LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

Acompañar a la familia en la enfermedad

LABOR HOSPITALARIA

n.320

ENERO/FEBRERO/
MARZO/ABRIL

1 /2018

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

LA BOR HOS PITA LARIA
HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

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

Año 67. Tercera Época
Enero/Febrero/Marzo/Abril
Número 320. Volumen L

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
Colaboración Provincia Bética - Calixto Plumed, OH

Consejo Asesor
Humanización - Anna Ramió, Laura Martínez, Jesús Pineda, OH
Pastoral - Marije Goikoetxea, Jesús Martínez, Mercé Puig Pey
Ética de la salud - Manuel de los Reyes López, Juan Ramón Lacadena, Mª 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

Cathopic, Jordi Fàbrega, Jóvenes SJD, Carles Salillas, departamentos de Comunicación OHSJD Aragón

Abstracts
Silvia Komet

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

Mensaje del Santo Padre Francisco para la XXVI Jornada Mundial del Enfermo. p8

00/ Acompañar a la familia en la enfermedad. p12
Jesús Martínez Carracedo

01/ El emergente paradigma de los cuidados para la participación de las familias en las instituciones de salud. p17
Fernando Vidal

02/ La familia ante la enfermedad. p22
Áurea Esparza de la Sota

03/ El acompañamiento de Jesús a los familiares de los enfermos. p29
Carlos Gil Arbiol

04/ Acompañar la infirmidad familiar. p40
Xosé Manuel Domínguez Prieto

05/ El método para acogiendo su fragilidad, acompañar a la familia. p53
Xosé Manuel Domínguez Prieto

06/ El acompañamiento pastoral. p62
Consuelo Santamaría

07/Comunicaciones. p70
7.1/ Sufrimiento desde los trastornos alimenticios en adolescentes.
Mª José Martín
7.2/ Sufrimiento familiar ante las adicciones.
Dr. Calixto Plumed Moreno, O. H.

08/Experiencias. p88
8.1/ Acompañar al enfermo y su entorno como profesional.
Marcos Castillo
8.2/ Acompañar a la familia en la enfermedad: una experiencia pastoral.
Elena Iglesias

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 va 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 Bibliografia.

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 2018	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

Acompañar a la familia en la enfermedad

Este es el título central sobre el que reflexionará la Iglesia española a partir de la Jornada del enfermo, 11 febrero 2018. Este es el tema que congregó a los delegados diocesanos de Pastoral de la salud los días 18 al 21 de septiembre.

Fruto de esta reunión son los temas que ofrece "Labor Hospitalaria" a sus lectores. Un tema siempre actual.

La Iglesia española ha estado - está - atenta a esta realidad. No es la primera vez que los delegados diocesanos de Pastoral de la salud piensan y reflexionan sobre el tema; ya el año 1989 fue año dedicado a la familia, **"La familia también cuenta",** y como material de entonces y actual son las catequesis sobre el tema, publicadas por la Conferencia Episcopal Española en un libro titulado **"Los 10 años del enfermo en la Iglesia española" (1994).**

En esa misma ocasión también reflexionaron los delegados diocesanos sobre el tema y dichas conferencias fueron recogidas por nuestra revista **Labor Hospitalaria, nº211.1989.** Un material abundante y actual a pesar de la distancia de años que nos separan.

Si lo ofreciéramos sin fecha diríamos que están escritos hoy.

Curar, aliviar, consolar. ¿Cuántas veces lo hemos dicho del enfermo? ¿Cuántas veces hemos "**estimulado**" a los profesionales a este ejercicio? Muchas, muchísimas. Pero no es suficiente el ejercicio del profesional de la salud, es necesario integrar un aliado y no cualquiera, **este aliado es la familia.**

Prepararla e integrarla en el proceso de cuidar, curar y aliviar. Los profesionales de un centro sanitario deben tener presente esto: la familia no es un ente ajeno, la familia sufre, se altera, "**enferma**" con su enfermo.

Qué bien lo supo definir la Pastoral sanitaria en España cuando reflexionó en 1989 con el eslogan "**La familia también cuenta**" y decía

"Que la enfermedad provoca una crisis en la familia que puede destruirla o ayudarla a crecer en unidad y solidaridad. El enfermo no puede ser bien entendido ni atendido prescindiendo de la familia, cuyo papel es insustituible… Es preciso prepararlas y apoyarlas para que puedan superar la prueba cuando se presente".

Esto mismo hemos escuchado durante la reflexión que hemos hecho en septiembre pasado y que hoy ofrecemos a nuestros lectores en este número.

La familia enferma con el familiar enfermo, se altera, sufre, y debe ser cuidada y curada para que sepa estar, para que sea medicina y alivio, curación y sanación.

Por tanto, con este material de ayer y de hoy la Jornada Mundial del Enfermo 2018 puede ser iluminada, celebrada y aplicada como bien se merece, teniendo siempre presente que allí donde hay un enfermo hay una familia que sufre con él.

Abrimos este número, como es habitual, con el Mensaje del **Papa Francisco** para la Jornada Mundial del Enfermo 2018 cuyo tema se inspira en las palabras que Jesús dirige a su Madre:

"Ahí tienes a tu hijo… Ahí tienes a tu madre. Y desde aquella hora, el discípulo la recibió en su casa" (Jn. 19, 26-27)

Estamos ante un mensaje muy evangélico, muy materno y muy exhortativo para los profesionales sanitarios, agentes de pastoral y para las familias que acompañan al enfermo. Subraya la materna vocación de María, vocación de cuidar hijos que transmite a Juan y a toda la Iglesia…

"Jesús entrega a su Iglesia su poder de curar… Y la Iglesia debe mirar a los enfermos con la mirada de su Señor… No olvidemos, dice el Papa, la ternura y perseverancia con las que muchas familias acompañan a sus hijos, padres y familiares, enfermos crónicos o discapacitados graves.

La atención brindada en la familia es un testimonio extraordinario de amor por la persona humana que hay que respaldar con un reconocimiento adecuado y con políticas apropiadas.

Por tanto, médicos y enfermeros, sacerdotes, consagrados y voluntarios, familiares y todos aquellos que se comprometen en el cuidado de los enfermos, participan en esta misión eclesial. Se trata de una corresponsabilidad compartida que enriquece el valor del servicio diario de cada uno" (nº. 6).

+ José L. Redrado, OH.
Director

Mensaje del
Santo Padre Francisco
para la XXVI Jornada
Mundial del Enfermo
(2018)

Mater Ecclesiae:
"Ahí tienes a tu hijo...
Ahí tienes a tu madre.
Y desde aquella hora, el discípulo
la recibió en su casa" (Jn 2,5)

Queridos hermanos y hermanas:

La Iglesia debe servir siempre a los enfermos y a los que cuidan de ellos con renovado vigor, en fidelidad al mandato del Señor **(cf. Lc 9,2-6; Mt 10,1-8; Mc 6,7-13),** siguiendo el ejemplo muy elocuente de su Fundador y Maestro.

