en el centro del hospital, otros ocuparán su puesto. No es raro ver en los hospitales que es el médico, el administrativo, el sindicalista o el religioso quienes están en el centro: todos usurpadores” (P. Pierluigi Marchesi - Humanización).

La Iglesia está llamada en este mundo de la salud a buscar, por encima de todo, la centralidad real del enfermo. Por encima de intereses que pueden ser bien legítimos de clase, corporativistas, económicos, hay que colaborar con cuantos sinceramente luchan por ello.

En una sociedad desarrollada y del bienestar pudiera parecer que la presencia de la Iglesia no fuera necesaria en las labores asistenciales, pero lo cierto es que la Iglesia siempre deberá hacer labores de suplencia en la sociedad. Muy claramente nos lo dice el **Papa Benedicto XVI** en la encíclica “**Deus Caritas est**”:

La bioética como diálogo interdisciplinar, en orden a la resolución de los conflictos asistenciales, llegaba a España de la mano del P. Francesc Abel y se “estrenaba” en un hospital de la Orden Hospitalaria

“El amor siempre será necesario, incluso en la sociedad más justa. No hay orden estatal, por justo que sea, que haga superfluo el servicio del amor. Quien intenta desentenderse del amor se dispone a desentenderse del hombre en cuanto hombre... El Estado que quiere proveer a todo, que absorbe todo en sí mismo, se convierte en definitiva en una instancia burocrática que no puede asegurar la más esencial que el hombre afligido -cualquier ser humano- necesita: una entrañable atención personal” (nº. 28).

Assumo plenamente el papel que se asigna a la Iglesia como sujeto espiritual y moral en el marco de una salud que se define como “**estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual**”. De ahí que considere que una de las misiones que se nos asigna es discernir, valorar y, en su caso, ayudar a dar contenido real a ese “**estado de bienestar**” en todas sus dimensiones.

La Iglesia está llamada, antes que nada, a ser una comunidad sana y sanante; una Iglesia abierta, dinámica, gozosa, dialogante, integradora, que respeta las diferentes sensibilidades que hay dentro de ella, manteniendo lo esencial.

La Iglesia está llamada a proclamar el reto de la salud integral. Una salud física -y cuanto más, mejor-; una salud psíquica, de la que tan alejados estamos a veces; una salud social, hoy tan amenazada por una crisis que parece acabar con todo lo conseguido; pero, también y sobre todo, una salud espiritual.

Una salud basada en un elenco de valores que constituye y dan sentido a la vida. Un sentido capaz, a su vez, de asumir limitaciones en otros ámbitos de la existencia. Se puede estar “**sano**” siendo cojo o ciego, o con un corazón trasplantado; pero no se puede estar sano con “**un corazón herido**” por la falta de sentido. Alguien dijo con mucho acierto que “**hay formas sanas de**

vivir la enfermedad, y hay formas patógenas de vivir la salud”.

¡¡Cuántos cuerpos esculturales vemos hoy llenos de músculos, pero vacíos de alegría, de plenitud!!
¡¡Cuántos sacrificios no se hacen hoy en pos de una dieta que nos quita unos cuantos kilos de encima -que no está nada mal- pero que no nos da a cambio ni un gramo de felicidad!!

La revista **Labor Hospitalaria**, nº. 219, realizaba en su día una entrevista al religioso redentorista **Bernard Häring**. Aquejado por un cáncer de laringe, manifestaba sentirse muy bien, casi feliz, decía. En homenaje a los profesionales que le habían atendido escribió el hermoso libro “**La fe, fuente de salud**”.

La Iglesia está llamada hoy a agradecer y acompañar en su camino a los profesionales de la salud; a tantos voluntarios, que multiplican su presencia tanto en hospitales y residencias e incluso en los propios domicilios de los enfermos; y a multitud de ciudadanos anónimos, mujeres y hombres, que están comprometidos en la atención de sus seres queridos impedidos por la enfermedad.

Son ellos auténtico “**colchón social**” que sustentan el verdadero bienestar social, que hacen posible la sostenibilidad de una sociedad que pretende ser humana. Todos ellos son auténticos Samaritanos. Así lo reconocía Juan Pablo II cuando en su Carta Apostólica “**Salvifici doloris**” afirmaba:

“¡Cuánto tiene «de buen samaritano» la profesión del médico, de la enfermera, u otras similares! (SD 29).

La Iglesia está llamada hoy a ser promotora, junto a otras personas e instituciones, de la defensa de los más débiles, y en nuestro caso de los enfermos más vulnerables, o los más olvidados. En una crisis como la actual no es difícil que

LH n.310

en el reparto de los escasos recursos se destinen éstos a quien más grita, quien más influencia social política o mediática tienen, y se abandone a quienes más lo necesitan, pero que **“no tienen quien les empuje a la piscina” (Jn 5, 7).**

Hace ya unos años, en una gran ciudad española, un jefe de servicio de Cirugía Cardíaca afirmaba en los medios de comunicación que en su servicio había pacientes que morían en la lista de espera. El revuelo ciudadano que se formó hizo que el Gobierno de ese territorio autonómico inyectara una suculenta cantidad en el refuerzo de ese Servicio. Mientras, en ese mismo territorio autonómico, los enfermos mentales estaban prácticamente abandonados a su suerte, ayunos de recursos que facilitarían una mínima asistencia en condiciones de dignidad.

Desde su característica de universalidad, la Iglesia ha de ser voz de tantos seres humanos que a lo largo de todo el planeta carecen de los más mínimos servicios, ya no de salud, sino de las mínimas condiciones para una vida humana: ausencia de agua potable, hambre, carencia de vacunas que por un mínimo costo evitarían auténticas epidemias que acaban con la vida de millones de personas.

La Iglesia está llamada a ser en nuestro primer mundo recuerdo y denuncia profética de otro mundo que no habla de crisis porque para él es su estado habitual. No hablo desde los libros, ni desde las revistas y artículos sobre el tema. Hablo desde la vida, desde lo que han visto mis ojos en cientos de viajes por los cinco continentes.

Hoy la Iglesia está llamada a mantener, cualificar y redoblar su presencia en un mundo como el de la salud en el que el ser humano comprueba con tanta nitidez su contingencia y finitud al tiempo que le abre a la pregunta por el sentido de la vida, de su vida.

Es el propio Papa Benedicto XVI, al inicio de su pontificado, quien pide a la Iglesia una propuesta de pastoral de la salud acorde con los

nuevos tiempos que nos corresponde vivir.

3/2

Presencia de la Iglesia en la reflexión y promoción de la bioética.

La Iglesia, hoy, está llamada a promover y participar en el debate ético en el que se halla inmerso todo el mundo de la salud y que, particularmente, afecta a tantas personas en sus decisiones concretas.

La Iglesia ha sido un referente importante. Filósofos y también de teólogos -católicos y protestantes- fueron los que aportaron al debate la vida, la racionalidad y la espiritualidad. Francesc Abel remarcaba la necesidad de la interdisciplinariedad, el diálogo entre las todas las ciencias para acercarnos al máximo de la verdad posible en abordaje de los planteamientos que nos ponen sobre la mesa la reflexión y la toma de decisiones.

Toda nuestra sociedad, y de forma especial, cuanto afecta a la salud de los ciudadanos, se encuentra hoy en un proceso de seria y profunda revisión.

La situación de crisis en la que nos encontramos interpela desde las prestaciones que deben garantizarse hasta la participación en la financiación de los propios beneficiarios.

Cuestiona asimismo el tipo de gestión que hemos de realizar. En todo caso, parece hoy evidente el axioma que desde la bioética se venía afirmando: **“todo para todos gratis, no será posible”**. Ya no es posible.

Por ello, hoy se amontonan las preguntas acerca de dónde deberá de recortarse para que siga siendo posible un sistema justo y equitativo que garantice la asistencia básica y digna a toda la población. Y, sobre todo, un sistema que acoja dentro de sí a los más débiles, a los más indefensos.

La Iglesia está llamada a proclamar el reto de la salud integral

Una sociedad es tanto más civilizada cuanto mejor atiende a sus seres más débiles. El Papa Benedicto XVI, en la encíclica **Spe salvi, n° 38** lo expresa así:

“La grandeza de la humanidad está determinada esencialmente por su relación con el sufrimiento y con el que sufre... Una sociedad que no logra aceptar a los que sufren y no es capaz de contribuir mediante la compasión a que el sufrimiento sea compartido y sobrellevado también interiormente, es una sociedad cruel e inhumana”.

Hay aquí un profundo debate social, económico, político y también moral. Pocas veces el tan traído y llevado principio de justicia, propuesto por el Informe Belmont, tendrá más actualidad que en estos momentos; tenemos hoy el reto de cómo rediseñar el sistema de salud para que, sin perder la calidad, siga garantizando la salud de todos los ciudadanos.

La Iglesia puede y debe decir su palabra en este debate. No será una palabra dogmática, pero sí una palabra seria y respaldada por el compromiso que ha mantenido a lo largo de los siglos y sigue manteniendo en la asistencia a los enfermos.

Hemos de reconocer que nuestra Iglesia española - sus pastores - no siempre han manifestado una gran sensibilidad hacia el tema. Ha sido mucho más activa en otros ámbitos, por supuesto de gran importancia para la vida de los ciudadanos como puede ser la educación, pero en todo caso no menos que la salud.

No faltarán las críticas que intenten callar su voz, quienes pretendan **“encerrarla en la sacristía”**, negándole el derecho que toda persona e institución tiene a manifestar su opinión y su criterio en el marco de una sociedad verdaderamente democrática.

La Iglesia ha de continuar defendiendo el valor de la vida donde es cuestionado. No puede ni debe callar donde el mismo sea puesto en riesgo o se desprecie directamente.

El comienzo y el final de la vida humana son lugares especialmente necesitados de protección, tanto para acoger la vida desde su inicio, como para acompañarla hasta su destino final. Son lugares especialmente susceptibles de ser manipulados y violados por intereses ajenos al mismo valor de la vida.

Pero la custodia y el respeto al primer valor, la vida, no termina en esos dos momentos troncales de la misma: su inicio y su final. Todo el tramo que hay entre uno y otro está hoy marcado por los grandes adelantos científicos, las inmensas posibilidades que la tecnología pone en las manos del hombre, y que tanto bien han aportado al mundo de la salud.

A ellos debemos en gran medida el espectacular aumento de la esperanza de vida de nuestra sociedad española. Pero también ellos constituyen hoy la base de un buen número de interrogantes éticos hasta hace poco impensables.

Las posibilidades que la ciencia y la tecnología nos ofrece son inmensas. Y aquí aparece la clásica pregunta que todo hombre de bien se hace: **“¿todo lo que técnicamente podemos hacer se debe hacer?”**.

En este debate bioético es urgente señalar la necesidad de un equilibrio entre el desarrollo técnico y los valores éticos (Cfr. **Redemptor hominis, 13**). Igualmente es importante buscar la dimensión sapiencial, esto es, el sentido último y global de la vida (Cfr. **Fides et ratio 81**); dimensión sapiencial

“En la que los éxitos científicos y tecnológicos vayan acompañados de los valores filosóficos y éticos...” (Fides et ratio 106).

LH n.310

El Concilio Vaticano II dice:

“nuestra época necesita de la verdadera sabiduría para humanizar todos los nuevos hallazgos de la humanidad. El destino futuro del mundo está en peligro si no se forman hombres más instruidos en la sabiduría...” (Gaudium et spes, 15).

“Que la ciencia y la ética, de la mano, sigan estudiando y avanzando con prudencia, pero avanzando”.

Se debe obtener un recto objetivo de la técnica y hacer que esté al servicio del hombre. Este es el pensamiento de la Iglesia. La Iglesia debe estar y está ahí, desde tantos profesionales de la salud que, desde su fe, su reflexión, su propuesta, se abren al debate bioético donde éste aparece, sea institucional o informal; a veces, se ven obligados a llevar a cabo su objeción de conciencia ante prácticas que consideran contrarias a los valores fundamentales del Evangelio.

Hemos de valorar estas presencias comprometidas y arroparlas, acompañarlas, formarlas, para que puedan ser en el ámbito tan complejo como el de la salud, referencias morales, testigos, profetas del valor vida.

El Pontificio Consejo para la salud, del que he sido durante 25 años Secretario, se hizo eco muy pronto de esta realidad y preparó con numerosos expertos un Documento titulado “Carta de los Agentes sanitarios” (Año 1995), que ha tenido una gran difusión ya que ha sido traducido a 18 lenguas.

Pues bien, en la Introducción, que abarca los diez primeros números, se llama a los profesionales sanitarios “Ministros de la vida”.

“La actividad de los agentes de la salud tiene el alto valor de servicio a la vida” (nº. 1)

Y como señala igualmente la encíclica **Evangelium vitae** “su profesión les exige ser custodios y servidores de la vida humana” (nº 89).

La Iglesia deberá agradecer, valorar y sostener la presencia de un buen número de instituciones religiosas que siguen manteniendo presencias de atención y acogida hospitalaria en nuestro país y en el mundo entero.

Órdenes y congregaciones religiosas que, en medio de un contexto de grave dificultad, están luchando por mantener y cualificar su presencia en el marco sanitario y asistencial; fundamentalmente enfermos crónicos, enfermos mentales, ancianos, discapacitados físicos e intelectuales, y también, aunque con menor presencia, centros de asistencia cualificada en el ámbito de enfermos agudos.

Una presencia difícil de mantener especialmente en estos tiempos de escasez de recursos, pero que intenta ofrecer una asistencia integral de acuerdo a los valores del Evangelio. Obras que se esfuerzan por llevar adelante el mensaje propio del Señor en la atención a los enfermos, tal y como indica el propio Benedicto XVI:

“Las organizaciones caritativas de la Iglesia, sin embargo, son un opus proprium suyo, un cometido congenial, en el que ella no coopera colateralmente sino que actúa como sujeto directamente responsable, haciendo algo que le corresponde a su naturaleza” (Deus caritas est, 29).

La Iglesia debe mantener su presencia, especialmente en estos tiempos de escasez de recursos, intentando ofrecer una asistencia integral de acuerdo a los valores del Evangelio

4/

El papel de la Universidad católica.

En todo este marco surge, como necesidad inexcusable, la formación de los cristianos para esta presencia cualificada que hoy se exige con toda justicia.

Estamos obligados a situarnos en un mundo en el que, como nunca, hemos de “saber dar razón de nuestra esperanza” (I Pt 3, 15).

Hace falta el pensamiento crítico que nos ayude a acompañar desde la racionalidad la opción de fe hasta donde ello es posible.

Allá donde surgen tantos y dramáticos “por qué”, es necesario al menos conocer hasta dónde pueden llegar las respuestas de la fe, en dónde deben guardarse los respetuosos silencios y desde dónde es posible abrirse a la profundidad del misterio de la existencia.

La pastoral de la salud necesita el apoyo de una reflexión teológica constante que le dé suelo para moverse en el terreno de la praxis, para ofrecer una respuesta a las preguntas y dudas existenciales que salen de la profundidad de tantos hombres visitados por el dolor.

Se necesita también la reflexión en su nivel más elevado, en su ámbito universitario, para llenar de contenido la propuesta cristiana en el marco del debate bioético en el que está obligada a desenvolverse.

Soy consciente de la dificultad que supone esta apuesta. No desconozco lo que supone la complejidad de la investigación, el diálogo interprofesional, el debate con otras ciencias, posturas ideológicas y creencias, manteniendo al mismo tiempo la fidelidad esencial a la doctrina del

Magisterio. Resulta especialmente complejo el andar por este filo de la navaja.

Todavía resulta más difícil mantener esta doble fidelidad a instituciones cristianas que se mueven en el marco de la asistencia concreta, donde los problemas bioéticos tienen nombre y apellidos y sus consecuencias recaen sobre ellos y sobre quienes les acompañan.

Un compañero de mi Orden Hospitalaria suele repetir de forma muy certera que su institución, que es la mía, la Orden Hospitalaria, nos vemos obligados a “realizar el debate bioético en tierra de nadie”: al margen del mundo de la ciencia que nos considera mojigatos, y sospechosos ante la doctrina oficial que nos considera heterodoxos.

No resulta fácil el diálogo entre la ciencia y la fe. Los últimos Papas lo han dejado muy claro. Recientemente, Benedicto XVI ha vuelto a subrayarlo en la Carta Apostólica, con motivo del Año de la Fe:

“La fe está sometida más que en el pasado a una serie de interrogantes que provienen de un cambio de mentalidad que, sobre todo hoy, reduce el ámbito de las certezas racionales al de los logros científicos y tecnológicos.

Pero la Iglesia nunca ha tenido miedo de mostrar cómo entre la fe y la verdadera ciencia no puede haber conflicto alguno, porque ambas, aunque por caminos distintos, tienden a la verdad” (Porta Fidei, nº 12).

Pero en la realidad este encuentro no es tan fácil como inicialmente puede parecer. Es verdad que ambos, ciencia y fe, buscan la verdad; y que ambas están al servicio del mismo hombre. Pero también lo es que nos toca vivir esta búsqueda en una sociedad multiconfesional,

LH n.310

con diversidad de creencias y con ausencia de las mismas. Y hay que dialogar como ciudadanos que somos en medio de ella.

Con todos los derechos que como tales nos pertenecen, pero siendo conscientes que nuestra propuesta no siempre es aceptada.

Que no pocas veces nos tocará mantenernos en una democrática disensión desde la que podremos utilizar nuestros recursos en la propuesta del cambio; que nos puede tocar vivir en la objeción de conciencia ante determinaciones que consideremos que atentan gravemente a los valores fundamentales de nuestra fe y, consecuentemente, de nuestra visión del hombre y de la vida.

Orquestar una ética de máximos, como es la que promueve nuestra fe, con una ética de mínimos como es la que nos presenta la sociedad como posibilidad para la convivencia no es fácil.

Juan Pablo II dijo a los jóvenes en Cuatro Vientos el año 2003: “Testimoniad con vuestras vidas que las ideas no se imponen, se proponen”.

La pregunta consiguiente es sencilla: **¿se puede imponer el comportamiento moral?**

Creo que no. Más bien se trataría de hacer un inmenso esfuerzo por llenar de credibilidad la propuesta moral que surge del Evangelio y que la Iglesia defiende.

Una credibilidad que le capacite para acudir al ágora del debate público, allá donde se validan o invalidan las diferentes propuestas en función de la calidad de sus argumentos.

Y aquí la Universidad Católica adquiere un papel insustituible. A ella le pertenece liderar este movimiento. Un reto no fácil, lleno de dificultades; y como hemos dicho, a veces éstas pueden venir desde dentro de la propia Iglesia.

También es cierto que a veces los protagonismos personales nos pueden llevar a mantener postu-

ras alejadas del Magisterio que no se sostienen en la contundencia de los argumentos.

No resulta fácil articular el papel de “madre” que la Iglesia está llamada a realizar -junto al de maestra, cierto, pero también de madre- con el de la fidelidad serena y profunda de sus hijos.

“Un día, el rostro de esta Iglesia cambiará. Aprenderá a actuar con más compasión; se olvidará de sus propios discursos y se pondrá a escuchar el sufrimiento de la gente. Jesús tiene fuerza para transformar nuestros corazones y renovar nuestras comunidades. Hemos de volver a él”.

Estoy citando a **José Antonio Pagola**, un enamorado de Jesús (**Cfr. “El camino abierto por Jesús - Marcos, pág. 127. Desclée 2011).**

El **Papa Pío XI** alentó a los Hermanos de San Juan de Dios a ejercer su misión de hospitalidad teniendo presente esta frase: “**caridad antigua con medios modernos**”.

Y la Compañía de Jesús, desde sus inicios, fue llamada a mantener y defender la fidelidad al Papa, pero a moverse en los terrenos de frontera. Y así se lo ha vuelto a recordar el Papa Benedicto XVI en su última Consulta General, año 2008.

No es fácil, insisto, ese reto. La frontera es un lugar por definición incómodo y, muchas veces, variable. Sin apenas darnos cuenta podemos estar actuando en uno u otro lugar de la misma. Hay que estar muy atentos.

Pero es un servicio impagable. La Iglesia ha crecido, en la mayoría de las ocasiones, gracias a tantas personas e instituciones que han estado anunciando el Reino y siendo sus testigos en lugares de frontera: de la vida, de la ciencia, del servicio a los excluidos...

Conocí al P. Javier Gafo, ya os lo decía. Y me lo hicieron conocer personas muy próximas a él, especialmente en el momento en el que su vida, marcada por la enfermedad mortal -el cáncer- caminaba hacia el final. Y en esos momentos, Javier manifestó a sus más íntimos sus sentimientos más profundos.

Con él se fueron a la tumba algunos de ellos referentes a lo que en su vida supuso el estudio, la docencia y las publicaciones de la bioética. Pero les puedo garantizar que nos dejó uno para que, quienes le apreciamos y consideramos amigo y profesor, lo continuemos: la bioética debe de ir hacia adelante, con absoluta rigurosidad académica, pero con total libertad evangélica.

Quizá ese pueda ser el reto que hoy tenga nuestra Universidad Pontificia y todas las Universidades Católicas. En todo caso, yo creo que es el reto de todos nosotros.



02/ La humanidad de nuestro cuerpo

Felisa Elizondo,
Profesora de Antropología teológica.
Instituto Superior de Pastoral. Madrid.
(Universidad Pontificia de Salamanca)

Reflexionar sobre nuestro cuerpo nos lleva a considerar el carácter único, singular del mismo, en definitiva: su humanidad. Son muchas las disciplinas científicas que mantienen un debate alrededor de que es el hombre, analizando conductas, propiedades y facultades.

Comprender a nuestro cuerpo nos ayuda a entender todos los aspectos que configuran el concepto dignidad. Los seres humanos aceptando su condición biológica, son capaces de pensar, de desarrollar una capacidad moral humana, de escoger unos determinados valores para la vida y de actuar conforme a esos valores.

Palabras clave: Cuerpo, Dignidad, Humanidad, Personalidad.

Reflecting on our body leads us to consider the unique, singular nature of it, in short: its humanity. There is an endless number of scientific disciplines that hold a debate about what man is, analyzing behavior, properties and powers.

Understanding our body helps us to understand all the aspects that make up the concept dignity. Accepting their biological condition, humans are able to think, to develop a human moral capacity to choose certain values for life and to act according to those values.

Key Words: Body, Dignity, Humanity, Personality.

1/

Una corporeidad única.

Se ha dicho con razón que una mejor comprensión de nuestro cuerpo es indispensable para entender adecuadamente los diversos aspectos de nuestra vida personal y para reconocer en nuestra carne cuanto de valioso y respetable contiene la palabra dignidad.

Hace unos decenios, **Ruiz de la Peña**, interesado siempre por una antropología cristiana afectada por cuestiones candentes, se hacía eco de la actualidad de la pregunta qué es el hombre.

La cuestión venía suscitando un debate interdisciplinar al que, además de filósofos, psicólogos, y teólogos - considerados hasta hace poco los

“Entendidos en la materia” -se sumaban etólogos, biólogos, neurólogos y especialistas en cibernética. Advertía también que el tradicional binomio alma-cuerpo, que recorre la historia del pensamiento, estaba siendo sustituido por el de mente-cerebro.

Pero -concluía- las preguntas duran y siguen dirigiéndose a la conducta, las facultades y propiedades de este ser que somos, al fenómeno hombre, y nunca son satisfactoriamente respondidas (**Imagen de Dios, 1988**).

No lo son a pesar de la interminable bibliografía que pueden exhibir las distintas “ciencias del hombre”, ahora más atentas que nunca a la condición corporal. Por esos mismos años, Laín Entralgo publicó también páginas interesantes para conocer el que pudiéramos llamar “estado de la cuestión” (**Laín Entralgo, 1989, 1991**).

Los trabajos sobre temas relacionados con la antropología se multiplican y con ellos aflora la interrogación sobre lo peculiar y significativo de nuestra corporeidad.