Este año, el tema de la Jornada del Enfermo se inspira en las palabras que Jesús, desde la cruz, dirige a su madre María y a Juan:

«Ahí tienes a tu hijo... Ahí tienes a tu madre. Y desde aquella hora, el discípulo la recibió en su casa» (Jn 19,26-27).

1. Estas palabras del Señor iluminan profundamente el misterio de la Cruz. Esta no representa una tragedia sin esperanza, sino que es el lugar donde Jesús muestra su gloria y deja sus últimas voluntades de amor, que se convierten en las reglas constitutivas de la comunidad cristiana y de la vida de todo discípulo.

En primer lugar, las palabras de Jesús son el origen de la **vocación materna de María hacia la humanidad entera.** Ella será la madre de los discípulos de su Hijo y cuidará de ellos y de su camino. Y sabemos que el cuidado materno de un hijo o de una hija incluye todos los aspectos de su educación, tanto los materiales como los espirituales.

El dolor indescriptible de la cruz traspasa el alma de María **(cf. Lc 2,35),** pero no la paraliza. Al contrario, como Madre del Señor comienza para ella un nuevo camino de entrega.

En la cruz, Jesús se preocupa por la Iglesia y por la humanidad entera, y María está llamada a compartir esa misma preocupación. Los Hechos de los Apóstoles, al describir la gran efusión del Espíritu Santo en Pentecostés, nos muestran que María comenzó su misión en la primera comunidad de la Iglesia. Una tarea que no se acaba nunca.

2. El discípulo Juan, el discípulo amado, representa a la Iglesia, pueblo mesiánico. Él debe reconocer a María como su propia madre.

Y al reconocerla, está llamado a acogerla, a contemplar en ella el modelo del discipulado y también la vocación materna que Jesús le ha confiado, con las inquietudes y los planes que conlleva: la Madre que ama y genera a hijos capaces de amar según el mandato de Jesús.

Por lo tanto, la vocación materna de María, la vocación de cuidar a sus hijos, se transmite a Juan y a toda la Iglesia. Toda la comunidad de los discípulos está involucrada en la vocación materna de María.

3. Juan, como discípulo que lo compartió todo con Jesús, sabe que el Maestro quiere **conducir a todos los hombres al encuentro con el Padre.** Nos enseña cómo Jesús encontró a muchas personas enfermas en el espíritu, porque estaban llenas de orgullo **(cf. Jn 8,31-39)** y enfermas en el cuerpo **(cf. Jn 5,6).** A todas les dio misericordia y perdón, y a los enfermos también curación física, un signo de la vida abundante del Reino, donde se enjuga cada lágrima.

Al igual que María, los discípulos están llamados a cuidar unos de otros, pero no exclusivamente. Saben que el corazón de Jesús está abierto a todos, sin excepción. Hay que proclamar el Evangelio del Reino a todos, y la caridad de los cristianos se ha de dirigir a todos los necesitados, simplemente porque son personas, hijos de Dios.

4. Esta **vocación materna de la Iglesia hacia los necesitados y los enfermos** se ha concretado, en su historia bimilenaria, en una rica serie de iniciativas en favor de los enfermos. Esta historia de dedicación no se debe olvidar. Continúa hoy en todo el mundo. En los países donde existen sistemas sanitarios públicos y adecuados, el trabajo de las congregaciones católicas, de las diócesis y de sus hospitales, además de proporcionar una atención médica de calidad, trata de poner a la persona humana en el centro del proceso terapéutico y de realizar la investigación científica en el respeto de la vida y de los valores morales cristianos. En los países donde los sistemas sanitarios son inadecuados o inexistentes, la Iglesia trabaja para ofrecer a la gente la mejor atención sanitaria posible, para eliminar la mortalidad infantil y erradicar algunas enfermedades generalizadas.

En todas partes trata de cuidar, incluso cuando no puede sanar. La imagen de la Iglesia como un «**hospital de campaña**», que acoge a todos los heridos por la vida, es una realidad muy concreta, porque en algunas partes del mundo, sólo los hospitales de los misioneros y las diócesis brindan la atención necesaria a la población.

5. La **memoria de la larga historia de servicio a los enfermos** es motivo de alegría para la comunidad cristiana y especialmente para aquellos que realizan ese servicio en la actualidad. Sin embargo, hace falta mirar al pasado sobre todo para dejarse enriquecer por el mismo.

De él debemos aprender: la **generosidad** hasta el sacrificio total de muchos fundadores de institutos al servicio de los enfermos; la **creatividad,** impulsada por la caridad, de muchas iniciativas emprendidas a lo largo de los siglos; el **compromiso** en la **investigación científica,** para proporcionar a los enfermos una atención innovadora y fiable.

Este legado del pasado ayuda a proyectar bien el futuro. Por ejemplo, ayuda a preservar los hospitales católicos del riesgo del «**empresarialismo**», que en todo el mundo

intenta que la atención médica caiga en el ámbito del mercado y termine descartando a los pobres.

La inteligencia organizacional y la caridad requieren más bien que se respete a la persona enferma en su dignidad y se la ponga siempre en el centro del proceso de la curación. Estas deben ser las orientaciones también de los cristianos que trabajan en las estructuras públicas y que, por su servicio, están llamados a dar un buen testimonio del Evangelio.

6. Jesús entregó a la Iglesia su poder de curar: «**A los que crean, les acompañarán estos signos:** […] **impondrán las manos a los enfermos, y quedarán sanos**» **(Mc 16,17-18).** En los Hechos de los Apóstoles, leemos la descripción de las curaciones realizadas por Pedro **(cf. Hch 3,4-8)**y Pablo **(cf. Hch 14,8-11).**

   La tarea de la Iglesia, que sabe que debe mirar a los enfermos con la misma mirada llena de ternura y compasión que su Señor, responde a este don de Jesús. La pastoral de la salud sigue siendo, y siempre será, una misión necesaria y esencial que hay que vivir con renovado ímpetu tanto en las comunidades parroquiales como en los centros de atención más excelentes.

   No podemos olvidar la ternura y la perseverancia con las que muchas familias acompañan a sus hijos, padres y familiares, enfermos crónicos o discapacitados graves. La atención brindada en la familia es un testimonio extraordinario de amor por la persona humana que hay que respaldar con un reconocimiento adecuado y con unas políticas apropiadas. Por lo tanto, médicos y enfermeros, sacerdotes, consagrados y voluntarios, familiares y todos aquellos que se comprometen en el cuidado de los enfermos, participan en esta misión eclesial. Se trata de una responsabilidad compartida que enriquece el valor del servicio diario de cada uno.