Esperablemente, las reflexiones sobre nuestro ser son al mismo tiempo intentos de comprender el carácter único, singular y original: la humanidad de nuestro cuerpo. El significado de nuestro cuerpo, la percepción interior que de él tenemos, su carácter de “**cuerpo vivido**” resultan temas ineludibles en la antropología actual.

Revierten en la comprensión de la medicina y tienen innegable alcance en la ética. La corporeidad se hace presente en el mundo de la comunicación y las relaciones humanas: pensemos en la sexualidad, en los gestos de ternura, en el cuidado, en la gestualidad de nuestras manos, en la expresividad de una mirada, o en el brotar de las lágrimas. La intelección de la conducta ajena y de la conducta propia exige incorporar al saber explicativo algo a lo cual este no puede llegar.

Ya desde comienzos del siglo pasado se ha venido advirtiendo que la pregunta por lo que somos cobra relieve en tiempos de crisis, provocada a veces por el riesgo de inhumanidad presente en actuaciones o en formas de pensar.

Que es urgida también por el espectacular avance de las ciencias que, al añadir nuevas piezas al puzzle, obligan a modificar la comprensión de nuestra realidad humana, y a atender a la corporal como dimensión inseparable de nuestro existir. En un conocido ensayo sobre el “lugar” clave para comprender lo humano que es la relación interpersonal, **M. Buber (1981)** dejó escrita esta observación:

Sigue siendo necesario avanzar en una reflexión sobre el ser humano que reconozca su valía

“Las épocas de la historia del espíritu en que le fue dado a la meditación antropológica moverse por las honduras de su experiencia fueron tiempos en que le sobrecogió al hombre el sentimiento de una soledad rigurosa, irremisible; y fue en los más solitarios donde el pensamiento se hizo fecundo. En el hielo de la soledad es cuando el hombre, implacablemente, se siente como problema, se hace cuestión de sí mismo, y como la cuestión se dirige y hace entrar en juego a lo más recóndito de sí, el hombre llega a cobrar experiencia de sí mismo”.

Si la asociación entre soledad, intemperie, situación de crisis e interrogación es pertinente, el interés actual por la antropología en sus diversas vertientes sería un indicador de que atravesamos un tiempo en que una humanidad “sin hogar” reabre a nueva profundidad la cuestión sobre sí misma.

Por otra parte, a propósito de la diversificación de las “ciencias del hombre”, se ha advertido más de una vez que la crecida en el conjunto de datos - que venía registrándose ya desde finales del XIX- no equivale a un auténtico “saber” sobre lo que somos:

“Ninguna época ha sabido conquistar tantos y tan variados conocimientos sobre el hombre como la nuestra... Sin embargo, ninguna época ha conocido al hombre tan poco como la nuestra. En ninguna época ha resultado el hombre tan problemático como en ésta”.

Y más recientemente, el teólogo **Pannenberg (1976)** entraba en la discusión reconociendo que vivimos en una época de dominio antro-

pológico en la medida en que una de las aspiraciones del pensar de nuestros días es la creación de una ciencia del hombre que lo abrace completamente. En nuestros días -terminaba afirmando- cuando las ciencias alcanzan el prestigio que en otros tiempos tuvo la metafísica, resulta necesario superar una visión fragmentada.

Por tanto, sigue siendo necesario avanzar en una reflexión sobre el ser humano que reconozca su valía a las aportaciones llegadas desde distintos ángulos, que acepte las cuestiones que esas ciencias entreabren, pero que sostenga la interrogación por el qué somos, sin parcializar ni acortar las respuestas.

Se entiende que el desafío movilice el interés de los filósofos y que las posibilidades de una comprensión renovada susciten expectativas en el terreno de la antropología filosófica (**Domingo Moratalla, 2007**).

Y que lo haga en la teología. Está en juego el carácter de veras humano de nuestro cuerpo, inseparable de nuestro existir personal, y de su dignidad. Algo que tiene innegables consecuencias éticas y que no es ajeno a la esperanza teológica que habla -con una fórmula que merece ser reconsiderada- de la “resurrección de a carne”.

2/

Reivindicación del cuerpo.

Científicos y pensadores han contribuido a poner en primer plano el problema (**Marcel** llega a hablar de misterio) del cuerpo.

Son conocidos y citados los ensayos de **Maine de Biran**, ya de los primeros decenios del XX. En ambiente español, **Ortega y Gasset** avisaba en 1926 sobre

“Un hombre europeo que se dirige recto a una gigante reivindicación de su cuerpo, a una resurrección de la carne”.

Abundantes trabajos posteriores no han hecho sino confirmar la tendencia ofreciendo un enorme caudal de observaciones sobre la peculiaridad del “cuerpo de animal racional” que es el humano.

Que somos corpóreos, que el cuerpo nos conforma en nuestra identidad personal, no parece admitir discusión. Nos reconocemos deudores de condiciones bio-psico-físicas al igual que lo somos de la sociedad, de la historia y la cultura en que estamos inmersos o por las que atravesamos en nuestra vida.

Pero no resulta fácil a estas alturas del desarrollo de las varias ciencias que tienen por objeto el ser humano, “pensar” comprensivamente el cuerpo. Nuestra expresión, nuestra presencia en el mundo, la comunicación y otras tantas acciones son corporales.

Nuestra relación con él no es como la que se da con otro objeto sino que nuestro cuerpo es “vívido”. Y es modelado por distintos factores biológicos y biográficos.

De ahí que el panorama de las diversas y nuevas antropologías deja percibir lo inconcluso de cada una, y la necesidad de plantear un diálogo a múltiples voces para llegar a una visión más integradora, que se aleje tanto de espiritualismos como de materialismos reductores.

Una pluralidad de abordajes como no se había dado antes se presenta en forma de otras tantas “antropologías” que, adjetivadas de acuerdo con el ángulo de mira específico, ofrecen las más variadas “definiciones” del ser humano, puesto que se refieren a muy diversas facetas y niveles de esta realidad. “Definiciones” no siempre fáciles de sostener conjuntamente.

De ahí que se reconozca la necesidad de avanzar, más allá del cúmulo de datos, hacia una visión renovada de la compleja unidad que somos.

3/

Hacia la superación de dualismos.

En la búsqueda de formulaciones más satisfactorias contamos con estudios detallados sobre la larga historia del encuentro y confrontación del pensar griego con la tradición bíblica y cristiana. Para dar cuenta de lo que somos se han mantenido siempre en tensión términos como espíritu y materia o alma y cuerpo.

Aunque ofreciendo matices que no se pueden ignorar, una propensión dualista ha prevalecido secularmente al menos en la tradición de occidente, por resultar más adecuada para decir de la excelencia de seres dotados de inteligencia y libertad, como garantía, siquiera lejana, de otro vivir tras la muerte.

Y cuando lo anímico ha sido considerado como representativo de lo humano ha comportado cierto olvido o la desconsideración del otro término del binomio.

Ciertamente, si la desatención y aun sospecha sobre la carne respondían a una antropología “espiritualista”, al menos en sus formulaciones más radicales, en el panorama actual prima otro riesgo: el de reducir la consideración de lo humano, y aun del cuerpo mismo, a sólo su materialidad.

Una parcialización que tiene representantes conocidos en la discusión académica. Se trata de formas de pensar que propenden a hacer irrelevante la diferencia respecto del mundo animal,

En toda actividad humana está implicado todo nuestro ser por la esencial relación entre conciencia y cuerpo

o caen en un monismo que en niveles superficiales se expresa en el llamativo “culto” de la figura, en la llamada “cultura del cuerpo”.

Pero las posiciones más atendibles sostienen la convicción de que somos un conjunto, una unidad psicofísica. En toda actividad humana -también en el más elevado pensar o en el dolor moral - está implicado todo nuestro ser por la esencial relación entre conciencia y cuerpo: el cuerpo - vino a concluir **Cl Bruaire (1968)** un filósofo que se interesó pronto sobre el tema - es implicación esencial de la existencia humana.

Es sabido que en la mentalidad bíblica - y en pensadores cristianos ya desde la antigüedad - la esperanza de resurrección y la ascensión de esta carne humana por el **Verbo** han actuado como correctivos importantes. Al repasar textos cristianos primitivos encontramos una insistente defensa del cuerpo como obra del **Creador**, y por tanto valiosa:

“No permitas que nadie afirme que este cuerpo nada tiene que ver con el Señor”,

Leemos en una catequesis de **San Cirilo de Jerusalén (314-387)**.

“Aguardamos la primavera de nuestro cuerpo”

escribió el autor de **Octavio (s III)**. El cuerpo es “lugar teológico”, se dice hoy, queriendo expresar lo que la comprensión creyente puede aportar a la conversación de los saberes sobre el destino de gloria que nos aguarda, la transformación de nuestra experiencia mortal en vida resucitada. El intento de pensar más unitariamente invita a los distintos saberes: ciencias, filosofía y teología, a avanzar hacia

una comprensión más integradora de nuestra condición.

“Nuestra conciencia es a un tiempo biológica y humana, humanamente biológica”.

sintetizaba **Laín Entralgo (1989)**, y añadía que el conocimiento de la conducta humana no puede ser satisfactoriamente alcanzado con lo que acerca de ella dicen las ciencias explicativas:

“Para una teoría cabal del comportamiento del hombre, la explicación de lo que acontece en el cuerpo humano es una condición necesaria, pero en modo alguno puede ser suficiente (...) Explicación y comprensión se complementan y coimplican.

4/

El cuerpo recuperado.

En este modo de pensar se encuentran afirmaciones llamativas como “soy un cuerpo” (bien es verdad que admitiendo a la vez la posibilidad de afirmar que “tengo un cuerpo”) o “soy un cuerpo que dice yo”.

Con todo, los intentos de abarcar la complejidad y de hablar más adecuadamente de nuestra corporeidad se encuentran con el desafío de salvar la distancia sin negar cierta continuidad, con el mundo material y con el animal más cercanamente.

Además, esta implicación de la corporeidad en el existir plantea también la necesidad de pensar la muerte con fórmulas que superen aquella “separación de alma y cuerpo” con la que tantos manuales y catequesis se referían en el pasado a ese trance. En la teología actual se insiste en que la fe en la resurrección no equivale al pensamiento de la inmortalidad, sino que apunta nada menos que a la trasfiguración de nuestro “cuerpo de carne” en “cuerpo de gloria”.

Una confianza sostenida no ya en argumentaciones filosóficas sino en la relación ofrecida gratuitamente por Aquel que nos ha querido así, seres corporales, y no retira su promesa de vida. Aunque hayamos de aceptar que no sea este un lenguaje esperable ni en la ciencia ni en la filosofía, y que la respuesta creyente a la cuestión de cómo los cuerpos resucitan ha de orientarse por una exégesis atenta al modo de decir simbólico de los propios textos bíblicos (1 Co 15:34-49).

5/

Hacia una síntesis difícil, pero irrenunciable.

Si en la mentalidad actual la “cultura del cuerpo” traspasa las pantallas, un pensar más serio explora hoy mismo otras honduras. Aunque resulta difícil dar cuenta exacta de las directrices en que se mueven las búsquedas variadas (basta pensar en terrenos como la genética o en el conjunto de las neurociencias que ocupan un espacio cada vez mayor en el cauce inicial de la biología), se puede advertir un intento de “recuperar” a otra altura aquella comprensión más integradora gracias al diálogo entre saberes.

A esa recuperación de la humanidad de nues-

tro cuerpo se refiere un paleontólogo **Sequeiros (2007)** que concluye su intervención a propósito de las nuevas perspectivas científicas y filosóficas sobre el ser humano, y que reproducimos por su interés para nuestro tema:

“Tanto la teología como la ciencia favorecen en la actualidad una visión de la persona como unidad psicosomática multistratificada que es organismo biológico y yo responsable al mismo tiempo. La vida humana tiene algunos niveles en común con toda la materia, con los seres vivos, con los animales.

Pero hay niveles exclusivamente humanos. La capacidad moral humana, enraizada en la biología, la separa de ella al adquirir la condición racional y la capacidad de elegir en función de unos valores. Los humanos trascendemos la mera instintividad biológica y somos capaces de emerger libres a valores diferentes.

Somos más que biología. Nuestra conducta se halla constreñida por los genes (no totalmente determinada). El yo no debe ser concebido como una entidad separada y autónoma, sino como la persona en su actividad unificada de pensar y sentir...y amar. El cerebro es proveedor de información no sólo intelectual sin también afectiva y volitiva. Pero es más que eso: “tenemos posibilidad de ver globalmente y de ser solidarios y responsables del otro.”

Por otra parte, tanto en la antropología filosófica como en la teología, se advierte ahora mismo una preocupación semejante.

El Concilio Vaticano II en un texto importante cuidó de formular la realidad humana lo más unitariamente posible:

“En la unidad de un cuerpo y un alma el hombre, por su misma condición corporal, es una síntesis del universo material, el cual alcanza por medio del hombre su más alta cima alza la voz para la libre alabanza del Creador.

No debe por tanto, despreciar la vida corporal, sino por el contrario, debe tener por bueno y honrar a su propio cuerpo. Como criatura de Dios que ha de resucitar en el último día”.

Con su resistencia, peso, heridas y dolor, nuestro ser reclama que glorifiquemos a Dios con nuestro cuerpo, sigue diciendo el **Concilio (cf GS 14)**, Este lenguaje, con sus límites pero también con su autoridad, muestra que el modo cristiano de pensar el cuerpo se ha beneficiado de aquel intento de recuperación de la unidad, y se suma a los de afirmar y defender el carácter irremisiblemente humano de nuestro cuerpo, con su innegable dignidad. Aunque hayamos de reconocer que no resulta fácil salir al paso de la sospecha de enemistad con “la carne” que suele verterse sobre el cristianismo, derivada -como decíamos- de cierto dualismo que ha influido en la tradición espiritual.

6/

Concluyendo.

Nuestra corporeidad, se viene insistiendo, es específicamente humana pues, al decir de los clásicos, la excelencia de las facultades superiores hace que nuestras capacidades de sentir, desear o elegir excedan las de los animales superiores y gocen de una apertura y plasticidad únicas. En los humanos no se

Nuestra corporeidad es específicamente humana

dan pautas de comportamiento fijadas por los instintos sino un hiato que consiente la actuación en libertad.

Hay continuidad y ruptura en la evolución lo que comporta ciertas deficiencias biológicas respecto de otros animales pero también una capacidad de conocer u obrar libremente (**Vicente Arregi y Choza, 1995**).

Siguiendo de cerca reflexiones que han incidido en los planteamientos antropológicos, aceptamos hoy que el ser humano es una síntesis de biología y cultura, que la biología es condición de posibilidad de la cultura, aunque ni la agota ni determina del todo.

El animal humano- se reconoce - es una novedad, una unidad psico- orgánica, que escapa a la fijación biológica y genética, y se constituye en naturaleza abierta, en un ser libre y responsable de sí y en relación con las otras realidades.

Un ser que construye una biografía. Por esa “específica estructura” (la terminología llega desde las formulaciones de **Zubiri**), la realidad humana posee muchos elementos comunes con los demás animales, pero es una estructura psico-orgánica única, ya que la animalidad ha sido elevada por obra de las mutaciones genéticas.

Una determinada estructura cerebral (que los más recientes estudios de la neurociencia se esfuerzan en analizar) consiente el surgimiento de una mente capaz de superar determinismos biológicos o genéticos. Capaz de un sentir inteligente como es el humano.

Admitir, a partir de lo que ofrecen las ciencias, que se ha dado un proceso evolutivo en el que se da un emerger bio-cultural de lo humano es avanzar hacia la superación de visiones reductoras como las del materialismo o monismo fiscalista, y dejar atrás planteamientos dualistas.

Esta perspectiva permite sospechar, desde nuevas perspectivas, lo original de nuestra

condición y afirmar la humanidad de nuestro cuerpo.

Los avances de las ciencias representan, desde luego, retos importantes para una comprensión de nuestro ser que no quiera desdejar esa originalidad, una comprensión como la que sostiene la visión creyente. Pero esos saberes ofrecen también apoyos a una visión humanista, y también cristiana, del ser humano.

Ciertamente una especie más en el conjunto de la biosfera, aunque dotada de una singular naturaleza, que comporta inteligencia, libertad, responsabilidad, lenguaje, sociabilidad, y demás cualidades específicas, con ayuda de las cuales podemos llegar a ser conscientes de la acción de Dios que nos ha llamado a la existencia y nos ofrece gratuitamente su salvación (**Beorlegui, s.d.**).

Y, como adelantábamos, no es difícil reconocer la importancia de esta comprensión de una corporalidad así “estructurada” para plantearlas bases de una ética, de una ética médica y de una ética de las relaciones interhumanas.

Corporeidad, humanidad, personalidad y dignidad son términos a poner en relación para hacer justicia a la realidad de los humanos, que son sujetos éticos y responsables de serlo respecto de sí mismos y de los demás. Sujetos únicos y solidarios a la vez.

Marcados por una incurable apertura a lo que les trasciende y capaces de esperar más allá de los límites de su vivir primero, tal como expresa una fe - esperanzada que no ha dudado en afirmar que nuestro “cuerpo de carne”, tantas veces también cuerpo desgastado o sufriente, será al fin “cuerpo de gloria”.

Pocos lo han expresado como el poeta **José María Valverde (1990)** en estos versos finales de una “Elegía del cuerpo”:

“ ...Pero no, pobre cuerpo,
Dios nos dará al entrar en sus dominios
El casco y la coraza de su soplo.
Seremos diferentes, claros, bellos,
Y seguiremos siendo nosotros,
sin embargo...”

Bibliografía

- ▶ **Beorlegui C. (n.d.).**
El proceso de globalización en lo cultural.
Recuperado 26 septiembre, desde
www.uca.edu.sv/filosofia/admin/
files/1207347370.pdf
- ▶ **Bruaire C. I. (1968).**
Philosophie du corps. *Paris : Seuil.*
- ▶ **Domingo Moratalla T. (2007).**
¿Cómo pensar al ser humano? Hacia un
saber del entre, *en L. Feito (ed.),*
Nuevas perspectivas científicas y filosóficas
sobre el ser humano
(p. 93-117). *Madrid: Universidad de Comillas.*
- ▶ **Pannenberg, W. (1976).**
El hombre como problema.
Una antropología teológica.
Barcelona: Herder.
- ▶ **Heidegger M. (1951).**
Kant and das Problem der Metaphisik.
Frankfurt: Vittorio Klostermann.
- ▶ **Imagen de Dios.**
Antropología teológica fundamental.
(1988). *Santander: Sal Terrae.*
- ▶ **Lain Entralgo, P. (1989).**
El cuerpo humano. Teoría actual.
Madrid: Alianza.
- ▶ **Lain Entralgo, P. (1991).**
Cuerpo y alma. Estructura dinámica
del cuerpo humano. *Madrid: Espasa-Calpe.*
- ▶ **Buber, M. (1981).**
¿Qué es el hombre?. *México: FCE.*
- ▶ **Sequeiros L. (2007).**
Nuevas perspectivas del ser humano desde
el conflicto entre la ciencia y la religión,
en L. Feito (ed.),
Nuevas perspectivas científicas y filosóficas
sobre el ser humano (p. 164-165).
Madrid: Universidad de Comillas.
- ▶ **Valverde J.M. (1990).**
Elegía del cuerpo. Poesías reunidas.
Barcelona: Lumen.
- ▶ **Vicente Arregui J., Choza J. (1995).**
Filosofía del hombre. Una antropología
de la intimidad (4ªed.).
Madrid: Rialp.



03/ La Responsabilidad como valor y como exigencia moral

Francisco Javier Obis Sánchez,
Director Gerente.

M^a Carmen Sanjoaquín Benavente,
Directora RRHH, Calidad y Organización.
Hospital San Juan de Dios. Zaragoza.

*“El hombre es el único ser conocido que tiene responsabilidad, solo los humanos pueden escoger consciente y deliberadamente entre alternativas de acción y esa elección tiene consecuencias. La responsabilidad emana de la libertad, la responsabilidad es la carga de la libertad”
Hans Jonas (1994).*

El término responsabilidad tiene muchas acepciones, la mayoría de ellas vinculadas a la libertad de elección del ser humano y de aceptación de las consecuencias de los actos efectuados en virtud de esa libertad.

La responsabilidad es uno de los valores de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, un valor que se demanda a los profesionales en el ejercicio de su profesión, a los gestores en tanto que ejercen la función de liderazgo y gestionan recursos humanos, materiales y económicos, a las organizaciones como representación de su compromiso social y también como conjunto de individuos comprometidos con la misión y los valores juanderianos.

Palabras clave:

Carisma, Compromiso, Responsabilidad, Valor.

The term “responsibility” has many meanings, most of them linked to human beings’ freedom of choice and acceptance of the consequences of acts carried out under that freedom.

Accountability is one of the values of the Hospitaller Order of St. John of God, a value that is claimed to professionals in the exercise of their profession, to managers – as they exercise their leadership role and manage human, material and economic resources - to organisations as representatives of their social commitment as well as a group of individuals committed to the mission and values of St John of God.

Keywords:

Charisma, Commitment, Responsibility, Value.

1/

La Responsabilidad: Valor Universal.

Cuando buscamos el significado en castellano de la palabra responsabilidad, existen varias acepciones:

1. Como imputabilidad o posibilidad de ser considerado sujeto de una deuda u obligación.
2. Como compromiso.
3. Como sinónimo de causa. La virtud de ser la causa de los propios actos, es decir, de ser libre.
4. Como deber de asumir las consecuencias de nuestros actos.

Por tanto, la responsabilidad es un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos. Una vez que pasa al plano ético (puesta en práctica), persisten estas cuatro ideas para establecer la magnitud de dichas acciones y afrontarlas de la manera más propositiva e integral, siempre en “pro” de mejorar el ámbito laboral, social, cultural y natural.

Responsable es aquel que conscientemente es causa directa o indirecta de un hecho y que, por lo tanto, es imputable por las consecuencias de ese hecho, terminando por configurarse un significado complejo: el de responsabilidad como virtud por excelencia de los seres humanos libres.

En la tradición kantiana, la responsabilidad es la virtud individual de concebir libre y conscientemente las máximas universalizables de nuestra conducta. Para Hans Jonas, en cambio, la responsabilidad es una virtud social que se configura bajo la forma de un imperativo que, siguiendo la argumentación de Kant, ordena:

“Obra de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica en la Tierra” (Jonas, 1994, p. 40)

y que se denomina el “principio de responsabilidad”.

Una manera de entender la responsabilidad es la capacidad que tiene el individuo de dar respuesta. Responder responsablemente nos da valor como personas, comprometidos en cada uno de nuestros actos. Tiene un efecto positivo en las personas porque genera confianza. En el trabajo sanitario y/o social nos obliga a ser cuidadosos con la persona que sufre y responder con minuciosidad y respeto a las necesidades de salud pero también a las personales, sociales y espirituales.

La responsabilidad se asocia a la capacidad existente, en el sujeto activo de derecho, para entender las consecuencias de sus acciones, de la cual surge la obligación de satisfacer y reparar una culpa.

Cuando tu labor se desarrolla en el ámbito sanitario y/o social, la responsabilidad no se limita

Cuando tu labor se desarrolla en el ámbito sanitario y/o social, la responsabilidad se demuestra en unas buenas aptitudes en el desempeño de tu rol profesional

a poner en práctica los conocimientos técnicos adecuados, sino a mostrar unas buenas aptitudes en el desempeño de tu rol profesional, a complementar todo lo anterior, con una actitud orientada a recuperar el confort y el bienestar, no solo físico, sino psíquico, social y espiritual, de aquellas personas que tienen carencias o están en situación de vulnerabilidad y el reto es conseguirlo mediante el trabajo en equipo y con los recursos disponibles.

La responsabilidad es un deber, una exigencia moral. Como elemento deontológico, se inicia cuando hay una constatación fáctica y las generaciones actuales tenemos la obligación de hacer posible la continuidad de la vida y la supervivencia de las generaciones futuras.

“Obra de tal manera que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana” (Jonas, 1994, p. 172).

Pero nuestra cuota de responsabilidad siempre dependerá del poder que tengamos para realizar, o impedir, el hecho respecto al cual debemos rendir cuentas. Según advierte Hans Jonas (1994), el poder es una “conditio sine qua non” del hacerse responsable. Por tanto, el “querer” no basta y tiene que verse necesariamente acompañado por el “poder”.

2/

La Responsabilidad como Valor Institucional.

Para responsabilizarnos de algo, se requiere una capacidad potencial para llevarlo a cabo u obsta-

culizarlo, por tanto desde la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se es responsable cuando en nuestra atención y gestión se siguen fielmente los ideales de San Juan de Dios y de la Orden, se respeta el medio ambiente, la responsabilidad social, la sostenibilidad, la justicia y la distribución ecuánime de nuestros recursos.

Para hacerlo, nuestros profesionales deben conocer que se espera de ellos, para vivenciarlo y transmitirlo y ha de enfocarse desde diferentes puntos de vista y en diferentes ámbitos de actuación.

2/1

Responsabilidad de fomentar la “misión compartida” y transmitir el Carisma.

El Carisma de Juan de Dios es incuestionable, su forma de actuar transcendía a su persona, tal y como se recoge en el documento “El camino de la Hospitalidad según el estilo de San Juan de Dios”,

“No se trataba de actitudes y gestos humanos que al expresarse a través del amor hacia los enfermos y necesitados suscitaban admiración e impulsaban a colaborar en su obra” (Orden Hospitalaria San Juan de Dios [OHSJD], 2012a, p. 6).

Su pensamiento, su estilo de vida y sus acciones hicieron que su obra tuviese una continuidad y que contagiara a otras personas a vivir según su mismo espíritu, “una entrega total al servicio de los necesitados”, plasmando el amor de Dios por sus hijos que le había sido revelado.

Desde entonces, han sido los Hermanos, junto con los colaboradores (profesionales, voluntarios y bienhechores) los que han mantenido viva la Misión, se ha desplegado este Carisma en

LH n.310

coherencia con los tiempos, culturas y necesidades de la Sociedad.

Con gran responsabilidad individual, se ha respondido a las necesidades de quienes sufren y de las personas asistidas en los diferentes Centros de la Orden.

En la actualidad, la relación entre Hermanos y colaboradores continúa siendo una relación muy fluida, pero la realidad en las obras ha cambiado sustancialmente, y somos los colaboradores, los que con nuestros actos y comportamientos, tenemos un protagonismo muy importante, para mantener vivo el espíritu y la Identidad Institucional.

Cuando hablamos de “**Carisma y Misión compartida**” sucede frecuentemente que el escenario al que nos enfrentamos no es simplemente realizar una tarea conjunta, aunque esa tarea signifique asumir la responsabilidad, el compromiso, con la realidad de personas y colectivos en situación de enfermedad, vulnerabilidad o riesgo social, sino que es una responsabilidad compartida, es decir, es común a dos o más personas y se identifica como corresponsabilidad.

El orientarnos a la apertura de espacios necesarios para conseguir y mantener la responsabilidad entre Hermanos y colaboradores implica:

- Sensibilizar e informar a la Familia Hospitalaria en nuestra Misión compartida, mediante una **formación continua**, estimulando la transmisión de nuestra Identidad, siendo algo vivencial para impulsar la responsabilidad y conciencia moral en cada uno de nuestros actos durante la atención sanitaria y/o social.

El fin último, es que todos estemos implicados en un proyecto común, porque si la Institución deja de ser fiel a su identidad, estará comenzando a desaparecer o será el comienzo de algo diferente.

- Promover una **atención integral comprometida**. Para ello, es necesario mantener en los

Centros un estilo de trabajo donde la acogida con respeto y el compromiso con la realidad de las personas que asistimos y cuidamos, sea el centro de nuestras actuaciones, dando valor y dignidad a su vida.

- Potenciar y crear **cauces que favorezcan el compromiso** estable, la **participación** y la **delegación** (confiar responsabilidades) porque la corresponsabilidad no se reduce sólo a la buena voluntad. Debe vehicularse por cauces concretos a todos los niveles siendo preciso crear y cuidar los espacios y las estructuras necesarias para hacerse efectiva.

Se deben potenciar toda clase de medios, por modestos que parezcan, para estimular la información, las consultas, la comunicación, la elaboración, realización y evaluación de proyectos.

Pero para realizarse adecuadamente se debe trabajar internamente (presencias, formación, acompañamiento personalizado, organización, experiencias...) pero también se debe cuidar el entorno tanto de laicos como de Hermanos, (familia, comunidad, vida social, política, laboral, recreativa...).

- Mantener la **presencia de los Hermanos** en la Misión: siendo guías ético-morales, conciencia crítica en las diferentes realidades a las que se enfrentan (cultura, religión, atención a enfermos y/o necesitados,...).

En el Capítulo 1 de la Carta de Identidad (OHSJD, 2000), documento elaborado durante el periodo en que el Hermano Pascual Piles era General de la Orden y en el que se traslada la manera de “**hacer**” de la Institución a los tiempos actuales, queda recogido el compromiso de los Hermanos a la hora de compartir la misión

“**Consideramos que Hermanos y Colaboradores somos el “capital” más importante de la Orden para llevar a cabo la misión.**

En la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se es responsable cuando en nuestra atención y gestión se siguen fielmente los ideales de San Juan de Dios y de la Orden

Los Hermanos Hospitalarios queremos compartir nuestro carisma con cuantos se sienten inspirados por el espíritu de San Juan de Dios”

y tenemos la responsabilidad conjunta de mantenerlo vivo y transmitirlo a otras Generaciones.

2/2

Responsabilidad en la Gestión de los Centros.

El **Hno Donantus Forkan** General de la Orden en el periodo 2006-2012 afirma que

“**En el campo sociosanitario actuamos al lado de un número creciente de competidores. Además de las estructuras de las Órdenes Religiosas, existen estructuras del Estado y cada vez más, empresas gestionadas por particulares que a menudo, se asocian para formar verdaderos grupos industriales.**

No podemos ignorar la realidad de la existencia de la competencia, pero nuestros Centros no son un servicio más, sino como destaca Benedicto XVI en la Encíclica “Deus Caritas est”, somos Centros que deben distinguirse como estructuras de Iglesia. Sin embargo, en esta coyuntura también debemos aprender de los demás” (OHSJD, 2012a, p. 3).

Así como ser permeables a “**nuestro hacer**”, compartiendo nuestros avances y progreso, hacia la Sociedad.

Analizando estas palabras, en nuestros Centros tenemos la responsabilidad de mirar al entorno en que estamos, e influir positivamente en él,

desde nuestra visión de la asistencia a la persona, identificando las técnicas y buenas prácticas que nos ayuden a evolucionar en la gestión, así como, las que no nos son útiles o son contrarias a nuestros principios y/o intereses, pues para nosotros, directamente el fin jamás debe justificar los medios.

Esta reflexión se puede extrapolar al ámbito empresarial, la cultura, principios y actividad de las empresas marcan un estilo de “**hacer las cosas**” y un “**resultado esperado**” y una gestión propia.

En nuestro caso se ha denominado “**Gestión Carismática**” y es el estilo de gestión que la Orden Hospitalaria promueve en los diferentes Centros conjugando una gestión cualificada, eficiente y de excelencia con los valores de la Orden Hospitalaria y que tengan como resultado un mejor servicio a los enfermos y necesitados. Una definición clara y sencilla es

“**Hacer las cosas bien, con sentido y siguiendo los Principios que justifican la razón de ser de nuestra Institución” (OHSJD, 2012a, p. 6 y p. 40).**

2/2/1
¿PERO CÓMO SE TRADUCE A LA PRÁCTICA DIARIA ESTA GESTIÓN CARISMÁTICA?

El Hno Forkan apunta que debemos ser aperturistas y tener capacidad de adaptación, los tiempos cambian y la Institución tiene que estar atenta a estos cambios porque afectan directamente a nuestra labor, ya que los sistemas sanitarios y sociales están en continuo cambio. Así mismo, afirma que

“**Si bien nuestros centros no se consideran principalmente como empresas, las reglas del mercado también nos afecta a nosotros” (OHSJD, 2012b, p. 20),**

LH n.310

por tanto, debemos ejercer una gestión actual, eficiente y moderna. Los hitos de este proceso han sido la **Carta de Identidad (OHSJD, 2000)**, documento que nos sirve de orientación fundamental y para afrontar las diferentes cuestiones de la misión como Institución y donde se describe y define básicamente también la gestión carismática.

De la lectura de dicho documento se puede identificar un modelo concreto, que se percibe y nos hace diferentes en:

- La organización de los Centros.
- La Gestión y Liderazgo.
- La Asistencia.

En la actualidad es habitual oír hablar de gestión ética en las empresas aunque existe cierta ambigüedad entorno a este concepto. Desde una perspectiva humanista, se entiende por ética aquella actuación respetuosa con la dignidad humana. De esta manera, la persona es el centro y trasladando ésto al ámbito de la empresa, significa poner a la persona en el centro de la toma de decisiones, donde el mero beneficio económico no puede ser el fin de la misma, sino que, buscando la viabilidad económica del proyecto, el objetivo último debe ser la promoción de la dignidad de las personas.

Nuestros Centros, que hasta hace muy poco tiempo, estaban gestionados directamente por los Hermanos, han pasado a ser dirigidos por personal laico, llamados a guiar los diferentes proyectos asistenciales, siendo garantes y a la vez impulsores de la transmisión de la Identidad de la Orden, con autonomía en la gestión, aunque los Hermanos realizan un ejercicio de responsabilidad de Vigilancia y Dirección de las obras.

2/2/2

¿CÓMO SE CONSIGUE?

Ejerciendo un Estilo de Dirección basado en los Valores que nos son propios, donde el equipo directivo consiga que los profesionales se sien-

tan implicados con el proyecto, obteniendo los mejores resultados y un óptimo desarrollo en cada una de las Obras.

Además es necesario que los directivos sean, no sólo gestores, sino líderes, “**modelos**” para los demás, pero con humildad, ya que desde esta actitud, se enseña a reconocer y aceptar sus limitaciones y a luchar por superarlas, a aprender a escuchar, a reconocer las fortalezas de los demás, a ganar en autonomía y responsabilidad y a desarrollar una cultura de aprendizaje. Esta forma de liderar se debe desplegar a los diferentes niveles organizativos (mandos y responsables) con el fin de orientar en los comportamientos esperados, así como, los objetivos a conseguir, motivando e ilusionando. Para ello es necesario:

- Implementar unos buenos canales de comunicación, con transparencia y coherencia en el mensaje, donde tenga cabida la diversidad y la pluralidad.
- Conseguir que los profesionales se involucren activamente en el logro de los objetivos.
- Fomentar que cada uno asuma las actividades para las que está capacitado.

Los líderes deben considerar el tipo de empresa que gestionan, en nuestro caso, entidades sin ánimo de lucro que están al servicio de las personas y de la Sociedad y que no tienen como objetivo acumular riqueza, pero que con su gestión deben ser sostenibles económicamente, realizando una correcta distribución de los recursos, que permita una viabilidad económica a medio y largo plazo. Los recursos que se generan se destinan al propio Centro, pero se deben gestionar con criterios empresariales, con el fin de garantizar la viabilidad del mismo.

Como afirma **Manel Peiro (2012, p. 31)**,

“**Para que los profesionales asistenciales compatibilicen su compromiso con**

La gestión carismática en la Orden conjuga la calidad, la eficiencia y la excelencia con sus valores para obtener un mejor servicio a los enfermos y necesitados

la profesión y la demanda de lealtad de la Institución, es necesario que los centros hospitalarios disponga de una autonomía de gestión ... En la medida que la Institución en la que trabajan, se interesa y se preocupa por ellos, se esfuerza por facilitarles el ejercicio de su profesión, por mejorar las condiciones en que la ejercen y favorecer su progreso profesional, que distribuye los recursos con imparcialidad, que reconoce y recompensa las contribuciones sobresalientes, la valoración del apoyo organizativo percibido por ellos se incrementará y, en consecuencia, también se intensificará su compromiso con la organización”.

Desde el punto de vista asistencial, tenemos la responsabilidad de dar una asistencia con una visión holística de las personas atendidas. Para ello, se debe realizar una gestión óptima, conseguir los recursos necesarios, organizarlos y asignarlos de manera adecuada. Se debe mantener una equidad en las decisiones sin traicionar lo innegociable que es la asistencia integral a las personas.

Los profesionales deben de ser capaces de hacer lo necesario para:

- Lograr los objetivos propuestos (eficacia) mediante la óptima utilización de los recursos disponibles (eficiencia), dando una respuesta profesional en coherencia con los principios éticos de la profesión y animados por esta filosofía de la atención integral.
- El compromiso por mantener la competencia técnica adecuada al nivel asistencial que se ocupa en cada momento, y la capacidad humana, con cualidades como: apertura, acogida, capacidad de escucha y dialogo, actitud de servicio y humildad, son las bases imprescindibles para hacer posible esta respuesta profesional.

Los líderes deben:

- Garantizar una adecuada dotación técnica y tecnológica en los Centros según el nivel asistencial y el entorno en el que realiza su trabajo.
- Mantener un compromiso claro en relación a la gestión responsable de las personas que desarrollan su trabajo en el Centro (cumplimiento legislación laboral vigente en cada país, política retributiva que busque la equidad salarial interna y que sea una remuneración posible, acogida y acompañamiento durante la relación laboral, respeto y reconocimiento por el trabajo bien hecho y un compromiso en la mejora de las condiciones del desempeño del trabajo).

Todo ello desde la humildad, prestando más atención al bien común de la Organización que al bien personal e interesándose por las motivaciones de los colaboradores y facilitando su crecimiento en la misma, siempre y cuando sean compatibles con los objetivos y principios del Centro. Configurando un estilo de dirección distinto, propio de un liderazgo basado en valores.

2/3

Responsabilidad Social y apertura a la Sociedad.

Desde el punto de vista empresarial, cuando se habla de Responsabilidad Social se hace referencia a tres ámbitos de responsabilidad: económica, social y medioambiental; una alusión a los interlocutores ante los que la empresa se presenta como responsable, la identificación de estas responsabilidades como voluntarias y en algunos casos alguna referencia al carácter integrado de la Responsabilidad Social en la estrategia, las políticas y las operaciones.

El enfoque aperturista que desde la Orden se potencia en los modelos de gestión, se aplica también ante la responsabilidad que asumimos hacia la Sociedad, por lo que tenemos que ac-

LH n.310

tualizar el Servicio que ofertamos, adaptándolo a la realidad (a la cultura) en la que estamos presentes, transmitiendo un mensaje actual y prestando un servicio a la Sociedad en su entorno inmediato. Esta aportación también se debe realizar en el ámbito profesional en el que desempeñamos nuestra actividad (sanitario / social), tenemos la responsabilidad de formar profesionales sensibilizados, que posean las competencias técnicas, humanas y sociales necesarias para orientar su trabajo hacia un enfoque integral en la asistencia.

Como Institución perteneciente a la Iglesia Católica, los principios basados en el humanismo cristiano y en su doctrina social, deben ser elementos dinamizadores de nuestra influencia en la Sociedad. Tenemos la responsabilidad de denuncia social activa, así se recoge:

“La Orden continuará siendo conciencia crítica en los lugares en los que existencia médica y social sea carente y promoverá el sano desarrollo de la estructuras sanitarias y asistenciales a las que puedan acceder todos, en especial los más desfavorecidos” (OHSJD, 2004).

Pero además, tenemos la responsabilidad de favorecer un espacio donde los diferentes grupos y colectivos con lo que nos relacionamos, así como, nuestros usuarios se sientan apoyados, representados y escuchados tanto en sus expectativas como en sus necesidades, para satisfacer lo que en cada momento se necesite, aun cuando esto nos exija ser su “voz” en la sociedad.

Somos responsables de promover una conciencia moral en relación con el impacto ecológico provocado y la necesidad de proteger la biosfera, dado que el deterioro medioambiental afecta de modos conocidos a las comunidades que lo sufren directamente (empobreciendo el suelo, empeorando la salud pública, contaminando acuíferos, ...) y de modos imprevisibles

e incalculables a todo el planeta. Esto supone obligar a las generaciones futuras a costear nuestro propio bienestar y privarlas de recursos insustituibles. No podemos cerrar los ojos a esta realidad y la única reacción posible es contribuir a un modelo de crecimiento económico ecológicamente sostenible.

Como conclusión a esta reflexión, en relación con la puesta en práctica de la Hospitalidad a través de la Responsabilidad, se debe señalar que cada vez más, se desarrollan modelos de gestión en relación con este valor, cuyo fin es establecer las directrices y las pautas a las empresas, independiente del sector de actividad que desarrollen su actividad, indicadores que cuantifiquen y permitan establecer líneas de actuación que mejoren estos resultados, innovando y observando las buenas prácticas de la competencia y participando en iniciativas conjuntas con otras empresas, Instituciones y colectivos afines.

Pero no debemos olvidar que somos responsables de mantener el Carisma heredado, transmitirlo, actualizarlo, leyéndolo en clave de presente y futuro, para que este compromiso Institucional se refleje hacia la Sociedad desde la globalidad y la universalidad.

Bibliografía

- ▶ **Álvarez, D. y de la Torre, J. (2002).** ¿Empresas desalmadas? Una visión ética del mundo empresarial. *Madrid: Dykinson.*
- ▶ **Arcas Díaz, P. (2007).** Hans Jonas y el principio de responsabilidad: del optimismo científico-técnico a la prudencia responsable. *Granada: Universidad de Granada.*

- ▶ **Argandoña, A. (1994).** La ética de la empresa. *Madrid: Instituto de Estudios Económicos.*
- ▶ **Argandoña, A. (2012).** ¿Qué es y que no es responsabilidad social? *Recuperado 25 septiembre 2014 en www.iese.edu/research/pdfs/OP-0199.pdf*
- ▶ **Argandoña, A. (2013).** Reputación y Humildad en la Dirección de Empresas. *Recuperado 25 septiembre 2014 en papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2343328*
- ▶ **Francés Gómez, P. (2004).** Ética de los negocios: Innovación y Responsabilidad. *Bilbao: Desclee de Brouwer.*
- ▶ **Francés Gómez, P. (2005).** Responsabilidad Social de las Empresas: Fundamentos y enfoque de la gestión responsable. *Madrid: Forética.*
- ▶ **Jonas, H. (1994).** El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. *Barcelona: Herder.*
- ▶ **Jonas, H. (1997).** Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad. *Barcelona: Paidós Ibérica.*
- ▶ **Orden Hospitalaria San Juan de Dios. (2000).** Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. *Roma: Orden Hospitalaria San Juan de Dios.*

- ▶ **Orden Hospitalaria San Juan de Dios (2004).** El camino de la Hospitalidad según el estilo de San Juan de Dios. *Recuperado 25 septiembre 2014 en www.obsjd.org/Objects/Pagina.asp?ID=1407*
- ▶ **Orden Hospitalaria San Juan de Dios (2009).** Estatutos Generales Orden Hospitalaria De San Juan de Dios. *Roma: Orden Hospitalaria San Juan de Dios.*
- ▶ **Orden Hospitalaria San Juan de Dios. (2012a).** La Gestión Carismática en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios: Guía para la evaluación y mejora de nuestra misión apostólica. *Roma: Orden Hospitalaria San Juan de Dios.*
- ▶ **Orden Hospitalaria San Juan de Dios (2012b).** Primeros pasos en el camino de la Hospitalidad: Manual de Usuario de la Carta de Identidad de la Orden. *Recuperado 25 septiembre 2014, en www.obsjd.org/Resource/TestointegralspaOK.pdf*
- ▶ **Peiro, M. (2012).** La ética en las Instituciones Sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial. *Barcelona: Fundación Victor Grifols i Lucas.*



04/ Calidad

un valor no solo una herramienta

Francisca Palmero Pérez,
Directora de Enfermería.
Hospital San Juan de Dios. Zaragoza

"...Un Hospital que cura al enfermo, pero que no se preocupa de su persona, corre el peligro de hacerse inhumano y deshumanizante en el sentido más amplio de la palabra"
Pier Luigi Marcchesi (1986)

Durante los últimos años estamos asistiendo a una crisis de valores, crisis que está generando dolor y frustración en ámbitos de la vida personal, familiar y social de nuestro país y fuera de él.

Las actividades bancarias, industriales, comerciales e incluso algunas actividades de organizaciones solidarias, se han visto salpicadas por esta falta de valores en sus estructuras y ello está repercutiendo de forma importante en toda la población. Para la Orden de San Juan de Dios es fundamental la calidad en la prestación de servicios a aquellos a los que atiende, lo que lleva al concepto de "calidad juandeniense", basada en una atención holística que busca cubrir todas las necesidades de la persona destinataria de los cuidados.

Palabras clave:
Atención holística, Calidad, Competencias, Valores.

In recent years we are witnessing a crisis of Values, a crisis that is causing pain and frustration in areas of personal, family and social life of our country and beyond.

Banking, industrial, commercial and even some solidarity organizations' activities have been affected by this lack of values in their structures and this is causing an impact significantly on the entire population. For the Order of St. John of God, the quality of care services is essential, which leads to the concept of "John-of-God's quality" based on a holistic care that aims to cover all the needs of the target person of care.

Key words:
Competences, Holistic care, Quality, Values.

1/

Visualizar los valores.

Hablar de Valores Institucionales está hoy más de moda que nunca, ya que desde el punto de vista filosófico y logicista como sustenta el filósofo alemán **Herman Lotze (1817- 1881)** citado por **Beatriz Centi (1993)** los valores están fuera de la realidad, y diferencia entre el ser y el hacer, haciendo famosa su frase “**Los valores no son, sino lo que valen**”.

En contraposición con esta postura, encontramos lo que expresa **Adela Cortina (2009)** filósofa, catedrática de Ética en la Universidad de Valencia, que dice “... **los valores son necesarios para hacer habitable el mundo, para ponerlo en condiciones...**” considerándolos imprescindibles para hacerlo funcionar de una manera justa. Por tanto, ¿cómo hacemos valer los valores en una institución si son necesarios para hacerla más justa?

En las últimas décadas, las organizaciones empresariales han desarrollado estructuras, centradas en hacer visibles los valores y objetivos a través de la definición de Misión, Visión y Valores.

Se intenta con ello diferenciar y resaltar “**lo que se hace**” y “**cómo se hace**” de acuerdo a su propia identidad. Una identidad que viene definida por los pilares de la cultura corporativa que son

lo que sustentan las conductas y las actitudes de las personas.

“...Los Valores, generan principios de conducta; cuando se refiere a organizaciones, los Valores generan confianza en la institución y muestran credibilidad y legitimidad social”
Hno. Quim Erra (2011).

Los principios y los valores de una organización a veces no son los mismos que los de los profesionales y pueden, en algunos casos, colisionar. Cuando las organizaciones son humanísticas y el centro de atención es el ser humano, como es el caso de las organizaciones sanitarias, realizar el encaje puede ser un reto añadido. En el momento actual de crisis económica y más específica sanitaria, es cuando los gestores debemos ser más conscientes de la necesidad de hacer visibles los valores institucionales. Valores que no pueden ser meramente unas líneas en los planes estratégicos, sino que deben ser un referente de cultura propia.

Una guía que genere proyectos a largo plazo y compromiso con la sociedad y los profesionales. Para ello, es preciso compartirlos con los profesionales, conjugando la ética asistencial y la ética gerencial.

Margarita Peya, profesora de Gestión de Servicios de Enfermería en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, declaraba (**La ética en las instituciones sanitarias, 2012**), lo fácil que es a veces para el gestor dar más importancia a la gestión en sí misma que al proceso asistencial.