7. A María, Madre de la ternura, queremos confiarle todos los enfermos en el cuerpo y en el espíritu, para que los sostenga en la esperanza. Le pedimos también que nos ayude a acoger a nuestros hermanos enfermos. La Iglesia sabe que necesita una gracia especial para estar a la altura de su servicio evangélico de atención a los enfermos.

   Por lo tanto, la oración a la Madre del Señor nos ve unidos en una súplica insistente, para que cada miembro de la Iglesia viva con amor la vocación al servicio de la vida y de la salud. La Virgen María interceda por esta XXVI Jornada Mundial del Enfermo, ayude a las personas enfermas a vivir su sufrimiento en comunión con el Señor Jesús y apoye a quienes cuidan de ellas. A todos, enfermos, agentes sanitarios y voluntarios, imparto de corazón la Bendición Apostólica.

Vaticano, noviembre 2017. Solemnidad de Nuestro Señor Jesucristo, Rey del Universo.

Francisco

© Copyright - Libreria Editrice Vaticana

00/Acompañar a la familia en la enfermedad

Jesús Martínez Carracedo,
Director del Departamento Nacional de Pastoral de la Salud.
Conferencia Episcopal Española. Madrid.

LH n.320

Como viene siendo habitual, y gracias al enorme servicio que esta revista **Labor Hospitalaria** presta a la pastoral de la salud, se editan un año más las aportaciones y reflexiones que el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española (CEE) plantea en sus jornadas de septiembre, marcando el principio de curso pastoral.

Es un motivo éste por el que, de nuevo, tenemos que agradecer a toda la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios su constante disponibilidad y su siempre generosa aportación.

El nuevo **Dicasterio para la Promoción Humana Integral de la Persona** nos sugiere el texto del Evangelio de San Juan **19,27 (cf. 23-30):**

**«"Ahí tienes a tu hijo…
Ahí tienes a tu madre".
Y desde aquella hora el
discípulo la acogió en su casa»,**

y pretende que sea el que ilumine el tema de este año.

Se enmarca el texto en el final de la Pasión de Jesucristo. En él, el moribundo Jesús, está atento a su familia y amigos que le acompañan en una hora tan dramática. Es verdad que no están todos los que quisiera ver en aquel instante, pero si están los más importantes: su madre, las mujeres, Magdalena y el discípulo amado.

Desde aquí, la pastoral de la salud nos hemos propuesto para esta Campaña 2018 el tema: **"Acompañar a la familia en la enfermedad".** Pues vemos el interés de Jesús en no dejar sola a su madre, ni al discípulo amado; que ambos se cuiden mutuamente, se acompañen y se consuelen. Esta es, también, nuestra pretensión a la luz de Cristo: seguir haciendo que los familiares de quien sufre no queden en la soledad ni el desamparo.

Es verdad que el texto es muy expresivo y actual. También hoy vemos al lado de nuestros enfermos a tantas mujeres, siempre mayor en número que los varones (como en tiempos de Jesús); también hoy encontramos a familiares que siguen repartiendo las "**ropas**" de nuestros enfermos aún en su presencia (como en su tiempo hicieron los soldados); pero también hoy seguimos encontrando personas que responden a las necesidades del que sufre ("**tengo sed**").

Os resultará un tema muy cercano ya que todos vosotros/as vivís en el interior de una familia, todos habéis tenido experiencia de enfermar o de que uno de vuestros seres queridos haya tenido que vivir ese momento, por lo que no os es ajeno. Desde esta experiencia vuestra podréis ser de gran ayuda.

Es también un motivo de profunda alegría observar cómo al lado de cada enfermo siempre se encuentra una familia acompañándole y cuidándole.

Sea en el hospital o en su casa, el enfermo cuenta con 'el hospital más cercano' en su familia (con palabras del Papa Francisco). Se trata de una red de apoyo, ayuda y acompañamiento insustituible.

¡Cuánto debemos agradecer y valorar el inmenso servicio que las familias brindan a sus seres queridos cuando pasan por el momento del dolor y el sufrimiento!

También queremos valorar el papel de las instituciones eclesiales o sociales cuando se

convierten en verdadera familia para aquellos que carecen de ella, o -en algunas ocasiones- han sido abandonados.

Es ésta una respuesta de caridad evangélica que debemos vivir siempre, pues el hombre -cuando enferma- se convierte en el más pobre de los pobres, especialmente si no tiene quien le acompañe. Y ya nos recordaba San Pablo:

**«Si un miembro sufre,
todos sufren con él» (1 Co 12,26).**

Que las palabras de Jesús en la cruz inspiren nuestra acción pastoral para acoger a María en nuestra casa, y así ella se vuelva la madre cuidadora de cada familia y su enfermo, mientras nosotros como hermanos y familia de fe, cuidamos y acogemos a cada familia y a cada enfermo como miembro sufriente de la misma.

Lo hacemos también a la luz de la invitación del Papa Francisco en su Discurso a los enfermos de Huntington (lepra):

**"Me dirijo ahora a las familias.
Quien sufre la enfermedad sabe
que nadie puede superar la soledad
y la desesperación si no tiene a su
lado personas que con abnegación
y constancia se transforman en
«compañeros de viaje».
Vosotros sois todo esto: padres, madres,
esposos, esposas, hijos, hermanos y
hermanas, que cada día, de manera
silenciosa pero eficaz, acompañáis a
vuestros familiares en este duro camino.
También para vosotros el camino se
hace a veces cuesta arriba.
Por eso os animo también a que no
os sintáis solos. (…)
La familia es un lugar privilegiado
de vida y dignidad, y podéis contribuir
a crear esa red de solidaridad y
de ayuda que sólo la familia es
capaz de asegurar y a la que está
llamada a vivir en primer lugar".**

Vamos a intentar que estas páginas sean una ayuda para hacer un recorrido por las dimensiones que están presentes en la pastoral de la salud junto a las familias que están pasando por su calvario personal, al lado de su familiar enfermo; y descubrir cómo también ellas tienen necesidad de nuestro acompañamiento, cuidados y atención.

Que ese trabajo pastoral, y estas páginas, sean fructíferos tanto a nivel personal como institucional y así hacer de nuestra vida y de nuestra Iglesia verdaderos 'hospitales de campaña' en el día a día.

Gracias por todo ello.

Y aprovecho finalmente, para despedirme, pues este mes he concluido mi servicio en el Departamento de Pastoral de la Salud de la CEE. Gracias por vuestra ayuda y el camino sigue… pues es el camino del Señor junto al hermano enfermo. Pasan las personas, pero continúa la Misión.

01/El emergente paradigma de los cuidados para la participación de las familias en las instituciones de salud

Fernando Vidal,
Director. Instituto Universitario de la Familia.
Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.
Research Professor del Boston College. Massachusetts.

La Salud se ha expandido como motor de civilización y su potencia aumentará todavía más en el imaginario mundial por cuatro razones principales. Primera, porque la Salud aumenta sus competencias, por ejemplo a todo el ámbito de la Psicología o la crianza de los hijos.
Segundo, porque la salud es cada vez más compleja en las sociedades modernas y eso requiere una política de salud cada vez más sofisticada y que opere en ámbitos relativos al proyecto vital de las personas.
La tercera razón viene impulsada por la prosperidad de la propia industria médica y farmacéutica con una dinámica capitalista. La cuarta razón explica la anterior: la esperanza de vida se ha convertido en el horizonte civilizatorio más compartido. La salud está cada vez más en el centro de nuestra civilización.
Pero, ¿está la civilización cada vez más en el centro del sector de la salud?

Palabras clave: Salud, Familia, Cuidados, Hospital.

The health has widened as a driving force of civilization, and its power will increase even more in the collective imagination due to four main reasons:
First, because the health broaden its scope, for instance, to the whole field of Psychology or the upbringing of children.
Second, because the health is increasingly complex in modern societies, and this requires a growing sophistication in health policies affecting people's life projects-related areas.
Third, the prosperity of the medical and pharmaceutical industry itself with a capitalist dynamic. And fourth and acting as an explanation of the previous one, life expectancy has become the most broadly shared perspective of civilization.
Health is increasingly at the center of our civilization.
But is civilization increasingly at the center of the health sector?

Key words: Health, Family, Healthcare, Hospital.

Para eso necesitamos avanzar hacia enfoques más integrales y uno de los principales factores es la familia. Ya en 1978, Henry Harbin estudiaba sobre el papel conflictivo o cooperativo de las familias en los hospitales psiquiátricos. Pero en su opinión, la familia tenía el riesgo de minar la labor terapéutica de los hospitales porque demandan cambios[1].

Esa visión defensiva respecto a la familia ha regido la relación con ellas hasta muy recientemente y aún domina las visiones de algunos centros hospitalarios - cada vez menos.

Y, sin embargo, los hospitales son lugares críticos para las familias y las familias son un factor de primera magnitud para la recuperación de las personas hospitalizadas. Los hospitales son lugares donde una buena parte de familias sufren crisis.

A veces son crisis logísticas. Por ejemplo, una encuesta en EEUU muestra que el 90% de padres tiene problemas en conciliar el trabajo con las citas médicas para sus hijos[2].

La mitad de los encuestados había tenido que cesar tratamientos o no acceder a tratamientos de salud por el cuidado de hijos[3]. Para paliar esos efectos, algunos hospitales en ciudades como Portland o el Providence St. Vincent, en colaboración con distintas ONG, prestan servicios gratuitos de guardería.

Por otra parte, existen sobradas evidencias científicas del beneficio que las familias suponen para la salud y la recuperación de las personas en todos los ambientes y especialmente en hospitales. En el contexto de la pastoral de la salud, hay que destacar el cuidado psicológico y espiritual de las familias en las unidades de cuidado intensivo.

Está demostrada una fuerte asociación positiva ente cuidado espiritual y satisfacción con la experiencia integral de las UCI. Hay mayor satisfacción si un pastor o consejero spiritual está implicado en la ayuda a la familia en las últimas 24 horas de la vida de un paciente[4].

Pero sus beneficios tienen incluso mayor alcance. Esto es algo en lo que insiste la AHRQ. La Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ), del Departamento de Salud y Servicios Unidos del Gobierno federal de EEUU. Cada vez más importancia un enfoque centrado en la familia.

Destaca el marco que ofrece en su publicación de 2012, **Guía para el Compromiso de Pacientes y Familias en la Calidad y Seguridad de los Hospitales**[5]. Parte de una evidencia: el compromiso de las familias mejora la calidad y seguridad. Para poder liograrlo e intensificar sus virtudes, la guía propone varias medidas:

- **Promover la comunicación e información entre pacientes, familiares y profesionales desde el punto de admisión.**

- **Mejorar capacidades o habilidades para trabajar con las familias por parte del personal.**

- **Crear partenariados entre pacientes, familias y hospital.**

El marco de la AHRQ llega incluso a pedir la implicación de los familiares (o una representación de estos) de los pacientes como parte del equipo de salud, en calidad de asesores o consultores.

La guía establece los modos como el compromiso de las familias beneficia al hospital:

- **No solo mejora el cuidado del paciente sino la actuación del hospital.**

- **Mejora la calidad y seguridad.**

- **Mejora el ciclo financiero.**

- **Mejora resultados de pacientes (y su experiencia de sanación y cuidado).**

- **Mejora la competitividad.**

- **Mejora la satisfacción y retención del personal laboral.**

La participación de las familias no sólo es un área lateral sino que es considerada una parte crítica para la función de cada hospital y eso explica que sea un área en aumento de importancia para los hospitales.

En este ámbito está habiendo un giro importante en el marco de salud anglosajón, que se percibe incluso en el lenguaje.

Por ejemplo, los hospitales de Boston se propusieron en 2012 no tratar a los pacientes y sus familiares como "**clientes**" o "**usuarios**" sino como vecinos. Hay un giro comunitario en la concepción del paciente: son vecinos junto con sus familias.

El enfoque centrado en la familia no se limita a la estancia hospitalaria sino que es crítico para la transición de la baja hospitalaria y la convalecencia. Una fuente que aporta orientación al respecto se encuentra en la Family Caregiver Alliance (FCA), fundada en 1970 en San Francisco: fue la primera ONG de base comunitaria para familias y amigos que sostienen cuidados de larga duración a sus seres queridos en el hogar.

La FCA sostiene un Centro Nacional del Cuidado en el que se produce análisis legislativo, investigación, guías de buenas prácticas, formación, advocacy y propuestas operativas. Entre sus trabajos, existe una **Guía de baja hospitalaria para la familia y cuidadores**[6] en la que se destaca que la familia cumple un papel crucial en la transición del hospital al hogar y en la mejora en ese otro nivel de la sanación del paciente.

Pero quizás la mejor fuente y referencia del mundo que lidera los avances en este campos es el Instituto para los Pacientes y el Cuidado centrado en la Familia: **Institute for Patient and Family-Centered Care**[7] (IPFCC), una ONG estadounidense cuya misión consiste en lograr avances en la comprensión y práctica del cuidado del paciente centrado en la familia.

Lo consigue a través de formación, consultoría e investigación e innovación. Lo más interesante es que no solamente se plantea en términos de presencia de la familia sino de PARTICIPACIÓN de la familia. Esa participación es integral: las familias toman parte incluso en la investigación médica, lo cual es muy conveniente para los proyectos.