El gestor, para esta profesora, debe tener claro que su papel es el de facilitador, lo que indica que está al servicio de los profesionales, ya que son ellos los que están en contacto directo con el verdadero protagonista de la institución, el usuario, paciente y familia.

2/

El compromiso con la calidad.

“...Un líder no debe nunca conformarse con la mediocridad, o con la chapuza: la gente necesita que se le anime a llegar a ser lo mejor posible... la realización personal consiste en llegar a lo mejor que uno puede ser, o que uno es capaz de llegar a ser...”
James C. Hunter (2013)

La **Calidad** como uno de los valores centrales de San Juan de Dios, nos va a orientar y ayudar para integrar el compromiso de los profesionales con la Misión de la Institución. La asistencia centrada en la persona del paciente y no en el profesional obliga a un importante cambio de hábitos, mentalidades y privilegios y para ello es necesario identificación con la organización, pero esto se hace más fácil, cuando dicha organización está integrada por grupos, con objetivos propios y cercanos, que desarrollan líneas de compromiso y facilitan que los individuos se sientan parte importante, aproximando así, sus intereses a objetivos concretos que nos acercarán al objetivo principal.

Ya **San Juan de Dios** en el S. XVI, supo adelantarse a la asistencia de su época, iniciando criterios de organización de los recursos y aplicación de tratamientos, pero también atención cercana y completa (Instrucción de Novicios de Orden de la Hospitalidad); por ello, **desde nuestras Instituciones estamos obligados a hacer aportaciones novedosas en esta línea**, en nuestra sociedad y desde nuestros centros.

La capacidad técnica y humana de nuestros profesionales debe hacerse evidente en el día a día de nuestros centros.

Para **Begoña Román**, profesora de Ética de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona, en sus manifestaciones sobre la ética en las instituciones sanitarias (**La ética en las instituciones sanitarias, 2012**), nos recuerda que

“El vínculo entre la profesionales asistenciales y gerencias es más difícil de crear, cuando la organización es meramente un LOGO, sin directrices claras y objetivos compartidos, ya que precisan como en una organización musical ensayos, partituras, coordinación y conocimiento del rumbo”.

Para acabar con las referencias citaré a **Francesc Moreu**, socio director de Moreu y Asociados, que nos dice en su artículo referenciado en **La Ética en las Instituciones (2012)**, que

“No hay reglas matemáticas para llegar a un vínculo entre los profesionales y los pilares de las instituciones (los Valores) y habrá que deliberar y discutir cómo lograr una meta común, gestionando los desencuentros”.

Se necesita para ello, según este consultor, formación en gestión, recordar la misión compartida y desarrollar políticas de reconocimiento, sabiendo, que tratar igual a los que no los son, por responsabilidad, rendimiento y desempeño, forma parte de la injusticia de las organizaciones.

Se hace necesario, acordar qué es un mérito en la organización y basarnos en una gestión por valores, más que por objetivos.

Explicitar y dar a conocer las expectativas mutuas y su seguimiento forma parte de la gestión de la calidad.

Para ello es primordial una buena definición de competencias que nos permita seleccionar a aquellos técnicamente más preparados, pero además personas que aportan valores propios y universales alineados con los valores institucionales; unos valores que se derivan de la atención al desfavorecido que es la Misión de la organización, como recogen las Constituciones de la Institución. Estos valores plurales van más allá de creencias religiosas concretas, no se sostienen por la fuerza y debemos buscar, al elegir nuestros profesionales, la posibilidad de compartir el compromiso necesario para hacerlos reales.

Partir de un modelo asistencial con un compromiso ético institucional, asentado en unos valores hace que los que debemos acompañar en su desarrollo a los profesionales, encontremos en los sistemas de calidad una forma de compartir este compromiso y de animar a la realización personal también a través del trabajo.

3/

Calidad asistencial. (Breve evolución histórica).

“...Poner palabras nos ayuda a entender, organizarnos y tomar conciencia de dónde venimos y hacia donde queremos o pretendemos ir. También en la vida de las instituciones y en el desarrollo de las profesiones, nos viene bien plantearnos cómo explicar lo que hacemos, como lo hacemos, fundamentarlo y proyectarlo en el futuro...”
Hno. Joaquim Erra (2011).

El término Calidad, es difícil definir, incluso relacionándolo con productos concretos, pero cuando hablamos del mundo sanitario o social,

donde el producto final es la Salud (bienestar físico, psíquico, social y espiritual) en la última acepción de la OMS, resulta mucho más difícil de precisar.

En el mundo asistencial, médico y de enfermería, la preocupación por la calidad es tan antigua como el propio ejercicio.

Quizá con otro nombre, San Juan de Dios (1495-1550), en el siglo XVI, con su organización de pacientes y distribución de recursos para hacer más eficiente e integral un modelo de atención, **Florence Nightingale** (1820-1910), a mitad del siglo XIX, con la clasificación de pacientes para reducir las tasas de mortalidad en la guerra de Crimea o Codman (1869-1940), durante la primera mitad del siglo XX, con su interés por la efectividad de la cirugía, son precursores del concepto de calidad asistencial más técnico.

- La Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAHO), en los años cincuenta del siglo XX, inició con el reconocimiento a los centros que cumplían con unos estándares su capacidad de “buen hacer”. Hoy en día la JCAHO (Aranaz y Vitaller, 2002) considera en su proceso de acreditación:

- La estructura.
- La gestión de los recursos.
- La orientación al paciente.
- La mejora de los procesos.

Para conseguir estos estándares que se utilizan en las auditorías, se partía de perspectivas de calidad aportadas individualmente por profesionales, pacientes y la sociedad.

Como vemos, además de la parte técnica, ya se **incorpora la orientación al paciente**. Todo este proceso se lleva a cabo mediante auditorías no con una finalidad punitiva sino de prevención del error y mejora continua.

El proceso de Mejora Continua no precisa conocer quién ha cometido el error sino averiguar, qué procesos deben ser rediseñados porque precisan

Los valores no pueden ser meramente unas líneas en los planes estratégicos, sino que deben ser un referente de cultura propia

mejorar. Es destacable en este proceso el **análisis de resultados**, un análisis que nos permitirá mejorar los efectos e involucrar a **los profesionales** en este sistema que nos permite aprender para prevenir el error.

- Uno de los principales artífices de la calidad a mitad del siglo XX fue el **Dr. Avedis Donabedian**, (1919-2000), que nos expresó una de las definiciones más simples y directas sobre la calidad asistencial (Aranaz y Vitaller, 2002), cuando habla de **medir la “asistencia”** e identifica 3 elementos que nos permiten su estudio:

1. Componente **técnico**, que supone la ejecución de los procedimientos con la destreza necesaria; para ello es preciso la capacitación de profesionales, adecuación al proceso y utilización de los avances científicos al alcance.
2. Componente **interpersonal** que supone el desarrollo durante el proceso de una relación paciente-profesional-familia, adecuada y acorde a normativas o nuevas demandas sociales.
3. Componente **relativo al entorno**, dando importancia a todas aquellas circunstancias que rodean al paciente.

En este nuevo paso, se **incorpora el componente interpersonal** en el ámbito de la calidad.

- La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (European Foundation for Quality Management, **EFQM**) y la Comisión de la UE para la Calidad desarrollaron en 1988 un modelo que sirviera de base del Premio Europeo a la Calidad. Dicho modelo simplifica la forma de evaluar tanto grandes como pequeñas empresas y ha sido modificado a lo largo de estos años, siendo en estos momentos referencia a la hora de hablar de calidad también en los sistemas sanitarios.

La misión de la EFQM es:

- Estimular y ayudar a las organizaciones para conseguir la satisfacción de sus clientes y em-

pleados, la mejora de resultados globales y el compromiso con la sociedad.

- Servir de apoyo y guía a los directivos para conseguir que el proceso de Gestión de Calidad sea un factor decisivo para la organización que permita mejorar la competitividad

El Modelo EFQM de Excelencia es un instrumento práctico para establecer dentro de las organizaciones un sistema de gestión que mide en qué punto están dentro del camino a la excelencia, identifica carencias de la organización y nos ayuda a definir acciones de mejora. Todo ello lo lleva a cabo a través de 9 criterios que son evaluados, teniendo una serie de ventajas importantes:

- Desarrolla la capacidad de organización.
- Añade Valor real para los clientes.
- Permite ejercer el liderazgo con visión e integridad.
- Es una herramienta para gestionar con agilidad.
- Nos obliga a pensar en un futuro sostenible.
- Aprovecha la creatividad y la innovación.
- Nos encamina al éxito a través del talento de las personas.

El modelo EFQM, incorpora la autoevaluación como análisis del funcionamiento de la organización, lo que obliga y permite el despliegue de dicho modelo en los profesionales de las empresas.

También se complementa con otro tipo de enfoque a través de las certificaciones ISO integrándolas en un “**todo**” con el concepto de Calidad Global (**Aranaz y Vitaller, 2002**).

La utilización de este sistema de autoevaluación permite identificar las áreas de mejora y establecer los planes de acción encaminados a la búsqueda de la excelencia según el modelo REDER (resultados, enfoque, despliegue y evaluación/revisión)

De todos los existentes, el modelo EFQM, parece el más indicado para nuestro modelo de

gestión por procesos; a través de las autoevaluaciones de sus nueve criterios determina el grado de desarrollo, logrando y facilitando la identificación de puntos fuertes y áreas de mejora.

La evolución del SGC en los últimos años, nos ha permitido, identificar nuestros puntos fuertes y tener disponibles unas recomendaciones de mejora que nos ayuden a focalizar nuestros objetivos.

Acercándonos a una realidad concreta, la utilización como era su origen, para la comparación entre iguales, nos ha permitido recibir en los últimos años en los centros de San Juan de Dios, distintos reconocimientos; en el Hospital SJD de Zaragoza podemos destacar:

- Miembro del Club 400 de Aragón-Empresa 2011
- Premio a la Excelencia Empresarial en Aragón, 2011
- Reconocimiento como Empresa fundadora del Sello a la Excelencia en Aragón. 2013

4/

Calidad juandediana.

Situados en el momento actual, con herramientas ampliamente desarrolladas, que nos ayudan a evaluar la calidad, cabe preguntarnos: ¿y si además de estos sistemas de evaluación nos planteamos modelar un sistema, que nos permita determinar de forma objetiva y con la mayor racionalidad, nuestras actuaciones en relación a los Valores Universales?, ¿a lo que espera y recibe el paciente y familia? ¿y a lo que las Instituciones quieren ofrecer?

“Para realizar una evaluación global de la correspondencia efectiva de nuestras obras con la gestión carismática, se podrán implementar sistemas de evaluación de la calidad (quality assurance), parecidos a los que se emplean para la evaluación de las prestaciones sanitarias. En este caso, lo que se evaluará será la praxis de aplicación de los Valores.”
Instrumentum Laboris (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 2006)

Si lo que nos planteamos es hacer una revisión cualitativa de esta transmisión de Valores y su incorporación en actitudes, que realmente se harán visibles en comportamientos de nuestros profesionales, debemos llevar a cabo un proyecto que:

- Se inicia en la incorporación del profesional.
- Se nutre desde la propia Institución.
- Se complementa con los profesionales que van aportando experiencia y creencias en esta sociedad plural.
- Tiene continuidad a lo largo del tiempo.

Debemos atender aquello que nos recomienda el actual Provincial, **Hno. J. L. Fonseca (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 2006)**

“Lo que debería garantizar la Orden como tal es la transmisión de un estilo de hacer y una cultura de valores que conlleva el modelo juandediano”

siendo por tanto esencial, la estrategia que desarrollamos para analizar y consensuar el modelo de transmisión, la manera de acercarnos al que sufre y también el modelo de ejercicio de la autoridad que pongamos en marcha. Está en juego la fidelidad y coherencia con el modelo y/o la sustitución por otro.

En los sistemas de calidad encontramos una forma de compartir compromiso y de animar a la realización personal también a través del trabajo

- ¿Por dónde deberíamos empezar?
- ¿Hay algo hecho al respecto?
- ¿Y la forma de transmisión?
- ¿Cuál sería, entonces, el modelo a desarrollar para la evaluación de la praxis que ponga de manifiesto los Valores?
- ¿Veremos resultados?
- ¿Y si desarrollamos todos juntos ese propio sistema de evaluación?
- ¿Es este modelo utilizable en todos los ámbitos ideológicos donde se atiende al ser humano enfermo?

Son muchas preguntas y se vislumbran algunas respuestas, respuestas que nacen de una estrategia de la Institución aplicable a todos los centros; nace también de la propia inquietud de los profesionales que, de forma más o menos tímida, han realizado estudios, programado formación, diseñado mecanismos de divulgación, incluso se han hecho pequeñas experiencias a la hora de evaluar.

Y para concluir, es posible una forma de asistir al paciente que tenga en cuenta sus necesidades físicas y espirituales, sus creencias, su ideología; en una palabra, que tenga en cuenta de forma holística al ser humano.

Un ser que espera de nosotros la mejor atención técnica y humana y para ello es preciso que nuestros comportamientos y actitudes sean coherentes con los Valores universales, aquellos, que forman parte del núcleo duro de la persona y, por ende, de nuestra profesión.

Desde las instituciones y las personas que comparten estos valores, debemos animarnos a desarrollar las estrategias para que esa forma de atender, de ayudar, llegue a cualquier persona en cualquier lugar.

Marie Françoise Colliere (2005), enfermera dedicada no solo a cuidar, sino preocupada por los derechos de los pacientes nos dejó textos para la reflexión y formación en esta disciplina. Experta en “cuidar”, poco antes de morir, recordaba a todas las enfermeras y estudiantes

“...Solo basta una ruptura comportamental o gestual en la continuidad de los cuidados para que toda la calidad del trabajo de un equipo sea destruido...Las mejores competencias técnicas profesionales son anuladas por la ruptura del respeto interpersonal”.

Terminologías como “humanizar los cuidados”, “cuidados invisibles”, cada día más utilizados; movimientos en la red, como “humaniz@te”, “mirame-diferenciate” y cátedras de distintas universidades están trabajando en esta línea; unamos esfuerzos, tenemos a la vista un reto, un desafío, ilusionante.

Bibliografía

▶ **Aranaz, J. M., Vitaller, J. (2002).**
La calidad: un objetivo de la asistencia,
una necesidad de la gestión sanitaria.
*Valencia: Escuela Valenciana de estudios
para la salud, Generalitat Valenciana.*

▶ **Centi, B. (1993).**
L'armonia impossibile, alle origini
del concetto di valore in R. H. Lotze.
Roma: Guerini.

▶ **Colliere, M.F. (2009).**
Promover la vida.
Madrid: Interamericana - McGraw-Hill.

▶ **Cortina, A. (2009).**
Ética mínima. *Madrid: Tecnos.*

▶ **Erra, Q. (2011).**
Presentación. En: A. Pérez (coord.),
Pensando en Enfermería. Una reflexión
desde el modelo de San Juan de Dios.
Sant Boi: Orden Hospitalaria
de San Juan de Dios.

La ética en las instituciones sanitarias:
entre la lógica asistencial y la lógica
gerencial. (2012). Recuperado 26 septiembre
2014, en [www.fundaciogrifols.org/
polymitaImages/public/fundacio/Publicacions
/PDF/cuaderno28.pdf](http://www.fundaciogrifols.org/polymitaImages/public/fundacio/Publicacions/IPDF/cuaderno28.pdf)

▶ **Hunter, J. C. (2013).**
La paradoja, un relato sobre la verdadera
esencia del Liderazgo. *Barcelona: Urano.*

▶ **Marchesi, S. (1986).**
Por un Hospital más humano.
Madrid: Paulinas.

▶ **Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.
(2006).**
Declaraciones del LXVI Capitulo General.
*Roma: Orden Hospitalaria
de San Juan de Dios.*

▶ **Ramió, A. (2005).**
Valores y actitudes profesionales.
Estudio de la práctica profesional enfe
rmera en Catalunya.
Tesis doctoral, Departament de Sociologia
de la Facultat de Ciències Econòmiques y
Empresariales de Barcelona,
Universitat de Barcelona, Barcelona, España.





05/ **Arquitectura y valores:** tras el rastro de Dios desde la habitación a la Ciudad Celestial.

Eloi Aran,
Arquitecto y teólogo.

A lo largo de la Biblia, Dios siempre se ha mostrado reticente a ser encorsetado en un espacio determinado (2 S 7: 4-7), de hecho, una constante de los primeros cristianos fue la afirmación "Dios no habita en templos fabricados por manos humanas".

Incluso en el libro del Apocalipsis se afirma que en la visión de la Jerusalén Celestial "no había templo" (Ap 21:22). ¿Lleva esta actitud a afirmar que no hay espacio sacro en el cristianismo? Esbozaremos en este artículo una respuesta cristológica desde diferentes escalas proyectuales: la habitación, la casa, la ciudad y la escatología.

Palabras clave:

Arquitectura, Espiritualidad, Templo, Casa, No-lugares.

Throughout the Bible, God has always been reluctant to be corseted in a given space (2 Samuel 7, 4-7), in fact, a constant of the early Christians was the statement "God does not dwell in temples made by human hands".

Even the Book of Revelation states that the vision of Heavenly Jerusalem "there was no temple" (Rev 21,22). Does this attitude lead us to assert that there is no sacred space in Christianity? This article will outline a Christological response from different project scales: the room, the house, the city and eschatology.

Key words:

Architecture, Spirituality, Temple, House, No-place.

1/

Del corazón a la habitación.

“Ayer por la noche, poco antes de ir a la cama, me arrodillé de repente en medio de esta gran habitación entre las sillas de acero, sobre la gran alfombra clara.

De forma muy espontánea. Me sentía como obligada a llegar hasta el suelo por algo más fuerte que yo” (Hillesum, 2010, p. 71)

“Pero tú, cuando ores, entra en tu cuarto, cierra la puerta y ora en secreto a tu Padre. Y tu Padre, que ve lo que haces en secreto, te dará tu recompensa.” (Mt 6: 6)

Empecemos nuestro recorrido espacial y espiritual en su núcleo mínimo, la habitación. Cuando los discípulos preguntan a Jesús “Maestro, ¿dónde vives?” (Jn 1: 37-39) el evangelista no especifica ningún lugar concreto pero conserva en la memoria la hora del encuentro. Habitar en Dios no se refiere primeramente a un lugar físico sino a un dejarse habitar por su Espíritu.

El lugar cristiano por excelencia es Jesús mismo. Él es la habitación del corazón, quien sale

a nuestro encuentro construyendo un espacio de relación, y ello se concreta primariamente en el hábito de la oración.

Aclarado este punto, pasemos a su desarrollo arquitectónico. La habitación se entiende como algo construido e implica un saber técnico que responde a unos requerimientos de confort. Incluso hoy en día, hacer una “cédula de habitabilidad” significa primariamente a dar cuenta de estos cumplimientos.

Pero para que un lugar sea habitable no basta con un techo protector o tener acceso a suministros energéticos. Si la habitación puede compararse a un abrigo de la intemperie (Moliner, 1980), este abrigo es también una extensión de la persona, a saber, una ampliación de la corporeidad que nos presenta y habla de nosotros, de nuestro ser y estar en el mundo.

La habitación no es solo un derecho físico (Declaración de los derechos humanos) sino, como apuntaba el escritor Ernesto Sábato (2007), también una necesidad expresiva y elocuente del espíritu:

“La presencia del hombre se expresa en el arreglo de una mesa, en unos discos apilados, en un libro, en un juguete. El contacto con cualquier obra humana evoca en nosotros la vida del otro, deja huella a su paso que nos inclinan a reconocerlo y encontrarlo”.

Vivir y testimoniar a Dios en la gran ciudad
es uno de los grandes temas de la teología actual

2/

De la habitación a la casa.

“Solo una cosa he pedido al Señor, solo una cosa deseo: estar en el templo del Señor todos los días de mi vida” (Sal 27:4)

En la mentalidad semita la persona no se realiza en solitario, dista mucho del individualismo actual, sino que parte y toma parte de una herencia, para lo malo y para lo bueno (Rm 5:18).

De aquí que el siguiente paso en la escala de la arquitectura y la espiritualidad, superando el intimismo del habitáculo, responde a la idea de casa, entendida en su sentido original, oikía - oikos, tanto como edificio como núcleo comunitario próximo o familiar.

De hecho, la primera construcción es al mismo tiempo una casa y un templo, palabra que deriva del templum latín y éste a su vez proviene del griego Temenos o, en su raíz, temno, que significa escindir, separar (Rykwert, 1985).

La cabaña primigenia de madera es vivienda y templo porque en ella se guardaba el mítico fuego de Prometeo, aquel que los colonos llevaban vivo desde la ciudad de donde provenían.

Gracias al fuego guardado por la diosa Hestia que presidía la casa, los hombres no se dispersaban sino que se agrupaban para hacer frente al paso de los ciclos, los espacios y las horas, ya que el verbo demorar tiene la doble acepción de permanecer y, al mismo tiempo, retrasar, retener.

Construir, habitar y pensar, según indicaba el filósofo M. Heidegger en una conferencia en arquitectos de la reconstrucción alemana en 1951, no puede desvincularse de una dimensión sacral:

“Tener cuidado de la cuaternidad, salvar la tierra, restar a la espera los dioses, guiar a los mortales, este cuádruple velar es la esencia del habitar. De este modo, las auténticas construcciones marcan el habitar llevándolo a su esencia”.

Aún así, como indica Juan Plazaola (1973), es necesario apuntar la diferencia entre el templo pagano y la iglesia cristiana. Para empezar no está de menos recordar que Jesús, cuando anunciaba la destrucción del templo de Jerusalén y su sustitución por otro templo que no está hecho por manos humanas (Mc 14,58), pensaba en su cuerpo físico y, por extensión, el cuerpo místico de la Iglesia en el que se daría el nuevo culto al Padre en espíritu y en verdad.

Así pues, no hay una continuidad directa entre el templo de Jerusalén y la iglesia cristiana, de tal forma que la afirmación “Dios no habita en templos fabricados por manos humanas” (Hch 7:48-50) le costó la vida al primer mártir cristiano, San Esteban, acusado de impiedad. Más adelante, también San Pablo predicaría exactamente lo mismo en el ágora de Atenas (Hch 17:24).

Desde esta nueva perspectiva, los cristianos de tradición judía hacían sus oraciones, cantos y lecturas en las sinagogas, que no eran templos ni lo parecían porque se basaban en una tipología basilical, un edificio civil, mientras que la Eucaristía, que es el sacrificio propio del cristianismo, se celebraba como un convite en las casas particulares en torno una mesa familiar. Para afrontar este tema hay desaprender la idea del templo y volver a considerar el origen epistemológico de ecclesia, asamblea. Si a una iglesia la podemos llamar “Casa de Dios” no es principalmente porque en ella se reserve el Sacramento sino en razón de la comunidad cristiana.

Cristo no mandó ningún tipo de construcción, a nivel espacial siquiera lo rige mandamiento

del memorial “**haced esto en memoria mía**” (Lc 22:19), y este el principio de la convocación cristiana. Para San Pablo el hombre, santificado por el Espíritu Santo, es el verdadero templo (1 Co 3:17; 6:9) y más especialmente necesario encontrar el templo de Dios en el cuerpo místico de Cristo que es la Iglesia (1 Ti 3:15; Ef 2:19-22).

3/

De la casa a la ciudad.

“Jesús recorría las ciudades” (Lc 8:1).

El ser humano es un ser social, se realiza junto con los demás y le es propio la creación de comunidades que se extienden más allá del núcleo familiar, creando aldeas, ciudades o áreas metropolitanas. El urbanismo es otra cara de la moneda del habitar y de la arquitectura, de forma que no se pueden dar una sin la otra, más aún cuando más de la mitad de la población mundial en la actualidad vive en asentamientos urbanos.

Vivir y testimoniar a Dios en la gran ciudad es uno de los grandes temas de la teología actual (Davey, 2010) dando por supuesto desde el ámbito de la fe que, si el Verbo se hizo carne y acampó entre nosotros (Jn 1:14).

Él también sigue presente en el habitar humano de las megalópolis, especialmente en aquellas situaciones de injusticia y marginalidad que generan.

No es casual que la fe siga siendo popular en los barrios más empobrecidos de la ciudad, manteniéndose como una fuente de esperanza y transformación social a pesar de la individuación

y la privatización expresada en la famosa frase de G. Davie (1994) “**believing without belonging**”, creer sin pertenecer, un contrasentido con el mismo término de religión - del latín re-ligare, crear lazos - que tiene una clara vocación comunitaria.

La Iglesia urbana se convierte en un ámbito de contestación donde las historias personales de emigración y peregrinación se cuentan de nuevo sobre el telón de fondo de la historia bíblica.

La visualización de la “**Casa de Dios**” en la ciudad y el territorio ha sido tradicionalmente la parroquia. Si hemos visto anteriormente como el término “**casa**”, oikía, tiene varias acepciones, el término “**parroquia**” proviene del griego par-oikía, que significa vecindad en su sentido literal pero también comunidad peregrina o extrajera (Floristán, 1998; Ef 2:19; 1 P 2:11; Heb 11:13).

Precisamente este “**estar de paso**” por la ciudad es de gran interés para la sociología actual porque pone en paralelo la espiritualidad con la concepción de los no-lugares o espacios del anonimato presentados por Marc Augé (2006), aunque a priori estos no se puedan identificar como religiosos.

4/

De la ciudad al cielo.

“Vi la Ciudad Santa” (Ap 21:2).

Si el habitar de Dios no se refiere primariamente a un espacio físico, si la casa de Dios tampoco es en su origen un edificio, y si la ciudad es entendida como un peregrinaje, entonces la patria espiritual cristiana es también u-tópica, un no-lugar.

Si la casa de Dios no es en su origen un edificio y la ciudad es entendida como un peregrinaje, entonces la patria espiritual cristiana es también un no-lugar, identificada como la Jerusalén Celestial

A lo largo de la tradición cristiana esta ciudad celestial ha sido identificada como la Jerusalén Celestial narrada en el libro del Apocalipsis (Ap 21), es decir, se trata de un espacio revelado.

Así se han conformado los claustros monacales, o las imágenes del Pantocrátor de tantos ábsides románicos donde se representa a Cristo como Señor rodeado de los cuatro vivientes identificados como los evangelistas a su lado (Ap 4:1-11).

Valga como ejemplo actualizado el templo de la Basílica de la Sagrada Familia, presentada recientemente por Mons. Rino Fischella (2011) como icono de la nueva evangelización o también como una Summa Theologica arquitectónica por Armand Puig (2010). Cuando Antoni Gaudí recibe el proyecto ya iniciado de la Sagrada Familia produce una nueva tipología que fusiona la planta del claustro monacal con la de la iglesia de planta basilical a imagen del libro del Apocalipsis.

El claustro monástico, preferentemente de forma cuadrada, no deja de ser una alusión a la Jerusalén celestial, también de planta cuadrada con doce entradas. Gaudí transmuta las doce puertas en doce torres, símbolo de los doce apóstoles y las doce tribus de Israel, en tres de las fachadas principales, dejando una para el ábside.

La referencia a la fuente de cuatro brazos (Gn 2:10; Sal 46:4; Ez 47:1-12) de la plaza central de la ciudad apocalíptica (Ap 22:1-2) que se plasmaba en la vida monacal dentro del vacío del claustro, una clara referencia al jardín del Edén (Gn 2:9), ahora es el sitio ocupado por la planta basilical.

Las columnas arboladas de Gaudí no sólo obedecen a principios estructurales que trasladan las cargas sin la necesidad de los contrafuertes del gótico, sino que pretenden hacer entrar al creyente en un ámbito paradisiaco, una “**vuelta a la casa del Padre**”.

En la Basílica de la Sagrada Familia se da una tensión que pretende visualizar el principio y el

fin de los tiempos. Por otra parte, no pudiendo orientar el ábside al este - como es tradicional en la arquitectura cristiana para conducir la oración al sol naciente identificado con la venida del Señor - Antoni Gaudí retoma el tema del Pantocrátor en tres dimensiones y lo traslada del ábside al centro de la planta basilical.

La torre de Jesucristo, la más alta, preside el conjunto rodeada de las cuatro torres de los evangelistas, llevando al exterior aquello que se reservaba en el interior de las iglesias. Esta nueva configuración del Pantocrátor en occidente, al mismo tiempo, dialoga con la tradición de las iglesias orientales que ya han usado esta composición anteriormente en la clásica imagen de cinco torres con coronación flamígera. Valga como un apunte ecuménico, palabra que significa precisamente “**casa de todos**”.

5/

Jesucristo como arquitecto.

“Yo era cuando desplegaba la bóveda del cielo y marcaba un horizonte en el océano; Yo estaba a su lado como un maestro de obras y hacía sus delicias cada día, jugando delante de él sin parar” (Pr 8:27-30).

“Jesús merece más honor que Moisés, del mismo modo que el que construye una casa merece más honor que la casa misma” (Heb 3:1-6).

Finalicemos nuestro recorrido con una semejanza entre la cristología y la arquitectura. Desde una cristología ascendente, de carácter “**sinóptico**” (Mt, Mc, Lc), lo que sabemos de entrada es que

1. Necesidad de mayores cosechas (Lc 12,18); la exigencia de calcular antes de emprender un proyecto de construcción (Lc 14,28); la edificación de las torres y casas poco seguras (Lc 14,28; Mt 7,26); referencias a ciudades construidas sobre colinas (Mt 5,14).

Jesús de Nazaret era un tektoon (Mc 6:3, Mt 13:55), palabra del cual ha derivado técnica o arquitectura.

El significado original de tektoon en griego era, precisamente, el de carpintero o constructor. El hecho que Jesús utilice imágenes de la construcción y de las demandas de la ciudad en sus discursos y relatos dan fe de esta relación¹.

Pedro Azara (2005) apunta que la labor del carpintero no distaba tanto de la del arquitecto ya que hay una fuerte tradición que afirma que la cabaña primigenia era hecha de madera - por ejemplo el "Essai sur l'Architecture" del teórico francés del s. XVIII, el ex-jesuita Marc-Antoine Laugier-, como también es bien sabido que las formas clásicas del templo griego son una "vampirización" o fosilización de construcciones hechas con madera, en definitiva, lo que se llama ley de la arcaización.

Hay quienes han querido quedarse aquí, considerando a Jesús de Nazaret un trabajador, un compañero de trabajo para tantos obreros que la han tomado por modelo, el conocido "Jesús Obrero" que Gaudí puso modélicamente en la fachada del nacimiento de la Sagrada Familia.

También desde esta visión se ha querido cargar las tintas y negar cualquier indicio de que el Jesús histórico tuviera nada que ver con lo que se podría considerar un técnico "superior", un jefe de obras, especialmente cuando intuimos su desapego por las grandes construcciones del Templo (Lc 21,5-6).

Aun así, resulta sugerente pensar que Jesús fue alguien que, en su vida oculta, habilitó físicamente espacios para la vida humana, lo que ya lo acerca más a la figura del arquitecto.

Finalmente, para hacer justicia a los sinópticos y en la teología paulina, con la resurrección de Jesús proyectada en su vida terrenal y en la de la comunidad, se empiezan a usar términos en los que se presenta a Jesús como el Arquitecto (Mt 16:18, Ef 2:20).

Pero aplicando una cristología descendente, siguiendo la teología de la comunidad de San Juan si se prefiere, el Jesús Histórico es el Verbo Encarnado (Jn1:1), el mismo que "al principio creó el cielo y la tierra" (Gn 1:1). "Al principio", en hebreo es "Bereshit" y "creó" es "Barah", aunque se dos empiezan por la letra "b", la "bet" hebrea, que también significa casa: "Bayit".

Cuando Dios crea hace un mundo habitable, separa, segrega, marca con la Palabra un espacio para el hombre. La tarea que Dios hace con la Palabra performativa es la propia del arquitecto: delimitar un espacio para el sentido humano. De ahí que sólo Dios es propiamente arquitecto: "Si el Señor no construye la casa, en vano se cansan los albañiles" (Sal 127:1).

Cuando se tradujo la Biblia al griego, conocida como "la LXX", la palabra "Bereshit" se tradujo por "en arché", que tiene la misma raíz que Arkitetton y que puede querer decir "al principio" pero también "el primero", de ahí "arzobispo" o "archi-duque", etc.

Que Cristo sea arquitecto quiere decir que es el primer constructor, el fundador de un espacio de vida donde Dios Reina, cuyo fundamento es la estaca de la cruz, el axis mundi del cristiano donde el asesino y el pecador pueden encontrar salvación (Nm 21:9) y volver a casa, para permanecer allí ya no como esclavos (Lc 15:29), sino como hijos (Jn 8:35).

Todavía nos daría mucho que hablar la relación entre la figura de Cristo y la del arquitecto. Por ejemplo la comparación entre el tipo de "fundador asesino" - Caín, en la Biblia, fue el primero en fundar una ciudad: Gn 4,17 - con el del "fundador asesinado" como es el caso del Cristo.

También sería interesante profundizar en la relación de "Cristo", que significa "ungido", con la piedra que Jacob unge en el acto fundacional del templo de Betel, que etimológicamente significa "casa de Dios".

Como muestra de esta doble vertiente cristológica, ascendente y descendente, tenemos la miniatura de una Biblia francesa del siglo XIII donde aparece Jesucristo como arquitecto del mundo. Jesús lleva un compás, un símbolo del arquitecto junto con la escuadra, y crea un círculo, un espacio delimitado y cerrado, haciendo del mundo un hogar e identificándose con la Sabiduría Creadora (Pr 8:27-30)

Bibliografía

- Augé, M. (2006). Los no lugares. Espacios del anonimato. Barcelona: Gedisa.
- Azara, P. (2005). Castillos en el aire. Barcelona: Gustavo Gili.
- Davey, A. (2003). Cristianismo urbano y globalización. Santander: Sal Terrae.
- Davie, G. (1994). Religion in Britain since 1945. Believing without Belonging. Oxford-Cambridge: Blackwell.
- Declaración universal de los derechos humanos. (1948). Recuperado 25 septiembre 2014, en www.unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf
- Fisichella, R. (2011). La nova evangelització. Barcelona: Claret.

- Floristán, C. (1998). Para comprender la parroquia. Estella, Navarra: Verbo Divino.
- Galli, C. M. (2014). Dios vive en la ciudad. Barcelona: Herder.
- Hillesum, E. (2010). Diario de Etty Hillesum. Una vida conmovida. Barcelona: Anthropos.
- Moliner, R. (1980). Ropa, sudor y arquitectura. Madrid: Hermann Blume
- Plazaola, J. (2006). Arte Sacro Actual. Madrid: BAC.
- Plazaola, J. (1973). Futuro del arte sacro. Bilbao: Mensajero.
- Puig, A. (2010). La Sagrada Família segons Gaudí. Comprendre un símbol. Barcelona: Pòrtic.
- Rykwert, J. (1985). La idea de ciudad. Madrid: Hermann Blume.
- Sabato, E. (2007). La resistencia. Barcelona: Seix Barral.



06/ Experiencias

06/1

Cuantificando el valor respeto en el día a día de la Fundación Instituto San José.

Grupo de trabajo: Transmitiendo VALORES¹,

“Escuela de Hospitalidad”.

Fundación Instituto San José. Madrid.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

El valor central de la Orden Hospitalaria es la Hospitalidad, lo cual se expresa a través de la calidad que es la base esencial de nuestro servicio y de nuestra gestión.

La calidad se traduce en respeto por todas las personas que acuden a nuestros servicios y a nuestros centros.

El respeto es por otro lado condición indispensable para poder actuar de forma hospitalaria en todo lo que tiene que ver con acogida y acompañamiento.

Acoger con respeto al otro, nos lleva irremisiblemente a la responsabilidad, criterio fundamental para nuestro trabajo en el día a día y siguiendo fielmente el modelo de San Juan de Dios y sus valores.

Y finalmente, desde esta responsabilidad se explica la dimensión o valor de la espiritualidad para guiar a cada persona en su búsqueda de significado y de transcendencia .

Palabras clave:

Exclusión, Necesidades espirituales, Albergues.

1. Autores:
Hno. Miguel Martín,
M^a Concepción Santos, Hno. José Luís Fonseca,
Consuelo Castellanos,
Rosalia Gómez,
Javier Fernández,
Pascual Ramos,
Hno. Rafael Martínez,
Mónica Dones, Rubén López, María del Mar Camuñez, Ana Sofía Fernandes.

2. OHSJD.
Valores. 2014:
<http://sanjuandedios.onmedic.info/ConocelaOrden/Valores.aspx>

1/

Introducción.

No hace mucho tiempo la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios decidió dar una respuesta de carácter universal a la pregunta que se le hacía sobre cuáles eran los valores que caracterizaban la identidad y el estilo asistencial de la misión de la misma. Era unánime la convergencia en la Hospitalidad como el valor troncal, enraizado en la vida del Fundador y en la historia de su obra. Pero, a partir de ahí, surgían en las diferentes Provincias de la Orden un cierto abanico de valores que, si por un lado hablaban de una sana pluralidad, por otra parecían reclamar una delimitación más concreta que favoreciese el trabajo y manejo con los mismos. Y ello precisamente en un tiempo en el que parece que los valores, al menos con carácter formal, están adquiriendo importancia en la vida de las diversas instituciones e incluso empresas que, inicialmente, poco o nada parece que tendrían de relación con ellos.

Hoy se habla ya con absoluta normalidad en muchas partes de la “gestión por valores”. No es que entre las diversas Provincias de la Orden la diversidad de valores fuese un problema por su antagonismo, faltaría más. Nos atreveríamos a decir, manifestación de distintas sensibilidades de culturas y lugares que incidían con mayor o menor acento en unos aspectos u otros del horizonte axiológico sobre el que en todos los casos se proyectaba la Hospitalidad. De ahí que el Gobierno General de la Orden definiese en su momento lo que entendía como marco de valores de la institución. Era el fruto de un trabajo de recogida de datos, contraste de los mismos, y opción por un grupo de ellos que se consideraban los que más recogían el estilo juandediano³.

Pues del valor Hospitalidad, quicio y gozne de todo el entramado de la obra de nuestro

Fundador y de su Institución, surgían cuatro valores que se consideraban básicos en el acervo de la misma: calidad, respeto, responsabilidad y espiritualidad.

Definidos dichos valores por la máxima autoridad de la Orden, todas las Provincias, centros y lugares en los que está presente la misma, asumían los mismos y los introducían en sus presentaciones institucionales, carátulas gráficas, impresos, etc. Todo ello resultaba lógico y necesario. Vivimos en la sociedad de la imagen y ésta es parte importante de lo que la población percibe y valora de las personas y, también, de las instituciones. Con el riesgo de que, frecuentemente, se puede caer en una dictadura de la imagen en la que no siempre ésta responde a la realidad identitaria⁴.

Algo de ello es lo que ha llevado a nuestra Fundación Instituto San José, en Madrid, gestionada por los Hermanos de San Juan de Dios a plantearnos en qué medida estos valores estaban o no presentes en el día a día de nuestra actividad, en lo que coloquialmente denominamos el “día a día”. Éramos y somos conscientes de la dificultad de la empresa. Los valores no resultan fáciles de definir y tampoco de evaluar.

Entramos en un terreno en el que lo objetivo ha de compartir espacio con lo subjetivo; lo ofrecido con lo percibido; la demostración con la estimativa moral. No siempre idénticas conductas generan las mismas percepciones, porque tampoco idénticas conductas responden a las mismas motivaciones. Pero, en cualquier caso, y precisamente por ello, pensamos en adentrarnos en este objetivo de “intentar” de alguna forma “cuantificar” la presencia de, al menos, alguno de estos valores surgidos desde la hospitalidad, en nuestro centro. Puestos a la obra se opta por uno de esos valores: respeto, “respeto por el prójimo, humanización, dimensión humana, responsabilidad recíproca para con los Colaboradores y Hermanos, comprensión, visión holística, promoción de la justicia social, derechos civiles y humanos, implicación de los familiares”. Y para ello se piensa que lo más adecuado es elaborar una encuesta que recoja lo mejor posible

3. Esquinaldo F. V. Conceptos y valores presentes en el pensamiento de San Juan de Dios constitutivos del modelo juandediano y su relación con el paradigma de la enfermería actual. 2. 2010.

4. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Cartas de San Juan de Dios. Madrid: Fundación Juan Ciudad, 2006.

aspectos que, de una u otra forma, nos ofrezcan en qué niveles nos movemos cuando hablamos en nuestra institución del valor Respeto.

2/

Material y metodos.

En este estudio se ha utilizado un diseño descriptivo cuantitativo transversal y se ha realizado en la Fundación Instituto San José de Madrid. Para el estudio en cuestión, la muestra fue constituida por aquellas personas que pasaran por la Institución la semana del 20 al 26 de mayo de 2013. Teniendo en cuenta este criterio de selección se establecieron los siguientes grupos:

Familiares (de pacientes ingresados)	Alumnos en prácticas	Voluntarios
Colaboradores	Pacientes	Otros

A todos se les entregó una encuesta para el análisis del valor RESPETO y de otros parámetros como: discriminación, relaciones, acogida y centro de interés.

Este instrumento, contiene 12 ítems y utiliza escala tipo Likert para determinar el valor de la respuesta con una numeración de 1 a 5, donde (1) equivale a nunca, (2) alguna vez, (3) en ocasiones, (4) con frecuencia y (5) a siempre. La encuesta incluye una pregunta abierta con la posibilidad de dar posibles sugerencias, pero se han excluido las respuestas, una vez que los encuestados aportaron comentarios que no formaban parte del tema principal de la encuesta.

El cuestionario se elaboró en conformidad con la legislación actual, donde se garantizó el anonimato del encuestado.

Antes de la distribución del cuestionario, éste fue aprobado por el **Comité de Ética de la Institución**. En el momento de la entrega del instrumento de recogida de datos, se informó a los encuestados acerca de la naturaleza de las encuestas y de las mediciones que se llevaron a cabo. Los encuestados dieron su consentimiento y aprobación verbal para participación en la investigación.

Se elaboró una base de datos mediante el programa SPSS, versión 19.0 para realización del análisis estadístico. El análisis descriptivo se presenta mediante la media y desviación estándar para las variables cuantitativas y las variables cualitativas se presentan por frecuencias relativas y absolutas. Las representaciones gráficas fueron desarrolladas en el programa Microsoft Excel 2007.

2/1

Limitaciones del estudio.

En el desarrollo de la presente encuesta pudimos detectar con posterioridad a la elaboración y diseño de la misma un grupo de limitaciones que creemos pueden ser, de alguna manera, significativos a la hora de validar la respuesta a ella.

Cuando en la primera pregunta se solicita la valoración sobre si la persona encuestada “se ha sentido discriminado por: sexo, edad, ideas políticas, etc.” nos queda un abanico de respuesta demasiado grande con dificultad para atribuir, en su caso, tal discriminación. Parecería lógico una segunda pregunta que cerrase el círculo: “discriminado por sexo, edad...por familiares, pacientes, colaborador...”. Finalmente, asumimos que el término de designio de población “Otros” nos quedó muy diluido y que difícilmente nos puede ayudar a situar los resultados en el grupo de población adecuado. Con el concepto “Otros” queríamos incluir a profesionales pertenecientes a empresas subsidiarias que desarrollan su trabajo en el centro (empresas de limpieza, jardinería, cocina...).

3/

Resultados.

Se han obtenido una total de 494 encuestas contestadas, las cuales corresponde a los siguientes grupos: 148 colaboradores; 128 familiares; 107 pacientes; 55 otros; 39 voluntarios y 17 alumnos de prácticas. Analizando en particular cada respuesta de las preguntas de la encuesta, hemos obtenido:

1. ¿Se ha sentido discriminación por sexo, edad, ideas políticas, categoría profesional y creencias?

La mayoría de los encuestados, han respondido que nunca se han sentido discriminados por sexo, edad, ideas políticas, categoría profesional y creencias. En relación a la discriminación por sexo, edad, ideas políticas y creencias se han obtenido una frecuencia de respuestas, NUNCA por encima del 93% en todos los grupos, excepto el de Otros, donde la media de respuesta se situó en 83% (Tabla 1 y Figura 1)*.

Sin embargo, observamos que el 18% del grupo de Alumnos de prácticas contestaran que alguna vez o en ocasiones se sintieron discriminados por edad (Tabla 1)*.

En lo que dice respecto a sentirse discriminado por Categoría Profesional podemos observar una variación de respuesta en el grupo de Colaborador, Alumno de prácticas y Otros (Tabla 1)*. Donde el 57.4% respondieron que NUNCA se ha sentido discriminados por Categoría Profesional, pero el 19% contestaron que alguna vez, el 18% en ocasiones y el 6% con frecuencia. El 59% de los Alumnos de Prácticas encuestados han manifestado que NUNCA han sentido discriminación por Categoría Profesional, no obstante el 35% respondieron que alguna vez y el 6% que con frecuencia.

2. Las relaciones que han establecido con las personas de la institución han sido: cercanas/cálidas, comprensivas, tolerantes y respetuosas.

En el presente grupo de preguntas, la mayoría de los grupos encuestados, alrededor del 62% han contestado que SIEMPRE han establecido relaciones cercanas/cálidas, comprensivas, tolerantes y respetuosas con las personas de la institución y el 21% con frecuencia. Los grupos que más se destacan por haber dado una respuesta “SIEMPRE” fueron: Pacientes (por encima del 77%); familiares (por encima del 72%) y voluntarios (84%).

3. La acogida que ha recibido le permite confiar en las personas que formamos la institución;

El nivel de cordialidad, humanidad y cercanía le hace sentir que es el centro de nuestro interés.

El 66,5 % de la muestra han contestado que SIEMPRE han recibido una buena Acogida lo que permite confiar en las personas de la institución. Los grupos que se destacan por responder SIEMPRE fueron: familiares (79%), pacientes (81%) y voluntarios (82%).

En lo que dice respecto a la percepción que el centro es de nuestro interés, observamos que el 88% de los pacientes han manifestado que SIEMPRE o CON FRECUENCIA, han sentido que nuestro trato les haga sentirse “el centro de nuestro interés”. También los familiares han respondido en la misma línea, donde las frecuencias de respuesta son muy similares (Figura 2)*.

4. Se siente respetado como persona en la institución.

En este punto tras el liderazgo en positividad por parte de los voluntarios (92%), son de nuevo los pacientes (85%) y las familias (84%) quienes marcan con mayor rotundidad la respuesta afirmativa SIEMPRE (Figura 3)*.

*. Ver tabla y figuras en la página siguiente.