En la IPFCC asesoran a centros de salud y especialmente hospitales para que comiencen a cambiar sus políticas familifóbicas o las actitudes pasivas o de dejación. Para ello les ayudan a pensar una estrategia de cambio. Para ello, además de consultoría personalizada, publican guías de comenzar a implementar un programa centrado en la familia en hospitales, en servicios primarios y otros recursos ambulatorios.

Por ejemplo, en 2015 vio la luz su guía **Mucho más que una visita**[8], realizado en colaboración con la Fundación Canadiense para la Mejora del Cuidado: **Canadian Foundation for Healthcare Improvement**[9] (CFHI), frecuente partner del IPFCC.

Ambas instituciones han creado un marco estratégico, procesos, protocolos e instrumentos operativos para revisar las políticas de visitas en hospitales. Los títulso de dichos documentos son expresivos del enfoque familicéntrico que propugnan: "**Mejor juntos: Partenariando con las Familias**" o "**Familias: Aliadas Esenciales**".

1. Harbin, H. T. (1978) Families and hospitals: Collusion or cooperation? The American Journal of Psychiatry, Vol.135, No.12: pp.1496-1499.

2. http://www.huffingtonpost.com/amy-paterson/its-time-for-hospitals-to_b_2367315.html

3. http://womenofworth.com/

4. Wall, Richard J. et al (2007) Spiritual care of families in the intensive care unit*. Critical Care Medicine, Vol.35, No.4, April 2007: pp.1.084-1.090.

5. https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/index.html

6. https://www.caregiver.org/hospital-discharge-planning-guide-families-and-caregivers

7. http://www.ipfcc.org/

8. http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/patient-engagement/better-together-baseline-report.pdf

9. http://www.cfhi-fcass.ca/

Estas mismas instituciones reconocen que en el propio ámbito anglosajón hay todavía mucho por avanzar. En uno de sus estudios, analiza 30 hospitales canadienses y concluye que en la mitad se necesitan mejoras. La razón principal es que el personal no entiende la atención a familias o no la atiende.

Entre las propuestas estructurales que introducen en el nivel básico de mejora de atención e integración de las familias, está la figura del **Family Advisor.** La introducción de consejeros familiares en los hospitales y centros de salud sería un gran avance.

Aquello que en una organización no tiene un responsable y un presupuesto, no está siendo suficientemente atendido. En España lamentablemente los Consejeros familiares todavía son una excepción. Sería necesario crear el perfil y desarrollar estudios de postgrado para ello.

En resumen, la atención a las familias en los hospitales es una necesidad de primer orden. Parte de la atención es función de las enfermeras para que les formen y entrenen en los cuidados durante la estancia hospitalaria y después. Hasta el momento lo hacen con buena voluntad de modo espontáneo, sin planificación y sin dedicación reconocida para ello.

Otra parte de la atención es psicológica y espiritual, para dar apoyo a la familia en su dimensión humana. Pero el Paradigma de la Sociedad los Cuidados nos lleva más allá y nos propone una verdadera integración de la familia, en clave de participación y cooperación con las instituciones y equipos de salud. Las ventajas para los centros de salud se multiplican si avanzan hacia un marco de gobernanza participativa con la comunidad y las familias. Eso requiere que los hospitales asuman en su constitución interna el marco de la **Sociedad de los Cuidados**[10] y la filosofía del Recovery que forma parte de ella.

10. https://www.comillas.edu/images/Documentos/Leccion_Inaugural_2016-2017_DEFINITIVA.pdf

02/La familia ante la enfermedad

Áurea Esparza de la Sota,
Psicooncóloga y psicoterapeuta de familia y pareja.
Grupo HM Hospitales. Madrid.

"Todos continuaron comiendo, bebiendo y levantándose varias veces de la mesa durante la cena como si realmente nada hubiese cambiado. Si uno observara a través de la ventana esta escena no vería nada fuera de lo común: una familia "normal" de cinco personas durante la cena, todos los miembros familiares juntos. ¿Pero, es ésta realmente una familia "normal" cenando junta? ¿En realidad somos cinco o quizá seis? ¿Qué lugar tiene el cáncer en esta escena familiar? ¿Necesitamos hablar? ¿Podemos hablar?... ¿Es el cáncer una amenaza tan enorme y fantasmagórica que pueda invadir, penetrar y despedazar más de veinte años de vida familiar estable y común?"

Diario privado: "Cáncer en la familia"
Extraído del artículo de Lea Baider: Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos, 2003.

Acompañar a la familia del enfermo es así mismo acompañar al enfermo. Asistir a la familia durante la enfermedad de uno de sus miembros es acercarnos a ellos en su momento de mayor vulnerabilidad, cuando la incertidumbre se hace dolorosa, cuando se enfrentan a un mundo desconocido, el de la enfermedad, el sufrimiento, el medio hospitalario, etc. Es en este tiempo en el que el soporte psicológico y espiritual se convierte en una necesidad trascendental.
La familia tal y como se conocía a sí misma hasta ese momento deja de existir, los roles que cada uno de los miembros ejercían ya no pueden continuar estables, las funciones que la familia desempeñaba han de cambiar y por lo tanto se desdibuja, de alguna manera, su identidad familiar. Ya no se reconocen como la familia que venían siendo. Esto supone así mismo la resolución de un duelo, o más bien de muchos duelos.
El duelo por la salud perdida, por la vida y la rutina tal y como la conocíamos, por la familia que éramos, etc. Todo esto desde un punto de vista familiar, ya que el paciente, individualmente se verá enfrentado a otros muchos duelos.

Palabras clave: Familia, Acompañar, Enfermedad, Informar.

Accompanying the patient's family is like accompanying the patient. Taking care of the family during the illness of one of its members is approaching them at their most vulnerable moment, when the uncertainty becomes painful, when they face an unknown world-that of illness, suffering, hospital environment, etc. It is when psychological and spiritual support becomes a transcendental need.
The family, as it was until then, no longer exists. The roles of each of its members cannot longer remain stable. The function of the family must change, so its own identity becomes somehow blurred.
They don't longer recognize themselves as the family they were. This implies to cope with the mourning, or rather, with many mournings at the same time. From the family perspective, it means mourning for lost health, lost life and lost routine, as they knew them, mourning for the family they were, etc. The patient, on the other hand, will have to face many other mournings.

Key words: Family, Accompanying, Illness, Informing.

LH n.320

Como se ha dicho anteriormente, la enfermedad supone una pérdida o un cambio de los roles familiares previos a la enfermedad. Si bien este cambio en ocasiones puede resultar adaptativo e incluso normativo. En muchas otras ocasiones no lo es tanto ya que puede amenazar la estabilidad familiar. Cuando dicha redistribución de roles se realiza sin contar con el paciente, con las capacidades que aún conserva, con sus intereses y necesidades podemos estar induciendo un desequilibrio familiar que puede llegar a resultar peligroso.

Otro reto importante para la familia supone el enfrentar simultáneamente tareas prácticas y emocionales del presente (la realidad obliga y la vida continua en la vorágine de la enfermedad) y las complejidades e incertidumbres del futuro. La familia necesita adaptarse y flexibilizarse ante la nueva realidad dominante. La enfermedad supone una amenaza importantísima ante las posibles separaciones y pérdidas a las que nos puede abocar.

Cuando se habla de pérdidas no nos referimos necesariamente a la pérdida de la vida, sino a todo lo que se va perdiendo debido a la enfermedad. Ésta también nos enfrenta a posibles separaciones, los ingresos médicos, los viajes a centros sanitarios, etc. Sobre la familia en un contexto de salud, recaen numerosas funciones esenciales tanto para el desarrollo de cada uno de los miembros de la propia familia como para el funcionamiento de los individuos en la sociedad. La familia es la encargada del mantenimiento de la salud de cada uno de sus miembros, así como del desarrollo personal de los mismos, garantiza la productividad, la educación, se comparten actividades de ocio, participa como sistema familiar dentro de la comunidad y por supuesto el mantenimiento y la integridad de la familia tal y como se concreta. La enfermedad supone una amenaza global a todas y cada una de las funciones que debería cumplir la familia.

La familia tras la aparición de la enfermedad se va a ver obligada a adaptarse constantemente a ella, a dejar atrás sus costumbres, aquellas cuestiones que la identificaban y la definían como esa familia y no otra.Pero la enfermedad en ocasiones puede suponer una oportunidad, la oportunidad de reiniciar hábitos, de fijar nuevos límites, de empezar, en definitiva a hacer las cosas de otra forma que de alguna manera satisfaga más a los miembros de la familia por resultar más funcional, o más saludable. Cuando la familia se ve inmersa en la rutina, aún en ausencia de problemas significativos, adquiere hábitos y formas de funcionamiento que no tienen por qué estar satisfaciendo a sus miembros, pero que en el día a día no resulta sencillo modificar.

En ocasiones, la aparición de la enfermedad y por lo tanto de la crisis supone la oportunidad para reiniciar el sistema y comenzar de nuevo de una manera distinta.En un gran número de ocasiones nos encontramos con enfermos que no sienten la necesidad de un acompañamiento psicoterapéutico o espiritual, frente a una familia o un cuidador principal que insiste en la necesidad de nuestro apoyo. El paciente generalmente se encuentra rebosado de consultas médicas, pruebas, etc. por lo que no se siente con energía para atender a otra consulta o especialista más. Por otra parte en muchas ocasiones la mayor preocupación de un paciente es el bienestar de sus seres queridos. Es por este motivo que en ocasiones podemos ayudar más acercándonos a la familia que al propio paciente.

Los cuidadores agradecen ese apoyo y gracias a él se convierten en mejores cuidadores, lo que finalmente repercute en el beneficio del paciente. Desde la terapia de familia sistémica, entendemos que para producir un cambio en el sistema familiar, o ayudar a uno de los miembros de la familia no siempre es necesario contar con toda la familia en sesión, por el contrario, estimulando nuevos modos de relación y comunicación a través de un miembro de la familia o uno de sus subsistemas (los padres, los hermanos) podemos llegar al mejor funcionamiento de todo el sistema.

Es por esto que acompañando adecuadamente a la familia el paciente se verá en última estancia favorecido. En ese acercamiento al paciente y a su familia, éstos nos enseñan que hay actitudes y aproximaciones que pueden ayudar mucho a establecer un vínculo de empatía y confianza y otras que pueden dificultarlo. De manera explícita y a veces también implícita, se le exige al paciente que mantenga una actitud positiva ante la enfermedad y que luche. Son dos exigencias añadidas a las muchas cargas que ya lleva consigo el paciente.

Sabemos que el positivismo puede ayudar al paciente, siempre que este sea genuino, no fingido ni forzado. El positivismo genuino puede ayudar al paciente a encarar con mejor ánimo los tratamientos, a tener una mayor adherencia terapéutica, y en definitiva una mejor calidad de vida. Pero también sabemos que un positivismo forzado puede provocar en el paciente sentimientos de culpabilidad, angustia, aislamiento, tapará todos los sentimientos reales, y acrecentará la presión que ya sienta. Y es que el positivismo en muchas ocasiones se confunde con estar alegre.

Lo que sabemos que sí ayuda a los pacientes es respetar sus distintos estados emocionales, ayudarles a comprender que no siempre se van a sentir tristes, que los afectos no duran para siempre y que sea cual sea su estado de ánimo lo pueden compartir y es legítimo. En la sociedad actual está muy extendido el mensaje de que el paciente ha de luchar; el paciente se enfrenta a una batalla en la que lo más importante es que combata con todas sus fuerzas. De esta manera, sin darnos cuenta, estamos otorgando al paciente toda la responsabilidad sobre su curación, por lo tanto si la batalla finalmente se pierde, el responsable es el enfermo (este último mensaje no se hace explícito, pero queda implícito). Los pacientes son víctimas de la enfermedad que están sufriendo y el superar o no dicha enfermedad va a depender de factores ajenos a ellos, al menos en lo más fundamental.

Porque sabemos que luchar no es suficiente para curarse. En esta sociedad individualista y posmoderna olvidamos que los seres humanos somos gregarios y necesitamos de nuestros semejantes para todas las cuestiones que son verdaderamente importantes en la vida. Las personas necesitamos unas de otras para sobrevivir. Es por estas razones por las cuales resulta más adecuado acercarnos al paciente y a su familia desde otros lugares. Promover la adaptabilidad tanto a nivel individual como a nivel familiar puede ser un recurso muy valioso. Los organismos que mejor sobreviven no son ni los más grandes ni los más fuertes, si no aquellos que se adaptan mejor a las circunstancias reinantes.

Con esto no queremos decir que el paciente sobrevivirá con mayor probabilidad a su enfermedad según su capacidad de adaptación a la misma. Sin embargo, la familia, como sistema, que se adapte de una manera adecuada a la enfermedad será con toda probabilidad la que mejor sobreviva también como sistema.