LH n.310

HA SENTIDO DISCRIMINACIÓN POR:		Nunca	Alguna Vez	En ocasiones	Con frecuencia	Siempre
SEXO¹	Familiar	125 (97,7%)	2 (1,6%)	0	1 (0,7%)	0
	Colaborador	142 (95,9%)	4 (2,7%)	2 (1,4%)	0	0
	Alumno en prácticas	16 (94,1%)	0	1 (5,9%)	0	0
	Paciente	100 (93,5%)	1 (0,9%)	2 (1,9%)	0	4 (3,7%)
	Voluntario	38 (97,4%)	1 (2,6%)	0	0	0
	Otros	48 (87,3%)	5 (9,1%)	0	1 (1,8%)	1 (1,8%)
EDAD¹	Familiar	124 (96,9%)	3 (2,3%)	0	1 (0,8%)	0
	Colaborador	130 (87,8%)	15 (10,1%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	0
	Alumno en prácticas	14 (82,4%)	2 (11,8%)	1 (5,9%)	0	0
	Paciente	98 (91,6%)	4 (3,7%)	2 (1,9%)	2 (1,9%)	1 (0,9%)
	Voluntario	38 (97,4%)	1 (2,6%)	0	0	0
	Otros	45 (81,8%)	8 (14,5%)	2 (3,6%)	0	0
IDEAS POLITICAS¹	Familiar	126 (98,4%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	0	0
	Colaborador	141 (95,3%)	3 (2,0%)	4 (2,7%)	0	0
	Alumno en prácticas	17 (100%)	0	0	0	0
	Paciente	104 (97,2%)	0	1 (0,9%)	0	2 (1,9%)
	Voluntario	38 (97,4%)	1 (2,6%)	0	0	0
	Otros	49 (89,1%)	4 (7,3%)	1 (1,8%)	1 (1,8%)	0
CATEGORIA PROFESIONAL¹	Familiar	123 (96,1%)	2 (1,6%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)	0
	Colaborador	85 (57,4%)	28 (18,9%)	26 (17,6%)	9 (6,1%)	0
	Alumno en prácticas	10 (58,8%)	6 (35,3%)	0	1 (5,9%)	0
	Paciente	104 (97,2%)	0	2 (1,9%)	0	1 (0,9%)
	Voluntario	37 (94,9%)	1 (2,6%)	1 (2,6%)	0	0
	Otros	39 (70,9%)	9 (16,4%)	2 (3,6%)	4 (7,3)	1 (1,8%)

1. Valores expresados como frecuencias (porcentajes).

DISCRIMINACIÓN POR CREENCIAS.

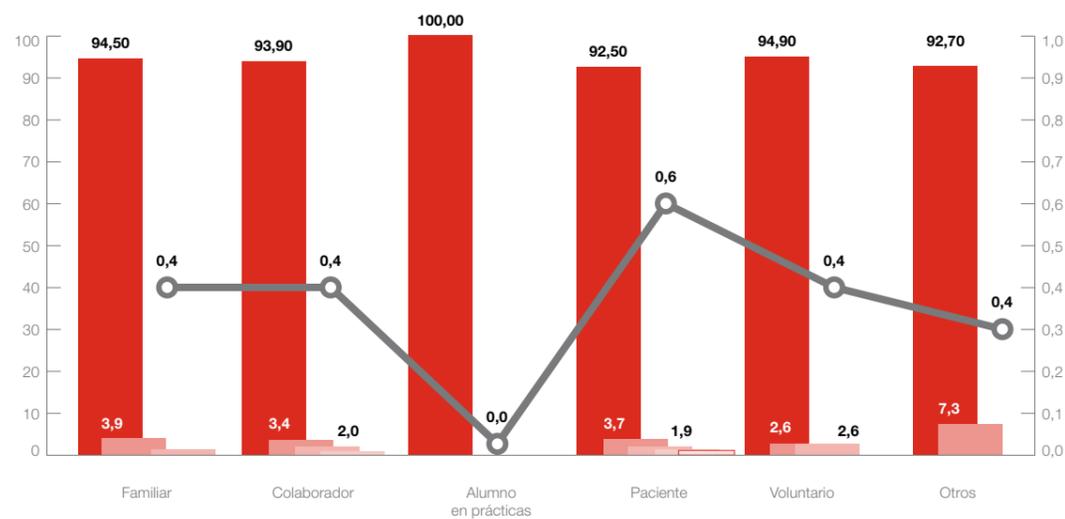


Figura 1.
 Representación gráfica
 relativa a la pregunta:
 "Ha sentido discriminación
 por Creencias." (n = 494).

■ Nunca
 ■ Alguna vez
 ■ En ocasiones
 ■ Con frecuencia
 ■ Siempre
 ○ desv. Típica

**EL NIVEL DE CORDIALIDAD, HUMANIDAD Y CERCANIA
 LE HACE SENTIR QUE ES EL CENTRO DE NUESTRO INTERÉS**

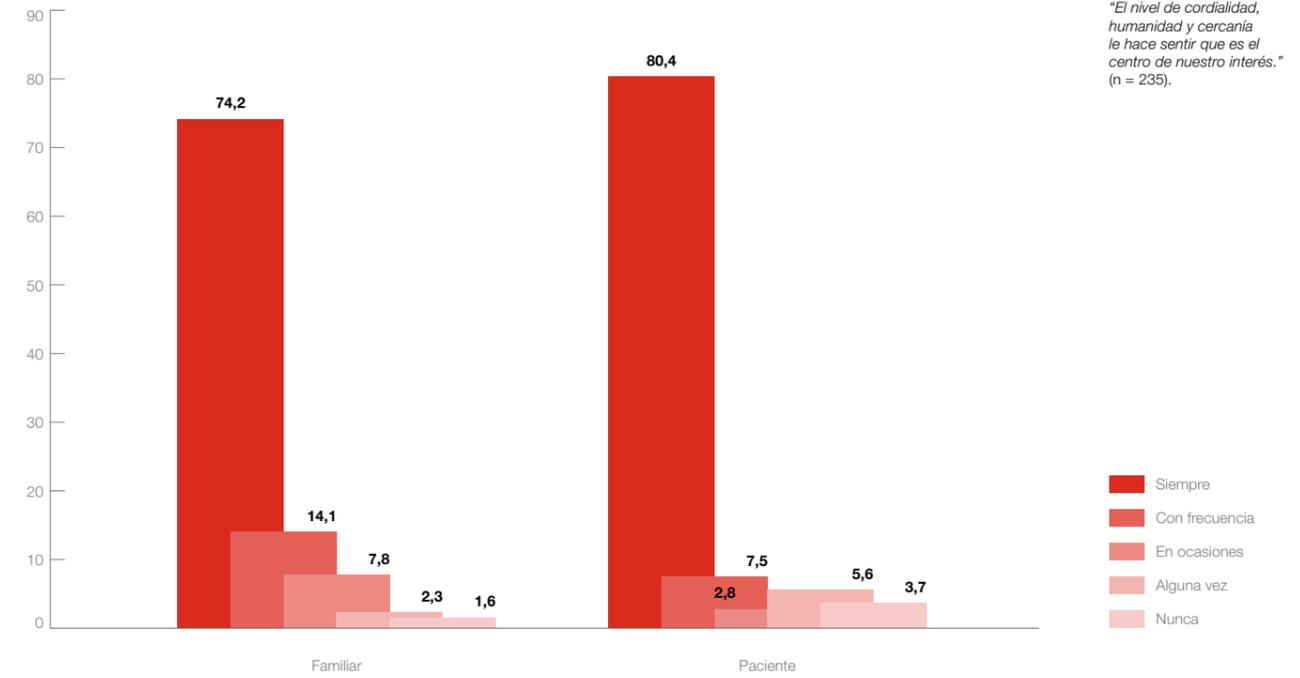


Figura 2.
 Representación gráfica
 relativa a la pregunta:
 "El nivel de cordialidad,
 humanidad y cercanía
 le hace sentir que es el
 centro de nuestro interés."
 (n = 235).

RESPECTO COMO PERSONA

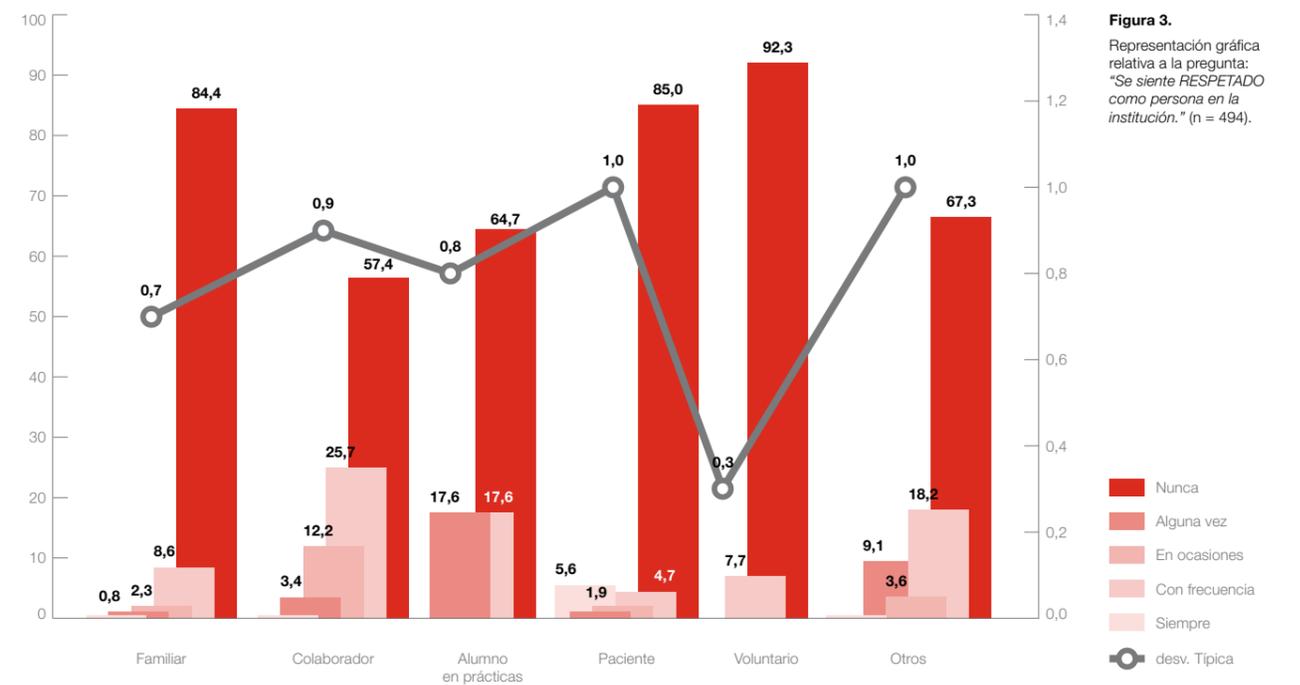


Figura 3.
 Representación gráfica
 relativa a la pregunta:
 "Se siente RESPETADO
 como persona en la
 institución." (n = 494).

■ Nunca
 ■ Alguna vez
 ■ En ocasiones
 ■ Con frecuencia
 ■ Siempre
 ○ desv. Típica

4/

Discusión/conclusión.

Ante todo queremos subrayar que, dentro de lo que consideramos una buena valoración en la práctica totalidad de las propuestas sobre los temas planteados, sobresale la que nos han dado tanto los pacientes como las familias.

Partiendo del hecho de que en nuestra institución afirmamos la centralidad en ella del enfermo/usuario y su familia y nos comprometemos a su cumplimiento, nos llena de satisfacción ver cómo tanto nuestros enfermos como sus familias aprueban mayoritariamente y positivamente a la misma.

Nos hace sentir razonablemente satisfechos ver que los datos provenientes de este colectivo son los más contundentes en su positividad. La respuesta de las familias resulta muy elocuente en nuestro centro, pues dada las características de un buen número de nuestros pacientes, de gran vulnerabilidad y en muchos casos incapaces de gestionar su proceso, que hacen que las familias tengan en el mismo un rango muy superior al de cualquier otro centro.

En lo que se refiere a la discriminación, resulta clara la falta de ella por razón de sexo en todos los grupos. Con datos absolutamente positivos pero con alguna variación de respuesta en lo que pudiera ser una valoración más cuestionada podría ser la referente al ámbito de la discriminación por razón de edad.

Así se podría percibir que el 18% de los alumnos de prácticas asumen haberlo sido alguna vez, corresponde a un pequeño resto de respuesta más negativa, escasa, pero de tenerla en cuenta. Referente a la discriminación tanto por las “**ideas políticas**” como en el apartado de “**creencias**” valoramos la práctica totalidad de su ausencia.

Por el contrario subrayamos el 100% del no sentirse nunca discriminado que han hecho los alumnos en prácticas. Y lo hacemos tanto por la especial sensibilidad que cabe entender que un colectivo tan joven podría tener ante dicha discriminación, especialmente cuando saben que entran a realizar sus prácticas en una institución confesional (“de curas” en la jerga popular), como por el hecho de que una buena parte de dichos alumnos provienen de centros de titularidad pública, no confesional.

Más complejo resulta el ámbito de las discriminaciones por “**categoría profesional**”, por la obtención de respuestas más variadas en el área de los propios colaboradores o en los alumnos en prácticas.

Creemos, en línea con lo descrito con anterioridad referente a la discriminación por la edad, que probablemente nos hallamos ante la sensación de que determinados colectivos profesionales, así como los propios alumnos en prácticas podrían sentirse discriminados por la propia selección que pacientes y familiares pudieran hacer por las propias categorías profesionales tal y como ocurre en todo el ámbito sanitario. Normalmente hay profesiones que son más valoradas que otras dentro del mismo campo de actuación.

La segunda pregunta, finalizada ya la exploración de los ámbitos de discriminación en los que pudieran sentirse afectados los diversos colectivos, entraba ya en el ámbito de la calidad de las relaciones que se establecían en nuestro centro. Es un paso más, superado el marco negativo de la discriminación, hacia el horizonte de encontrar un clima en el que la cercanía, la calidez, la tolerancia, la comprensión, y el respeto constituyan parte sustancial del entramado en el que se desarrolla nuestra labor asistencial.

Lógicamente, es un marco en el que las respuestas ya son más matizadas. Desde una valoración general muy positiva, sigue siendo el ámbito de los pacientes y sus familias, junto con el de los voluntarios, quienes mejor califican la calidad

de estas relaciones. El ámbito de los colaboradores y el de “**otros**”, continuando en su línea de positividad, pero con niveles de respuesta “**siempre**” más bajos.

Parece lógica la valoración cuando nos adentramos ya en un complejo mundo de relaciones humanas entrelazadas por aspectos laborales, retributivos, disciplinarios, etc. Pese a ello, valoramos muy positivamente los datos obtenidos que, en su práctica totalidad, vienen a ratificar los que, meses antes, se habían obtenido en la Encuesta de Satisfacción Laboral llevada a cabo por una empresa ajena al centro.

Finalmente, hay un tercer paso en el cuestionario en el que se pretende acceder a la valoración de los encuestados apelando a tres sensaciones que consideramos reflejan con claridad el posicionamiento de ellos sobre la institución: si le generamos confianza, si le hacemos sentirse el centro de nuestro interés y, finalmente, si se siente respetado como persona.

Esta última, en realidad era el objetivo prioritario de la encuesta: analizar el valor “**RESPETO**”. Creemos que son tres apuntes fundamentales y que centran de un modo más experiencial y existencial, la síntesis de la percepción de nuestra institución por todos cuantos la formamos y por cuantos en ella son tratados.

Referente a la confianza que generamos vuelve de nuevo la incuestionable valoración positiva tanto por parte de los pacientes como por parte de las familias predominando en ambos casos la rotundidad de la primera respuesta (“**siempre**”) sobre la segunda (“**con frecuencia**”). Idéntica puntuación se ofrece tanto por los voluntarios como por el grupo “**otros**”.

En lo que respecta a que nuestro trato les haga sentirse “**el centro de nuestro interés**” se mantienen prácticamente idénticos parámetros de positividad: pacientes y familias, junto con los voluntarios encabezan las puntuaciones. Resulta para nosotros especialmente gratificante esta positiva valoración por cuanto, como he-

mos señalado anteriormente, coincide plenamente con el principio fundamental de nuestra institución: “**el paciente y el necesitado constituyen el centro de la misma**”.

Las valoraciones de los otros grupos (colaboradores, alumnos en prácticas y otros) son sensiblemente inferiores aun cuando siguen siendo muy positivas. Pueden hacerse sobre ellos diversas lecturas incluso, por qué no, la de que sea positivo el que tales grupos descubran que no son ellos el centro de la institución sino los pacientes y usuarios a quienes prestamos nuestros servicios.

Finalmente, si el respeto es lo que se trataba de evaluar con la presente encuesta, parece evidente que todos los grupos “**se sienten respetados como personas en nuestra institución**”.

5/

Agradecimientos.

Nuestro más sincero agradecimiento tanto a la Institución por las facilidades proporcionadas a la hora de la realización de este trabajo como a todas las personas que han hecho posible la evidencia del valor RESPETO, en especial a todos los pacientes, familiares, voluntarios, alumnos en prácticas y profesionales que participaron en el presente estudio.

06/2

Programa DIVER - "Child Life"

Núria Serrallonga,
Programa DIVER - "Child Life".
Hospital Materno-infantil Sant Joan de Déu.
Esplugues de Llobregat.

Palabras clave:
Child Life, divertido, emociones, holístico, pediatría.

Key Words:
Child Life, Amazing feelings, Holistic, Pediatrics.

El programa **Child Life** del Hospital Materno-infantil Sant Joan de Déu de Esplugues inició sus pasos en el año 2004. Inicialmente se le llamó "programa Diver", para hacer referencia a la idea de acercarse al paciente pediátrico de una manera divertida para él, e incluso también diversa y divergente. Los 3 adjetivos comparten una misma raíz, Diver, que tiene su razón en el contexto que nos ocupa:

- Diver como "divertido", para resaltar que se buscaba algo agradable, ameno, atractivo y amable.
- Diver como "diverso", haciendo referencia a la gran variedad de posibilidades de intervención, con múltiples materiales y recursos.
- Diver como "divergente" respondía en aquel momento al hecho de que se separaba de las líneas de actuación tradicionales, casi clásicas y entendidas como estáticas e inamovibles. Este matiz se podría entender como la idea de "innovación".

Además, en el momento de lanzamiento del programa, se pensó que sería útil, para denominarlo, la utilización de una palabra común en el vocabulario infantil. "Child Life" es una denominación compleja que poco aporta a los usuarios del Hospital Materno-infantil.

Sin embargo, la necesidad de que las bases teóricas del programa Diver no llegaran a producir confusión si se comparaba dicho programa con iniciativas similares en otros países, ocasionó la necesidad de puntualizar y explicar mejor su objetivo y metodología.

Por ello, tras un plazo relativamente corto (unos 2 ó 3 años) se añadió, al nombre del programa, la coletilla de "Child Life".

Así, el programa Diver-Child Life seguía implantándose en el contexto de un hospital terciario que cada vez iba creciendo en volumen de actividad, en innovación, y en su posicionamiento como centro referente.

Desde 2012 aproximadamente, cuando el Child Life Council u organismo internacional que agrupa a todos los profesionales dedicados a este trabajo empezó a ser ampliamente conocido en todos los ámbitos de la pediatría mundial, llevando ya 30 años de existencia y de Congresos, la dirección del Hospital Materno-infantil SJD decidió llamarle con este nombre, Programa Child Life.

En términos generales, Child Life son programas de atención psico-social pediátrica en centros asistenciales con modelo de atención centrado en el paciente y la familia.

El trabajo en Child Life se centra en el objetivo de paliar los efectos emocionales negativos del niño enfermo y su familia. Para poder determinar las emociones hace falta ser capaz de expresarlas e incluso de saber nombrarlas. La forma como los niños lo hacen es sobretodo mediante el juego.

Utilizar un muñeco de trapo, que el niño previamente se hace propio porque lo pinta y le dibuja las partes del cuerpo (el lugar de su cuerpo que está enfermo o no funciona bien), le ayuda a poder mostrar abiertamente las emociones en situaciones ficticias como la entrada en el quirófano o el momento en que un médico o enfermera le deben practicar una técnica sanitaria. La fantasía en esta situación de juego, antes de que se haya producido, transluce la forma como el paciente la está viviendo en su realidad.

A menudo se descubren malentendidos o aspectos sobrevalorados que hace falta acompañar. Puede ocurrir que a un paciente quirúrgico no le preocupe para nada el tema de la anestesia, pero que exprese su angustia debida a la cicatriz que le dejará la operación. En este caso se profundizará más en la idea del cuerpo, joven, habitualmente sano, que puede trabajar para que se cierre una herida.

Los factores que producen ansiedad anticipatoria en los niños son a menudo diferentes a los de los adultos, y en gran medida ocasionados por la

falta de comprensión mezclada con la rica imaginación humana en el período hacia la edad adulta.

Los muñecos de trapo que se utilizan en el Programa Child Life están elaborados manualmente por personas con trastorno mental en fase de rehabilitación. Llevan una etiqueta acreditativa de esto, que a menudo es lo primero que el niño mira cuando se le regala el muñeco: es un muñeco nuevo, que nadie lo ha utilizado antes, y que alguien ha cortado y cosido para él/ella.

Incluso para las familias del Hospital Materno-infantil es un valor añadido el explicarles que otros usuarios de Sant Joan de Déu son los que colaboran en la tarea de fabricar este material. Los muñecos son blandos, y se les pueden colocar vías venosas y sondas reales (tamaño bebé).

De esta manera se favorece un primer afrontamiento del niño al material sanitario, que puede tocar y manipular, y así conocer.

La preparación a las experiencias sanitarias es uno de los capítulos que tienen más peso en el programa Child Life, pero no es el único. Demasiadas veces hace falta ayudar a los peques al afrontamiento positivo en un momento posterior, cuando ya se ha dado una vivencia que ha sido más negativa que positiva. Pero siempre existen aspectos buenos y puntos fuertes, que son los que marcan la actuación.

Poder valorar las enfermeras que son cariñosas o divertidas, poder conocer a otros pacientes también ingresados que están pasando por una situación similar, o ser capaz de escribir en una hoja las preguntas más delicadas a hacer al facultativo responsable, son pequeños hitos que ayudan a un debriefing y/o a una curación no solamente del cuerpo, sino también del espíritu.

El trabajo del profesional Child Life es a menudo de coordinación entre diferentes agentes, no solamente los más científicos e impersonales, sino también los que representan el acompaña-

LH n.310

miento de carácter trascendente durante la estancia hospitalaria.

El recuerdo del hospital que se lleva cada paciente, especialmente en las edades más tempranas, puede marcar su disposición a los temas de salud en etapas posteriores.

Si se consigue que, a pesar del sufrimiento que una enfermedad comporta, la estancia en el hospital sea bien valorada, también se va a favorecer un afrontamiento positivo en la edad adulta. En las etapas de crecimiento, las experiencias significativas marcan la historia vital. Poder participar en estos eventos positivos es un privilegio.

Sea como sea, el programa pretende poner su grano de arena en la consecución de una asistencia holística profesionalizada.



06/3

La espiritualidad en psicoterapia: un caso desde la Psicología de la Salud.

Cristina García Pedrajas.

Psicóloga Interna Residente,
Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
Sant Boi de Llobregat. (Barcelona).

La espiritualidad es una de las dimensiones humanas que, como tal, conforma e integra la globalidad de las personas. Así, es probable que en el transcurso de un proceso psicoterapéutico, la dimensión espiritual sea traída por aquellas personas que cultivan o sienten inquietud por dichos aspectos. La investigación y literatura actual de manera creciente se interesa por la manera de abordar esta área desde la competencia profesional, para brindar una atención de salud integral a las personas, potenciando los recursos positivos del individuo para su desarrollo. A partir de un caso clínico se pretende reflexionar sobre la relevancia de estos aspectos en la psicoterapia, y sobre la manera de abordarlos, mirando cómo han sido conceptualizados históricamente y cómo se conceptualizan en el momento presente.

Palabras clave:

Exclusión, Espiritualidad, Religiosidad, Psicoterapia, Salud mental, Ajuste psicológico

Spirituality is one of the human dimensions, and as such, forms and integrates the globality of people. So this dimension is likely to be brought in the psychotherapeutic process, by the people who grow or feel concerned about these aspects. Research and current literature is increasingly interested in how to approach this area from the professional competence, to provide comprehensive health care to individuals, promoting the positive resources for individual development. From a clinical case is to reflect on the relevance of these issues in psychotherapy, and how to address them, watching as they have been conceptualized historically and how are conceptualized in the present moment.

Key Words:

Spirituality, Religiosity, Psychotherapy, Mental health, Psychological adjustment.

1/

Introducción.

Las personas nos conformamos por un conjunto de dimensiones que incluyen aspectos biológicos, psicológicos, sociales, y también espirituales. Cuando una persona solicita o requiere atención psicológica, es esperable que traiga a la terapia todos estos aspectos, como partes de su sí mismo (Schreurs, 2004).