El concepto compadecer, que actualmente tiene una connotación negativa, también puede resultar de gran valía a la hora de acompañar al enfermo y a su familia. Compadecer, en sentido estricto se define como el sentir lástima o pena por la desgracia o el sufrimiento ajenos (primera definición de la RAE). Según esta definición y su uso gramatical correcto, nos compadecemos de alguien. Si al compadecer a alguien nos acercamos a su dolor, no desde la distancia, sino desde dentro y nos compadecemos con alguien (aun sabiendo que no responde a su uso lingüístico correcto), lo hacemos desde la cercanía, le

estaremos devolviendo la connotación positiva que podría tener el verbo compadecer (padecer con, del latín compăti).

La familia del enfermo puede presentar diversos síntomas familiares, que resulta necesario conocer para realizar una aproximación más apropiada. Las familias con un miembro enfermo, en algún momento de la enfermedad tienden a sobreproteger a su ser querido. Esto es algo que sucede con muchísima frecuencia, se tiende a tratar al paciente como un niño, con sus capacidades mermadas, infantilizándolo. Esta actitud genera falta de comunicación, y con bastante probabilidad, codependencia (la dependencia es bidireccional, siendo el cuidador también dependiente de su ser querido enfermo). El infantilizar al enfermo hace que caigan muchas más responsabilidades en el cuidador y que éstas lleguen antes de tiempo, lo que en el medio plazo puede generar una sobrecarga en el cuidador y el aislamiento del paciente.

La conspiración o pacto del silencio es otro de los síntomas familiares más comunes. Se define como el pacto no escrito que familiares y amigos pueden realizar para no informar al paciente del diagnóstico, aspectos del proceso, pronóstico, etc. Pero verdaderamente querer proteger al paciente no puede ser razón suficiente para no informarle de su situación, el paciente tiene el derecho inalienable de conocer su situación si así lo desea. Sin darnos cuenta enviamos mucha información al paciente de manera no verbal (gestos, miradas, silencios) que puede hacer que sospeche que no se le está diciendo la verdad y provocar un desajuste en su situación emocional. Esto conlleva aislamiento, inseguridad, baja autoestima, miedo, etc.

Casi siempre las mayores dificultades familiares para informar al paciente de su situación real tienen más que ver con las dificultades de la propia familia para afrontar la realidad de la situación médica de su ser querido. El paciente tiene derecho a ser informado y el personal sanitario (el equipo médico fundamentalmente) tiene el deber de informar.

Son numerosos los beneficios que tiene para el paciente el ser bien informado: mayor adaptación a la enfermedad, mayor confianza en personal médico, sanitario y familia, mayor control de efectos secundarios y síntomas, mejor autoestima, sensación de control y confianza, mejor calidad de vida del paciente, mayor y mejor evitación del aislamiento del paciente, mayor cooperación con el equipo médico y mejor adhesión terapéutica. En definitiva, el conocimiento de la gravedad de su situación hace que el paciente, generalmente, sea capaz de organizar mejor su vida y la de la gente a la que quiere. Pero hay ocasiones en las que el paciente no quiere conocer su situación, o al menos no todos los pormenores de la misma.

Respetar la necesidad del paciente de no conocer todos los detalles de su realidad es tan importante como informarle cuando así lo desea. Tenemos que tener en cuenta que cuando el paciente no quiere saber debemos evitar lo que Javier Barbero llama terrorismo informativo, que no es otra cosa que informarle muy a su pesar. La información cuando no es deseada hace tanto daño como la desinformación. En situaciones es el cuidador principal el que presenta el síntoma. En el síndrome del cuidador nos encontramos un familiar, generalmente una mujer (aún existe una fuerte determinación social en la asignación del cuidador principal), en la cual han recaído la mayor parte de los cuidados que se encuentra agotada física y psicológicamente.

La incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples necesidades del paciente se conoce como claudicación familiar. No poder (cuidar) no es lo mismo que no querer (cuidar) y hacer compañía no es lo mismo que acompañar. Cuando la familia sencillamente ya no puede seguir cuidando se pueden llegar a producir los **"malo tratos sin maltratador"**, por negligencia u omisión. La rendición de la familia supone un gran sufrimiento personal y familiar. En nuestra cultura se espera y se exige que cuidemos a nuestros seres queridos enfermos, por este motivo la claudicación familiar se vive como un fracaso colectivo, que puede favorecer la aparición de un duelo patológico (debido a la culpa).

Respetar la necesidad del paciente de no conocer
todos los detalles de su realidad es tan
importante como informarle cuando así lo desea

La ambivalencia afectiva es la discrepancia entre los sentimientos que deberíamos tener (razones culturales, sociales, religiosas…) y los que realmente tenemos. Se trata de un síntoma familiar, que como la claudicación familiar, puede originar un pronóstico de duelo patológico. Supone la presencia simultánea de sentimientos contradictorios respecto al paciente, necesidad de cuidado y protección frente a rabia contra el enfermo que no colabora o la situación que se hace insostenible. Suele estar presente en los miembros de la familia más implicados en los cuidados (como ya se ha hablado del síndrome del cuidador). Resulta inaceptable socialmente, no se puede hablar de ello ni se puede compartir con nadie, lo que acrecienta las tensiones personales, familiares y sociales. La enfermedad supone en la mayoría de las ocasiones la restricción severa de las actividades de la familia y del enfermo.

Las personas cercanas, amigos y miembros de la familia extensa tienen dificultades para relacionarse con el enfermo y su familia nuclear de una manera natural y sana. Aún hay familias que sienten que no está bien, que no deben continuar disfrutando de una vida social y de actividades de ocio cuando su ser querido está enfermo. En la sociedad actual no nos relacionamos con facilidad con la enfermedad y con la muerte, tratamos de huir de ella en la medida de nuestras posibilidades. Es por esto que las familias de los enfermos, a medida que avanza y se alarga la enfermedad, suelen ir sintiéndose más aislados socialmente. Para la familia del enfermo es fundamental el apoyo social percibido, no tanto la cantidad de visitas, si no la calidad y la calidez de las mismas.Por otra parte el apoyo material y práctico resulta de vital importancia aún más en aquellas situaciones en las que la familia tiene que enfrentar situaciones familiares muy diversas y simultáneas. Por ejemplo un abuelo enfermo ingresado en el hospital, sus hijos cuidando de él y sin poder atender adecuadamente a sus propios hijos.