Esto hace plantearse al profesional clínico la manera y forma de integrarlos en el proceso, atendiendo y respetando una concepción holística del ser humano. Concretamente con la dimensión espiritual, a lo largo de la historia ha habido diferentes enfoques en cuanto a la manera de incluirla, planteándose qué factores de lo espiritual pueden ser anclaje positivo para la salud mental y cuáles han de valorarse con respecto a un posible uso disfuncional (Rodríguez, 2011).

A través del presente caso clínico, se pretende reflexionar sobre dicha dimensión, así como ser punto de partida para una revisión histórica, conceptual, y de los avances últimos de investigación.

2/

Caso clínico.

Se trata de una mujer de 59 años que consulta en el Servicio de Urgencias de un Hospital General de Barcelona, por multiplicidad de molestias gástricas de larga evolución (vómitos no autoinducidos, diarreas) y fiebres, que determinan un extremo debilitamiento físico y una alarmante pérdida de peso.

En cuanto a su psicobiografía, se trata de una mujer originaria de Extremadura; hija única de campesinos, que desde su adolescencia emigra a Barcelona con unos tíos maternos para mejorar sus condiciones de vida.

A partir de esta época desarrolla toda su vida laboral en tareas de limpieza. Establece su familia con un hombre silencioso y complaciente, dedicado a la industria textil. Con él tiene dos hijos, que actualmente están independizados con sus parejas respectivas.

Sus progenitores seguirán en Extremadura, hasta que el padre fallece por una enfermedad pulmonar. Ella decide hacerse cargo de su madre, llevándola a vivir con su familia a Barcelona. Serán tres años de duros cuidados, ya que la madre iniciaba una enfermedad neurodegenerativa que pronto devendría en múltiples alteraciones conductuales.

Es en esta época cuando se familiariza con creencias de Testigos de Jehová, participando activamente de la comunidad religiosa. Mujer de amplias inquietudes intelectuales (que nunca pudo satisfacer por su pronta incorporación laboral), en la lectura de la Escrituras encuentra un lugar para su cultivo intelectual, emocional y espiritual. Sus hijos también se adentrarán en la comunidad a través de ella, y su marido lo respetará sin compartirlo.

Diez años después de la muerte de su madre, comienza con síntomas ansioso-depresivos, gástricos, y dolores lumbares que van propiciando bajas laborales.

Desde Medicina de Familia la van siguiendo, pero las pruebas físicas no concluyen patología somática. Ella sigue desnutriéndose y requiere ser ingresada.

La derivación al Servicio de Psicología desde el Hospital se realiza con idea de evaluar los componentes psicológicos que influyen en la expresión y vivencia de su malestar físico, así como favorecer un acompañamiento a la expe-

riencia de ingreso más tranquilizadora y segura. La paciente trae en primer plano sus inquietudes espirituales y hasta qué punto estas inquietudes le ayudan a afrontar positivamente la vivencia de enfermedad y el encuentro real con la posibilidad de la muerte.

Desde el principio surge su necesidad de explicar, de sentirse escuchada, comprendida (llevaba un largo bagaje previo por servicios sanitarios, en los que ante el desconcierto de los profesionales se había sentido poco creída), y su agradecimiento por este espacio de compartir conjunto.

Poco a poco la contención hospitalaria va colaborando a que ella se vaya serenando, sintiéndose segura y confiada en el contexto médico, también desde su necesidad de no molestar, de ser normativa y comedida.

Es una mujer autoexigente, desde siempre pilar de su familia, que le cuesta tolerarse frágil, que se asusta al verse vulnerable. El ir validando su experiencia presente, sus sentimientos negativos, permitiéndoselos y ayudando a que se los pueda permitir, va construyendo un puente a poderse los tolerar.

Comienza a poder hablar y dejar entrar en el terreno delicado de sufrimientos pasados no resueltos: una relación conflictiva en los últimos años de la vida de su madre, en la que lidiar con las alteraciones conductuales a causa de la enfermedad degenerativa, hacía surgir a veces su rabia y su impotencia, y se traducían en un trato en ocasiones hostil del que no había podido despegar aún la culpa.

También trae las desavenencias con su marido, que en la época de crianza de los hijos, se refugiaba en el alcohol y ella se dedicaba a tapar y ocultar las huellas de esta dependencia como medida de protección a los niños. Ella va callando, soportando, reprimiendo su rabia, hasta que acaba explotando de ira, y haciendo reaccionar a su marido, pero a un alto precio: siempre se sintió asustada de la rabia que podía llegar a

albergar, y aprendió a seguir reprimiéndola para no volverla a mostrar ni ver.

El resto de los percances en la vida va afrontándolos con esta manera de inhibir lo que siente, de suprimir su ira de cara a los otros, pero soportando en su interior un pesado fardo de sufrimientos, culpas y duelos sin elaborar, y mucho miedo y desagrado hacia sí misma.

El renarrar esta historia en el encuentro psicológico desde la no-intencionalidad, el ir colocando estos aspectos tantos años ocultos de una manera menos culpabilizadora, le fue ayudando a acercarse a un proceso de elaboración.

Además, en un momento en el que la gravedad de su enfermedad también propiciaba la búsqueda de la reconciliación consigo misma: los médicos comenzaban a barajar diagnóstico de leucemia avanzada, en una mujer cuya debilidad somática dificultaba la resistencia a un proceso quimioterápico.

Su vertiente profundamente espiritual indudablemente facilitó el hacer esta reconstrucción reparatoria de manera segura y cuidadosa: podía darle un sentido al sufrimiento, y hablar de su historia externalizando el perdón en Dios; primer paso para poder internalizar este perdón y hacerlo suyo.

La red social que le brindaba la comunidad, fue un soporte en el que pudo dejarse cuidar, ella que tan cuidadora había sido a lo largo de su vida, y sentir también que los otros le devolvían en forma de acompañamiento afectuoso el cariño que ella antes había dispuesto, haciéndola consciente de su parte buena y generosa. El compartir espiritual fue un elemento de acercamiento profundo.

Era importante discernir con ella si las decisiones sobre su salud, le ayudaban en el proceso de asumir todo este duro presente, o si por el contrario le ataba o presionaba en sus elecciones: ¿Su vivencia de la religiosidad le hacía libre, le ayudaba al afrontamiento desde el reto

significativo, o le coartaba lo que fuera a pensar su comunidad, o lo que fuera a pensar de ella misma? ¿Vivía el diagnóstico como una señal de rendición ante la vida, o como un desafío?

Abordar estos aspectos desde el prisma profesional a veces no es fácil; no es sencillo discernir hasta qué punto nuestra propia vivencia de la espiritualidad, o nuestras preconcepciones de la misma, pueden estar interfiriendo en el acercamiento al otro, pueden estar prejuzgando.

La persona, al traer su espiritualidad al encuentro terapéutico, trae una parte muy íntima suya, una vivencia del sí mismo desde su reflexión más profunda; y acogerlo con suma delicadeza, también es un reto y una preocupación para el profesional.

Encontrar el equilibrio entre el compartir espiritual sin caer en la sensación de que nos están predicando o que nosotros les intentamos convencer a ellos, es uno de los miedos más reales del psicólogo que recoge la dimensión espiritual del paciente.

3/

Discusión.

Históricamente podríamos diferenciar, de manera un tanto generalista, la existencia de dos grandes posturas sobre el tema: Los que consideran que facilita el equilibrio y salud mental, y aquéllos que postulan que facilita mentalidades primitivas, ideas inmaduras o regresivas (Rodríguez, 2011).

Así, clásicos como Freud (1928a/1976, 1928b/1976, 1939/1976 citado en Rivera-Ledesma, 2014) relacionaban la religiosidad con la neurosis obsesiva o como una manera de proyectar la imagen de la Ley, del Padre, del

Orden, en Dios, postulando que la religiosidad, proveía de ilusión a los creyentes, pero al alto precio de una última decepción.

Otros clásicos posteriores como Jung (1978 citado en Rivera-Ledesma, 2014) planteaban que en todo ser humano hay una dimensión espiritual, que al menos se vive a nivel inconsciente, y que reprimirla puede ser fuente de sufrimientos.

Víctor Frankl (1992 citado en Rivera-Ledesma, 2014). También planteaba la importancia de la búsqueda de sentido de la vida, y lo desarrolló a través de su análisis existencial y apostando por lo que luego definió como la logoterapia.

Desde otras corrientes, como la cognitivo-conductual, Ellis (1977, citado en Rivera-Ledesma, 2014) planteaba las creencias religiosas como ideas irracionales disfuncionales, aunque al final de su vida ya apuntó que podían ser un recurso adaptativo de afrontamiento (Rodríguez, 2011).

Autores como Allport (1950) y Fromm (1990) también planteaban que la religiosidad y la espiritualidad eran constituyentes de la vida humana y que como tal podían devenir en un recurso de ajuste psicológico (Rivera-Ledesma, 2014).

En los últimos años, Wilber y su corriente transpersonal apuestan por intervenir en un plano transpersonal, basándose en conceptos del budismo, Jung y el psicoanálisis (Rodríguez, 2011).

Lo cierto es que recientemente hay un aumento en la investigación en cuanto a la relación de la espiritualidad con la salud mental (Koenig, 2009), aunque siga siendo escasa.

Se estudian qué factores de la espiritualidad se relacionan positivamente con la salud mental, y cuáles se relacionan negativamente.

Las limitaciones a la investigación son varias:

En primer lugar, tratamos con un fenómeno multidimensional y complejo, con lo cual su evaluación será inevitablemente incompleta (siempre existirán aspectos no conscientes de la influencia) y normalmente se limita a intervenciones psicológicas en población psiquiátrica (por tanto faltaría comparar con la experiencia espiritual y su uso en población sin problemas de salud mental) (Schreurs, 2004).

En relación a la complejidad del fenómeno, incluso la concepción de los términos (religión, religiosidad, espiritualidad) a veces es confusa. Los autores suelen marcar la diferenciación señalando que la religiosidad se refiere más bien a una expresión comportamental de un sistema de creencias y cultos organizados por la religión, y que como expresión externa indica un compromiso y una dirección, y tiene una naturaleza social (Peteet, 1994 citado en Rivera-Ledesma, 2007).

A la espiritualidad en cambio se le suele conceptualizar como un estado interno, un sentimiento de integración con la vida y el mundo (Cook, 2004 en Rivera-Ledesma, 2014), que se desarrolla en la singularidad del sujeto y posteriormente se expresa en lo social.

Nutre y da sentido a la experiencia. Tiene por tanto una naturaleza singular, específica, personal (Emblen, 1992 citado en Rivera-Ledesma, 2007), que trasciende lo biológico, psicológico y social (Mauritzen, 1988 citado en Rivera-Ledesma, 2007).

Allport (1966, citado por Rivera-Ledesma, 2007) añade además una nueva terminología: religiosidad extrínseca; como acercamiento a la religión desde las prácticas y ritos, en búsqueda de relación social, seguridad, consuelo, distracción, autojustificación o estatus; y religiosidad intrínseca, como acercamiento a la religión desde la experiencia y reflexión personal; fuente de motivación propia.

Así, en términos de qué tipo de relación con lo espiritual puede beneficiar a la salud mental,

Pargament (1997, citado en Rivera-Ledesma, 2007) ya explicaba que una relación con lo trascendente basada en una relación segura, vivida con madurez, coherencia y autonomía, puede proveer de emociones positivas (emoción, perdón, gratitud...) y ejercer de recurso adaptativo. En cambio, una religión autoimpuesta; una relación con lo trascendente desde lo temeroso, redundante en una peor adaptación y peor salud mental.

Revisiones de estudios sobre los mecanismos cognitivo-conductuales intermediarios, ratifican que la espiritualidad puede proveer de una atribución de significado a los acontecimientos, proveyendo de percepción de control y de predictibilidad, fomentar relaciones genuinas con iguales, experiencias sociales correctivas-positivas, y promover conductas de salud (Baetz, 2009).

En cambio, una relación negativa/disfuncional con lo espiritual, puede exacerbar las percepciones de abandono, ideas de culpa o castigo, focalización en las preocupaciones, o rigideces cognitivas (Koenig, 2009; Rodríguez, 2011).

En cuanto a sintomatología específica, en trastornos depresivos, en general se demuestra una buena asociación entre espiritualidad y salud mental (Koenig, 2009; Baetz, 2009; Musick, 1998 en Rodríguez, 2011). Así, la religiosidad vivida intrínsecamente deviene habitualmente en menos trastornos y síntomas; mientras que la religiosidad extrínseca promueve la relación inversa (Smith, 2003).

En trastornos ansiosos, la mayoría de estudios hablan de un efecto reductor de síntomas, aunque también hay estudios que hablan de aumento (Koenig, 2009).

La resolución depende de qué elementos promueven esta relación: Puede aumentar el alivio en personas ansiosas (sentido de control, seguridad, autoconfianza, o confianza en los designios divinos), pero también puede exacerbar la culpa y el miedo, interfiriendo en el funcionamiento

(Rodríguez, 2011; Rivera-Ledesma, 2014).

Wink y Scott (2005, citado en Koenig, 2009), estudiaron la asociación entre espiritualidad, miedo a la muerte y miedo a morir, mostrando que la relación no es lineal: los que tienen más ansiedad no son los más o los menos religiosos, sino los que no son coherentes con su sistema de creencias (por ejemplo, ser creyente pero no ponerlo en práctica).

También existen estudios que avalan la prevención del suicidio a través del sistema de creencias (Greening, 2002 citado en Koenig, 2009), y del soporte comunitario (McClain, 2003 citado en Koenig, 2009; Koenig 2008, citado en Koenig 2009).

En cuanto a los trastornos de la esfera psicótica, algunos estudios hablan de peor pronóstico (Thara, 1996 citado en Koenig, 2009; Doering 1998 citado en Koenig, 2009) en aquéllos trastornos que tienen síntomas de carácter religioso, mientras que otros no encuentran diferencias en cuanto a la respuesta al tratamiento (Siddle, 2002 citado en Koenig, 2009).

Un estudio longitudinal expone que la religiosidad no psicótica puede mejorar el pronóstico en pacientes psicóticos (Schofield, 1954 citado en Koenig, 2009), y otro, que parece jugar un papel más positivo que negativo en el tratamiento de estos sujetos (Huguelet, 2006 citado en Koenig, 2009; Mohr, 2007 citado en Koenig 2009; Baetz, 2009).

En abuso de sustancias, generalmente se ha visto un efecto positivo de la espiritualidad (Kendler, Gardner y Prescott, 1997 citado en Rodríguez, 2011; Smith, McCullough, y Poll, 2003 citado en Rodríguez, 2011), aunque también la promoción de la abstinencia puede exacerbar sentimientos de culpa, vergüenza, y por consiguiente aislamiento o peor salud mental (Rodríguez, 2011).

Pero más allá de la psicopatología, adentrarse en el mundo de la espiritualidad en el campo de

la psicoterapia, implicará importantes matices: Implicará hacerse cargo de las necesidades espirituales de la persona que las trae y, este hecho, puede ser una realidad muy cotidiana en el día a día del psicólogo (Schreurs, 2004; Mueller, Plevak, y Rummans, 2001 citado en Rivera-Ledesma, 2007).

De hecho, ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza la necesidad de precisar esta función, mejorando la inserción de lo espiritual en los recursos psicoterapéuticos básicos (Dein y Stygall, 1997 citado en Rivera-Ledesma, 2007).

Así, un estudio de Ellis, Vinson, Ewigman, (1999, citado en Rivera-Ledesma, 2007) sobre la actitud del profesional-médico, planteaba que el 96% de éstos consideraban el bienestar espiritual importante para la salud, pero que las barreras que planteaban para tratar estos aspectos tenían que ver con: el 71% falta de tiempo; el 59% no se sentían adecuadamente entrenados; y el 30% por dificultades para identificar qué pacientes deseaban abordarlos.

Mueller (2001, citado en Rivera-Ledesma, 2007), reflexiona sobre la formación biomédica, que podría colaborar en la escasa relevancia que a veces se le ha dado a esta dimensión, así como el hecho de que la orientación espiritual personal, pudiera condicionar la percepción y tratamiento de ésta en el paciente.

En cambio, cuando el profesional plantea que es posible hablar de espiritualidad, podrá entonces valorar si es ésta una adecuada fuente de afrontamiento con la que contar. Lo, Quill y Tulskey (1999, citado en Rivera-Ledesma, 2007), planteaban su evaluación sondeando: La importancia de la fe para la enfermedad y para otras circunstancias, la existencia de personas con quien hablar del tema, y el interés por hacerlo en el momento de la evaluación, (para introducirlo en ese momento de la entrevista).

Anandarajah y Hight (2001, citado en Rivera-Ledesma, 2007), exploraban cuatro áreas:

LH n.310

Los recursos de esperanza y significado que tiene la espiritualidad para el sujeto, si sigue una religión organizada, si la espiritualidad es vivida de manera personal y con qué prácticas, y los efectos que esta dimensión tiene sobre el cuidado médico.

Así, Chilton (1998, citado en Rivera-Ledesma, 2007) proponía introducir lo espiritual en la psicoterapia de la siguiente manera: Estando con el paciente buscando entender, no predicar; usar reminiscencias e imaginación espiritual, fomentar su conectividad con lo sacro, saber estar con él en silencio, cuidar sus momentos de privacidad espiritual, y mantener las redes sociales alrededor de sus creencias.

5/

Conclusión.

Las personas con este tipo de inquietudes es muy probable que lo lleven a psicoterapia si encuentran un espacio confortable y seguro para ello (Schreurs, 2004), con lo que es importante poder ser sensibles a una evaluación respetuosa y no prejuiciosa, de manera que podamos abordar con los pacientes qué factores favorecen o no el desarrollo personal y/o el afrontamiento de su sufrimiento, así como el uso positivo o negativo que pueda hacerse de la espiritualidad como recurso.

Así, que el profesional de cabida a estos temas, solicitando información sobre ello, ya es tranquilizador por sí mismo, al proporcionar una oportunidad para exponer dudas, necesidades y preocupaciones.

También hará accesibles algunas fuentes de cuidado espiritual (Rivera-Ledesma, 2007), dándonos pistas sobre apoyos útiles, como pastores, familiares, amigos... .

A la hora de la intervención, tener en cuenta la dimensión espiritual implicará: ofrecer la presencia, comprensión, aceptación; incorporar la espiritualidad dentro del cuidado preventivo de salud, ayudando al paciente a identificar y movilizar sus propios recursos espirituales; sumar la espiritualidad al tratamiento a través de identificar qué medidas prácticas concretan le ayudan a afrontar su proceso (rezar, música, leer...); y/o modificar el plan de tratamiento en consideración a estos aspectos (Rivera-Ledesma, 2007).

Por ello, parece imprescindible ofrecer un espacio abierto para poderlos tratar. De ahí la importancia de seguir investigando en este campo, con metodología cuantitativa y sobre todo cualitativa, que contribuya a seguir discerniendo la efectividad de este recurso de afrontamiento, estilo de vida y modo de concebir la existencia.

Bibliografía

▶ Baetz, M. y Towels, J. (2009).
Clinical Implications of Research on Religion, Spirituality, and Mental Health.
Can J Psychiatry, 54(5), 292-301.

▶ Koenig, H.G. (2009).
Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review.
Can J Psychiatry, 54(5), 283-291.

▶ Rivera-Ledesma, A. y
Montero-López, M. (2007).
Ejercicio clínico y espiritualidad.
Anales de Psicología, 23(1), 125-136.

▶ Rivera-Ledesma, A.,
Montero-López, M. y Zavala, S. (2014).
Espiritualidad, psicología y salud.
Psicología y Salud, 24(1), 139-152.

▶ Rodríguez, M. I. (2011, febrero-marzo).
¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología?
Ponencia presentada en el 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.

▶ Schreurs, A. (2004).
Psicoterapia y espiritualidad.
La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.
Bilbao: Desclée de Brouwer.



07/ Recursos

07/1

Premio a la mejor iniciativa de Hospitalidad.

Grupo Provincial Gestión del Conocimiento.

Orden Hospitalaria San Juan de Dios.
Provincia de Aragón - San Rafael.

El Grupo Provincial de Gestión del Conocimiento de la Provincia de Aragón-San Rafael creó hace ya seis años el Premio a la mejor iniciativa a la Hospitalidad para, en un principio, incentivar el uso del Portal Provincial entre sus trabajadores pero en seguida se percataron el valor añadido que tenía. Dar a conocer las iniciativas asistenciales, sociales, docentes o de investigación que se creaban en el conjunto de la Provincia basadas en el valor principal de la Orden: la Hospitalidad. En esta pequeña reseña se explica el cómo y el por qué de este proyecto provincial que sirve para divulgar los Valores de la Orden Hospitalaria.

Palabras clave:

Valores, Hospitalidad, Iniciativa, Conocimiento, Premio

Six years ago, the Provincial Group of Knowledge Management of the Province of Aragón-San Rafael created Award for Best Initiative for Hopitality, initially, to encourage the use of Provincial Portal among workers but then became aware of the added value it had: Introducing welfare, social teaching or research initiatives, that arose in the whole Province based on the principal value of the Order: Hospitality. This short review explains the how and why of this provincial project which serves to disseminate the values of the Hospitaller Order.

Key Words:

Award, Hospitality, Initiative, Knowledge, Values.

Es una realidad que el máspreciado recurso de cualquier organización son las personas, sus conocimientos y su saber hacer. Y hoy en día, cada vez más las organizaciones son conscientes de esto y desarrollan estrategias o proyectos de gestión del conocimiento que les permita captar, organizar y distribuir la información y el conocimiento que hay en su organización y convertirlo en un activo para su mejora y competitividad. Los centros de San Juan de Dios no querían quedar al margen de esta tendencia de futuro y con este fin se creó en noviembre de 2008 el Grupo de Gestión del Conocimiento de la Provincia de Aragón-San Rafael formado por profesionales de nuestros centros que llevan a cabo proyectos o lideran unidades relacionados con la gestión del conocimiento.

Actualmente el grupo está compuesto por **Amélia Guilera** y **Judit Boluña**, del Campus Docent Sant Joan de Déu; **Dra. Emilia Sánchez-Chamorro**, directora de proyectos e innovación de Curia Provincial; **Lluís Guilera Roche** y **Maite Hereu**, Comunicación de Curia Provincial; **Jordi Joan Fàbrega**, Hospital Materno-infantil Sant Joan de Déu de Esplugues; **Dr. Francesc Vilurbina** y **Dr. Josep M. Haro**, Parc Sanitari de Sant Boi; **Silvia R. Escorihuela**, Serveis Socials de Barcelona; **Isabel Picas**, Portal Provincial, y **Ana Maria Merino**, Sant Joan de Déu Research Foundation.

Los objetivos de este grupo se centran en:

- 1. Planificar la difusión del Portal Provincial como una de las herramientas de gestión del conocimiento**
- 2. Crear espacios de intercambio, comunidades virtuales, para todos los grupos provinciales**
- 3. Recopilar, generar e impulsar iniciativas comunes**

De este último objetivo surge la propuesta de convocar un premio; ya que se constata

que en los distintos centros de la Provincia se llevan a cabo iniciativas asistenciales, sociales, docentes o de investigación, indispensables para la transmisión del principal valor de la Institución, la Hospitalidad, y que a menudo no trascienden al resto de centros y fundaciones de nuestra Provincia. Así se convoca el Premio a la mejor iniciativa de Hospitalidad en 2010 con el que se pretende alcanzar los siguientes objetivos concretos:

- 1. Hacer visibles las iniciativas a todos los colaboradores de la Orden y también a la ciudadanía**
- 2. Reconocer pública e institucionalmente estas iniciativas**
- 3. Incentivar la utilización del Portal Provincial (intranet)**

Los candidatos al premio serán los colaboradores o equipos de colaboradores de la Provincia, a excepción de los que formen parte de los Comités de Dirección, que en su función asistencial, social, docente o investigadora en cualquiera de los ámbitos de atención a las personas necesitadas, merezcan el reconocimiento de **Mejor Iniciativa Hospitalaria del año**.

El Premio pretende dar visibilidad a aquellas iniciativas asistenciales, de acompañamiento o de acogida, que a menudo son consideradas poco importantes o trascendentes, que fomenten y divulguen el valor de la Hospitalidad, valor por excelencia de nuestra Orden, que se expresa a través de la **calidad** y la **responsabilidad** de nuestro servicio y del **respeto** por las personas que acuden a nuestros centros y **espiritualidad** para guiar a cada persona en su búsqueda de significado.

Las memorias de la totalidad de proyectos presentados se cuelgan en el Portal Provincial para conocimiento de todos los usuarios del mismo. Más tarde, un jurado presidido por el Superior Provincial junto a otras 4 personas de diferentes ámbitos y centros de la Provincia,

LH n.310

eligen cinco proyectos a los que se les realiza un video divulgativo.

Estos videos también se cuelgan en el Portal Provincial y se someten a votación de trabajadores y voluntarios.

Finalizado el plazo de votación popular, el jurado, que tiene la última palabra, vuelve a reunirse para elegir un ganador teniendo en cuenta la votación del Portal. El fallo se da a conocer el día 8 de marzo, festividad de San Juan de Dios. Los videos de los proyectos seleccionados se realizaron a partir de la segunda edición del premio y sirven para difundir, a través de los canales de comunicación de la Provincia, y hacer más visual, la finalidad del proyecto al votante.

Lista de finalistas y galardonados en estos cinco años de premio.

2010

“Voluntariado intergeneracional como ejemplo de valor añadido a la acogida y a la hospitalidad” - Sant Joan de Déu Serveis Sociosanitaris SJD de Esplugues (Barcelona)

Dar a conocer a los adolescentes la educación en la visión del otro. Seguir viendo una persona allí donde la demencia o enfermedad mental hace el estrago. En relación a los residentes pretenden satisfacer una necesidad básica en el orden espiritual y en el interpersonal, la necesidad de gratuidad, de reconocimiento, de validar la propia vida en el ocaso de ésta. Los objetivos de este programa de voluntariado intergeneracional son: reconocer y defender la igualdad de todas las personas como miembros de la sociedad; promover actitudes de Hospitalidad, de acogida, de generosidad y de solidaridad; rechazar cualquier forma de exclusión social; desestigmatizar la enfermedad

mental; educar en los valores juandedianos y favorecer el intercambio social contrarrestando las dificultades que presentan. (en esta primera edición no se realizó ningún video).

2011

“Ruta por nuestros pueblos, reminiscencia activa” - Centre Assistencial Sant Joan de Déu de Almacelles (Lleida)

Cada participante puede reencontrarse a sí mismo, la persona se sentirá identificada con su pueblo, podrá dar un salto en el tiempo y recordar un sinfín de cosas, detalles, calles, vecinos, vivencias... y también que podrá hacer partícipes al resto del grupo de estas vivencias.

Vivir estos recuerdos sin trabas, a través de la reminiscencia vivencial, dando la oportunidad de facilitar espacios que permitan al individuo vivir experiencias en el presente con todos los sentidos, palpando, oliendo, escuchando, mirando... visitando el espacio real, el pueblo en sí, la casa, el ayuntamiento, todo aquello que fuera significativo para la persona y compartirlo.



player.vimeo.com/video/20097086

2012

“Humanizando los cuidados paliativos” - Hospital San Juan de Dios de Zaragoza

Los Cuidados Paliativos son la asistencia que se presta a personas con enfermedades terminales con el objetivo de mejorar su calidad de vida, sobre todo aquellas personas que padecen graves problemas, en definitiva que puedan seguir sintiéndose personas hasta el final. Facilitar este

objetivo es la tarea de quienes realizan este tipo de cuidados que se apoyan en el alivio y control de los síntomas; el manejo apropiado de la información y el apoyo a la familia.

Por ello desde el equipo de cuidados paliativos del Hospital de Zaragoza desarrollan una iniciativa que consiste en cubrir aquellas necesidades más extraordinarias que surgen en el proceso de morir y que tienen un enorme impacto emocional en usuarios y equipo.



vimeo.com/35944445

2013

“Reencontrarse con el otro” - Parc Sanitari Sant Joan de Déu

La Unidad Terapéutica de Justicia Juvenil (UTJJ) Els Til·lers del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, es un recurso sanitario especializado en la atención de adolescentes con problemas de Salud Mental y Adicciones, centrado en la prevención, evaluación, tratamiento y recuperación de patologías psiquiátricas y psicológicas complejas, asociadas a adicciones y conductas antisociales.

El abordaje llevado a cabo incluye diferentes talleres psicoeducativos promovidos por el equipo multidisciplinar (enfermería, terapeutas, médicos y equipo educativo). El proyecto pretende acercar a jóvenes en proceso de rehabilitación de patología adictiva con jóvenes estudiantes de su misma edad que están expuestos a esta problemática social, el encuentro permite compartir experiencias e información, comunicar vivencias personales y fomentar el aprendizaje desde el grupo de iguales.

A su vez, ambos grupos de jóvenes se ven reflejados en el otro, ya sea tomando la referencia

positiva de una adolescencia sana o aprendiendo de los errores que pueden conducirles a un consumo de tóxicos.



vimeo.com/57598511

2014

“253.000 km: viajando por la investigación” - Sant Joan de Déu Research Foundation

Muchos niños pacientes del Hospital Materno-infantil Sant Joan de Déu de Esplugues participan en ensayos clínicos para buscar mejores medicamentos para el tratamiento de su enfermedad. Este proyecto es la historia de 253.000 kilómetros en los cuales enfermeras de la Unidad de Ensayos Clínicos se desplazan a los hogares de estos niños para hacer su seguimiento desde casa reduciendo los desplazamientos de estos pacientes al hospital; reduciendo la ausencia escolar y mejorando la vida de sus familias. Pero sobretodo es un proyecto de acogida mutua de estas familias y de sus cuidadoras; de respeto y responsabilidad por los pacientes y sus familias y de amistad entre profesionales, niños y sus padres y familiares.



vimeo.com/85242349

La visualización de estos vídeos permiten divulgar los valores y principios que configuran el carisma de la Hospitalidad al estilo de San Juan de Dios y también ayudan a transmitir la identidad de nuestra Institución a todos los miembros de la Familia Hospitalaria (Hermanos, colaboradores, voluntarios, usuarios, donantes...) así como a la ciudadanía en general.



www.vimeo.com/ohsjd

07/2

Cine y Valores.

Juan Manuel Bajo Llauradó,
Delegado Pastoral de la Salud de Tortosa.

El autor, poniéndose en la piel de un cuidador (ya sea un profesional de la salud o un agente de pastoral), analiza varias películas que nos pueden servir para reflexionar sobre los valores para acompañar a los que sufren. Los diferentes valores que vive una persona se interrelacionan, pero cuando hay valores discordantes, inevitablemente, se crean conflictos que deben ser resueltos a través del diálogo y el entendimiento. El cine se convierte en la herramienta útil para asimilar esta experiencia con la que podemos plantear, discutir y tomar postura sobre un conjunto de valores aceptados por nuestro esquema social.

Palabras clave:
Cine, Valores, Diálogo, Reflexión, Acompañamiento.

The author, standing in the shoes of a caregiver (whether it be a health care professional or pastoral agent) analyzes several films that can help us to reflect on the values to accompany the suffering. The different values that a person lives interrelate, but when there are conflicting values inevitably conflict arises that must be resolved through dialogue and understanding. Cinema becomes a useful tool to assimilate this experience which we can raise, discuss and take positions on a set of values accepted by our social scheme.

Key Words:
Accompany, Cinema, Dialogue, Reflection, Values.

El cine actual ha explorado situaciones e historias de vulnerabilidad y fragilidad del ser humano en la asistencia tecnificada que se antepone a un acompañamiento humanista y deja al margen el mundo axiológico tanto de los profesionales como de los acompañados.

Es difícil evaluar el impacto social y axiológico que tiene la recreación de estas historias, pero creo que contribuyen a la reflexión sobre la manera de atender y acompañar la vulnerabilidad del ser humano, pues el cine facilita visualizar las circunstancias personales y el contexto, los valores, creencias, sentimientos y deseos de personajes con los que el espectador, o en nuestro caso concreto, el profesional sanitario o el agente de pastoral puede identificarse. De la ingente cantidad de películas que existen sobre el tema he seleccionado varias que nos pueden servir para descubrir, reflexionar, educar, trabajar y reforzar los valores en el difícil arte de acompañar a los vulnerables, su familia e incluso de los profesionales y agentes de pastoral de la salud: Hospitalidad, calidad humana y asistencial, respeto y tolerancia, responsabilidad, valor del cuerpo, de espiritualidad en la asistencia a los enfermos, discapacitados, ancianos, enfermos mentales...

1/

Calidad humana y asistencial: “El doctor” (1991).

Film estadounidense de 128 minutos de **Randa Haines**. El Dr. Jack Mackee (William Hurt) se enfrenta, de manera repentina, a una situación de vulnerabilidad que bajándole de su pedestal de profesional le convierte en uno de tantos enfermos de su hospital. Experimenta por primera vez todo el cúmulo de experiencias y sensacio-

nes que vivencian sus pacientes y la invitación a confiar en el sistema sanitario del cual es una pieza. Esa enfermedad, el cáncer, le introduce en las “terribles esperas” desde la del diagnóstico hasta la del tratamiento, pasando por la de la sala de espera. Le pone en contacto con otros médicos divos como él, con pacientes que sufren las consecuencias de un mal funcionamiento del sistema sanitario y con el trato inhumano con que a veces son tratados.

Esta película, muy cercana a la realidad que estamos viviendo, nos plantea cuestiones para reflexionar e intentar establecer los valores que el director nos ha querido transmitir. La batería de problemas que suscita esta cinta son: la diferente visión que se establece entre el agente de pastoral con el acompañado, el propósito del acompañamiento pastoral, la aceptación o rechazo de la situación de vulnerabilidad por parte del entorno relacional (familia, amigos).

Por lo que respecta a la reflexión axiológica nos acerca a los valores de la calidad asistencial y humana (profesionalidad, confidencialidad, humanización, prudencia, respeto, justicia, relación agente de pastoral-paciente), que a su vez nos lleva al cuestionamiento profundo de si somos capaces de ponernos en lugar del otro.

2/

Respeto / tolerancia: “El hombre elefante” (1980).

Film estadounidense de 125 minutos, cuyo director es **David Lynch**. Cinta basada en hechos reales. Narra la historia de Frederik Treves (Anthony Hopkins), un eminente cirujano, profesor de universidad, que queda im-

LH n.310

presionado con Joseph Merrick (Jonh Hurt), que nació con una manifiesta deformidad. Esta deformidad le lleva a ser explotado en un espectáculo circense como si fuera un monstruo. El dueño del circo es su aflicción, ya que lo manipula, lo humilla y lo maltrata.

El Dr. Treves, al descubrirlo, le salva de su “**propietario**” y de tan terrible infortunio. Tras años de humillación consigue descubrirse a sí mismo como ser humano y conoce lo que es ser tratado con la dignidad que se merece.

Así, tras su deforme máscara, surge una personalidad extrañamente dulce, educada, amable e inteligente. Aun así, la hipocresía de la alta sociedad victoriana, en la cual está inmerso, llevada por un ideal de belleza equivocado, permitirá que siga considerado como un salvaje. Esta será su enorme tragedia: que el “**hombre elefante**”, nunca dejará de serlo.

Esta historia verídica, como hemos apuntado, cobra carácter de obra maestra cinematográfica gracias a su director, que nos lleva a sensibilizarnos ante una historia de redención humana frente al terrible pecado de la discriminación que, cotidianamente, el hombre inflige sobre el diferente.

La discriminación es uno de los males principales inventados por el ser humano, constantemente repetido a lo largo de los siglos, hasta el momento presente: ya sea contra una sociedad marcada por unos cánones de belleza concretos, cuerpos estilizados que antagonizan contra una obesidad mórbida, contra reacciones xenóforas, contra los homosexuales o los discapacitados, los feos, los extranjeros y un largo etcétera. Los problemas que sugiere este film son la relación entre acompañante y acompañado, la discapacidad como objeto de burla y de manipulación, el respeto y la tolerancia a lo diferente, los estereotipos y prejuicios dispares que la sociedad contempla como lógicos, el correcto y humanizado modelo ético del cuidado y acompañamiento.

Del enunciado de dichos problemas se me an-

toja plantear para la reflexión los siguientes valores y contravalores: dignidad, desprecio, humanidad, bondad, amistad, maltrato, marginación, esclavitud, reconocimiento mutuo, empatía, agradecimiento, sacrificio, superación, solidaridad y admiración.

Ante la relación de valores y contravalores que pueden reflexionarse tras ver la película podemos proponer unas cuestiones que parecen evocarse: el tema de la dignidad y la manera de ser acogido por el hecho de ser diferente, el reconocimiento por parte del otro por el simple hecho de ver que somos iguales ontológicamente.

Ante la diatriba entre la belleza interna y externa, se plantea el tema de la empatía, el compromiso de la amistad, la presencia de las discapacidades tanto físicas como mentales en la construcción de la propia identidad, el tema de la confianza que aparece en el acompañamiento.

¿**Usted puede curarme?**, le pregunta el paciente Merrick al Dr. Treves, a lo que este le responde: “**No, nosotros solo podemos cuidarle, pero no podemos curarle**”. Yo añadiría “**cuidarle y acompañarle**”.

Es, a mi parecer, el mensaje a transmitir en el proceso de acompañamiento pastoral que camina parejo al del acompañamiento asistencial: curar a veces (la medicina tiene límites claros en la salud y enfermedad), aliviar a menudo (medidas de apoyo en las enfermedades crónicas y terminales), cuidar siempre (cuidados que no se limitan a los fármacos y que incluyen el valor de la palabra, el compromiso y el acompañamiento).

3/

Espiritualidad: “Pena de muerte” (1995).

Película estadounidense de 120 minutos, del director **Tim Robbins**. Relata la vida de Matthew Poncellet (Sean Penn), un hombre condenado a la pena capital por el asesinato de dos adolescentes. Reclama desde la prisión la ayuda espiritual de una religiosa, la hermana Helen Prejean (Susan Sarandon).

Durante la semana anterior a la ejecución, Helen intentará guiar espiritualmente a Matthew para que consiga la absolución y la paz espiritual, pero sin dejar de pensar también en la angustia de las familias de las víctimas.

Es un alegato contra la pena de muerte, basada en hechos reales. Sin embargo, centraremos nuestra atención en el acompañamiento espiritual que ejerce la religiosa.

Todos le hacen a Helen la misma pregunta: “¿**por qué lo hace?**” Ella también se lo pregunta. Y poco a poco durante la película, va encontrando una respuesta.

Helen entiende su misión como un “**estar**” con Matthew, como consejera espiritual, algo que ella exactamente no sabe en qué consiste. Encuentra mucha rabia y cinismo en el condenado, pero hace un esfuerzo por escucharle y ayudarle a que comprenda lo que ha hecho.

En su hacer, Helen se presenta como mujer acogedora. Por eso Matthew terminará acogiéndola también sólo porque es una persona, no por ser religiosa, porque no le ha hablado del infierno y porque vive en un gueto con los pobres. Esto es importante porque él no se considera religioso y no acepta al capellán precisamente porque es un hombre muy religioso.

Cuando la posibilidad del indulto fracasa y se entrevé la muerte inminente de Matthew, la Hermana Helen da el paso de acompañarle hasta el final para que se reconcilie consigo mismo, con las víctimas y con Dios. Le da una biblia y comienza a hablar de Jesucristo.

Al final Matthew contribuye a su propia redención reconociendo la verdad de su participación en el asesinato, una verdad que le hace libre hasta llegar a rezar por los chicos que mató.

En las últimas secuencias antes de la ejecución, Matthew encuentra en la Hermana Helen amor y paz. “**Mírame -le dice- verás el amor en mi rostro... que lo último que veas te inspire la paz**”. Los gestos también hablan: le toca, le acaricia y, cuando no puede hacerlo, extiende su brazo queriéndole tocar... mostrar su amor. Sus últimas palabras son de amor. Matthew muere en paz y querido.

Esta cinta es una propuesta en la que se puede reflexionar sobre el sentido del acompañamiento de los enfermos, sobre el testimonio de amor, de la compasión. Pero también afronta algunas de las grandes preguntas del hombre actual y de todos los tiempos: el sentido redentor del amor, el valor de la oración y el sacrificio, la necesidad del arrepentimiento y del perdón... Y, sobre todo, redescubre la auténtica razón de ser de la dignidad del hombre, aun del aparentemente más necesitado: su condición de hijo de Dios.

4/

Responsabilidad: “Lejos de ella” (2006).

Película canadiense de 110 minutos dirigida por **Sarah Polley**. Nos sitúa ante la reflexión de la responsabilidad del cuidado cuando llega el gra-

LH n.310

do máximo de vulnerabilidad, ya que este valor nos coloca en el escalafón más alto de la madurez humana.

Nos adentra en el mundo de Fiona Anderson (Julie Christie) y Grant Anderson (Gordon Pinsent), una pareja madura que ahora, tras la jubilación se verán enfrentados a una situación que les truncará esa felicidad por la aparición de una enfermedad degenerativa (Alzheimer). Para no cargar con la responsabilidad de su cuidado, Fiona decide ingresar en un centro médico especializado. A partir de ese momento el universo de Grant se desestabiliza, llevándole a una vida nueva en todos los sentidos.

La enfermedad de Fiona se hace cada vez más difícil de controlar a través de las visitas al médico, y eso la empujará a tomar la determinación de su ingreso en un centro, algo que no resulta fácil tras tantos años de convivencia en común. La cinta muestra bellamente lo que representa la separación a través de una escena que contiene una despedida cargada de emotividad, de verdadero amor y de una gran sabiduría.

Es un film que confirma que todos nos enfrentamos a los mismos desafíos en los compromisos y responsabilidades adquiridos en la madurez de nuestra vida. Lo que queda al final de la película es la extrema sensación de que todo en la vida debe ser tomado como parte de un proceso natural que el ser humano, en pareja o no, debe asumir y aceptar.

No puedo dejar pasar por alto dos imágenes reflejadas también en la cinta, respecto a la responsabilidad profesional: Una, encarnada por la directora del centro, Madeleine Montpellier (Wendy Crewson), a la que sólo parece importarle lo puramente profesional: venta de un servicio, con cierta distancia, toma de decisiones en base a unas normas; y la otra, representada por la auxiliar de clínica Kristy (Kristen Thomson), que muestra la responsabilidad de un acompañamiento compasivo y humano: reconocimiento del otro, confianza, orientación en la toma de decisiones, espiritualidad.

Creo que es una película que nos lleva a reflexionar sobre la responsabilidad de cuidar al otro por el simple hecho de ser “otro” y por el amor en grado superlativo.

Es una obra honesta, expresiva, profundamente conmovedora, que nos habla de la lealtad y el amor como responsabilidad hacia el otro, incluso en los momentos de más vulnerabilidad.

5/

Valor del cuerpo: “Un mundo a su medida” (1998).

Film estadounidense de 105 minutos, dirigido por **Peter Chelsom**. Esta cinta narra las aventuras de dos chicos que comparten una gran amistad. Ninguno de los dos tiene una vida demasiado fácil. Maxwell Kane (Elden Henson) es un niño con una obesidad muy marcada a quien le cuesta mucho relacionarse con los demás, pues es un fenómeno de la naturaleza que apenas ha desarrollado su cerebro.

Kevin Dillon (Kieran Culkin) está dotado de una prodigiosa inteligencia, pero con graves problemas físicos debido a su afectación con el Síndrome de Morquio (enfermedad congénita por deficiencia de una enzima que provoca una acumulación mucopolisacáridos, que produce anomalías esqueléticas graves que ocasionan baja talla o enanismo, deformidades de la columna vertebral como escoliosis o cifosis, entre otras muchas anomalías).

Por separado son débiles, pero juntos forman un auténtico cóctel de fuerza e imaginación capaz de hacer frente a todo. Ambos se ayudarán continuamente y vivirán múltiples aventuras.

El film nos ayuda a reflexionar sobre el valor del cuerpo y sus efectos: produce rechazo y una difícil integración en la sociedad, pero con la ayuda mutua, la complementariedad (Max es fuerte y se convierte en las piernas de Kevin; y éste, con su pasión por los libros, estimula las neuronas y el valor de aquel) y la complicidad que se crea entre ellos, se apoyarán y valorarán el mundo que les rodea.

Esta película nos acercará a ver que la corporalidad no es lo más importante. Nos centra en grandes valores de la sociedad que poco a poco se van perdiendo: amistad, compañerismo, superación personal, el miedo a situaciones nuevas, estimulación de otras sensibilidades como la imaginación y el optimismo, dejando en segundo plano las discapacidades o los propios trastornos físicos o psíquicos.

6/

A modo de conclusión.

Los valores son producto de cambios y transformaciones a lo largo de la historia. Hay unos que surgen y desaparecen con el devenir del tiempo. En cada época aparecen nuevos valores o los existentes cambian de nombre.

Todos somos libres de establecer nuestra escala de valores y de darles el orden y la importancia que consideremos correctos de acuerdo con nuestra manera de ser y de pensar. Sin embargo, hay valores que no cambian, que se conservan de generación en generación, siempre y en todas partes.

Los diferentes valores que vive una persona se interrelacionan y se influyen entre sí, pero cuando hay valores discordantes, inevitablemente se crean conflictos que deben ser resueltos a través del diálogo y el entendimiento.

El cine se erige en esa herramienta para lograrlo, a través de la asimilación de esta experiencia que podemos plantear, discutir y tomar postura sobre un conjunto de valores aceptados por nuestro esquema social.

Bibliografía

► **Muñoz Calvo S. y Gracia D.**,
Médicos en el cine. Dilemas bioéticos:
sentimientos, razones y deberes.
Edit. Complutense S.A. Madrid 2006.

► **Bayés R.**
Aprender a investigar, aprender a cuidar.
Una guía para estudiantes y profesionales
de la salud.
Plataforma editorial. Barcelona 2012.

► **García Sánchez JE, Trujiliano Martín I,
García Sánchez E.**
“Medicina y cine ¿Por qué?”
Rev. Med Cine 2005; 1 (1); pgs 1-2

► **Domingo Moratalla Tomás.**
Bioética y cine. De la narración a la
deliberación. *Edit. UPCO. Madrid. 2011.*

► **Miralles Francesc,**
Cineterapia. 35 películas para
mejorar tu vida.
Edit. Oniro. Barcelona 2013.

LH n.310

▶ **Collado Vázquez Susana,
Carrillo Esteban Jesús María.**
Cine y ciencias de la salud.
Aplicaciones docentes.
Edit. Dykinson. Madrid. 2013.

▶ **VVAA.**
La vida humana a través del cine.
Cuestiones de antropología y bioética.
Ediciones Internacionales Universitarias.
Madrid 2009 (3ª edición)

▶ **García-Sánchez JE,
Fresnadillo MJ, García Sánchez E.**
El cine en la docencia de las enfermedades
infecciosas y la microbiología clínica.
*Enferm Infecc Microbiol Clin 2002;
20 (8); pgs 403-406.*

▶ **Hernández Galárraga, E**
Acercamiento a la educación por la imagen
con la utilización del cine y el video.
Rev. Video (1997); Vol. 3 (nº 10).
*Octubre 1997. [Internet, acceso
11 de septiembre de 2014].*

▶ **Astudillo Alarcón, W y
Mendinueta Aguirre, C,**
El cine en la docencia de la medicina:
cuidados paliativos y bioética.
Rev. Medicina y cine. 3(1):41.



LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

www.sanjuandedios.net