En este caso sería mucho más útil y facilitador para esta familia que alguien se ocupara de tareas prácticas de la vida como recoger a los niños o hacer la compra en lugar de que los visitaran cada tarde en el hospital.Por último hablaremos del síndrome del Hijo de Bilbao, descrito por primera vez por el doctor **Marcos Gómez Sancho.**

Cuando el paciente está en la fase final de su enfermedad, aparece repentinamente un familiar que no ha estado presente en ningún momento de la misma. Suele ser un familiar cercano, generalmente un hijo que o bien vive lejos del lugar de residencia del enfermo o por motivos diversos su presencia hasta ese momento ha sido prácticamente nula. Este familiar suele reaccionar con dificultad en la aceptación de la muerte, con exigencias y órdenes para resolver a su manera la situación, culpabilizando a cuidadores y equipo sanitario (**"¿Pero cómo le tenéis así?, "Vámonos de este hospital, no nos están atendiendo bien"**) Esta persona que no ha vivido el día a día de las progresivas pérdidas y empeoramientos del enfermo, desahoga su angustia, su rabia, frustración y culpa con una reacción emocional y comportamental que habitualmente genera muchas tensiones. Los síntomas familiares están relacionados unos con otros, la aparición de unos síntomas predice o facilita la aparición de otros, siguiendo, por ejemplo el siguiente esquema:

03/El acompañamiento de Jesús a los familiares de los enfermos

Carlos Gil Arbiol,
Profesor titular. Universidad de Deusto. Bilbao.

El acercamiento a los textos bíblicos, especialmente evangélicos, es siempre una aventura con una buena dosis de suspense: si leemos bien no podemos anticipar cuál es el resultado, a qué nos va a impulsar el texto. Los relatos de curaciones de Jesús no son una excepción: su lectura puede sorprendernos.
Los relatos de curación o exorcismo realizados por Jesús en los evangelios revelan de algún modo el entorno familiar y social y en no pocos este entorno tiene mayor protagonismo que el propio enfermo (la suegra de Simón en *Mc 1,29-31,* los que portan al paralítico en *Mc 2,1-12,* el poseído de Gerasa en *Mc 5,1-20,* el ciego y el sordomudo de Betsaida en *Mc 7,31-37 y 8,22-26,* el ciego de Jericó en *Mc 10,46-52,* etc.). En algunos casos, además, este entorno incluye la presencia de los familiares del enfermo o enferma, especialmente en aquellos pasajes en los que Jesús cura a niños o jóvenes (la hija de Jairo, la hija de la sirofenicia, el hijo epiléptico, etc.). Sería ingenuo, o quizá peor, forzado o anacrónico, buscar en estos personajes familiares referencias directas para las personas que hoy cuidan aquí a nuestros enfermos.
Esto no quiere decir que no tengan nada que decirnos, sino que el relato no está escrito pensando únicamente en ellos, sino en todos los lectores. No obstante, la perspectiva que tiene el cuidador de un enfermo le sitúa en un lugar privilegiado para comprender algunas claves fundamentales del mensaje de Jesús en estos textos.Vamos a hacer una lectura narrativa[1] de algunos de estos relatos del Evangelio de Marcos con el lema que orienta estas jornadas de Pastoral de la salud, "Acompañar a la familia en la enfermedad", es decir, con la mirada, las preguntas, los miedos y esperanzas de las personas que acompañan a los enfermos, no para responder a nuestra preguntas y necesidades inmediatas, sino para dejarnos impactar por su mensaje.
Y vamos a centrarnos en tres relatos del evangelio de Marcos en los que el entorno familiar del enfermo o poseído tiene un papel muy relevante para descubrir el mensaje de Jesús: (1) La revivificación de la hija de Jairo con la curación de la mujer con flujo de sangre (relato doble: *Mc 5,21-43*); (2) la mujer sirofenicia (*Mc 7,24-30*); (3) el padre del niño "epiléptico" (*Mc 9,14-29*).

Palabras clave: Familia, Enfermo, Acompañar, Jesús.

The stories of healing or exorcism performed by Jesus in the Gospels reveal in some way the family and social environment, and in many cases this environment has a greater role than the sick himself (the mother of Simon's wife in *Mk 1:29-31*; the healing of a cripple man in *Mk 2:1-12*; a man with evil spirits in *Mk 5:1-20*; the deaf-mute of Bethsaida in *Mk 7:31-37 and* ***8:22-26***; the blind of Jericho in *Mk 10:46-52*, etc.). Furthermore, in some cases this environment includes the presence of the sick person's relatives, especially in those passages in which Jesus heals children or young people (the Jairus' daughter, the Syro-Phoenician daughter, the epileptic son).
It would be naive or, perhaps worse, unnatural or anachronistic, to see those characters as direct references to the people who take care of our patients here and now. This does not mean those accounts have nothing to tell to us, but quite the opposite. The story is not written thinking only of them, but of all the readers. However, the perspective of the caregiver of a patient places him in a privileged place to understand some essential keys of the message of Jesus in these texts.
We will address the narrative reading of some of these stories from the Gospel of Mark around the theme that guides these Health Pastoral Days, "Accompanying the Family in Sickness" by focusing on the questions, fears and hopes of the people who accompany the sick. Our intention is not to respond to our immediate questions and needs, but to allow ourselves to be exposed to the message. We will focus on three stories of the Gospel of Mark, in which the family environment of the sick or possessed plays a very important role in discovering the message of Jesus: (1) the raising of Jarius daughter, the healing of the bleeding woman (double story: *Mk 5:21-43*); (2) the Syro-Phoenician woman (*Mk 7:24-30*); (3) the father of the "epileptic" child (*Mc 9:14-29*).

Key words: Family, Sick, Accompanying, Jesus.

LH n.320

1/

Jairo y sus problemas con su hija *(Mc 5,21-43 [25-34])*

El primero de los tres textos que vamos a leer es un relato de curación contenido dentro de otro, inicialmente también de curación, que se convierte en una revivificación de una joven; ambas historias tienen en común que son de mujeres impuras (por la sangre y la muerte), que tras un tiempo de 12 años su vida se ha agotado y que ambas terminan siendo capaces de generar nueva vida. Esta estructura es típica de Marcos (“**sándwich**”) y subraya la importancia del relato central (curación de la mujer con flujo de sangre) para comprender el que lo rodea (revivificación de la hija de Jairo). Leamos el texto:

Jesús pasó de nuevo en la barca a la otra orilla y se aglomeró junto a él mucha gente. Él estaba a la orilla del mar. Llegó entonces uno de los jefes de la sinagoga, llamado Jairo, que, al verle, cayó a sus pies, y le suplicaba con insistencia:
«Mi niñita está a punto de morir; ven, impón tus manos sobre ella, para que se salve y viva». Jesús se fue con él.
Le seguía un gran gentío que lo oprimía.

Entonces, una mujer que padecía flujo de sangre desde hacía doce años, y que había sufrido mucho con muchos médicos y había gastado todos sus bienes sin provecho alguno, antes bien, yendo a peor, habiendo oído lo que se decía de Jesús, se acercó por detrás entre la gente y tocó su manto. Pues decía: «Si logro tocar aunque sólo sea sus vestidos, me salvaré». Inmediatamente se le secó la fuente de sangre y sintió en su cuerpo que quedaba sana del mal.

Al instante Jesús, dándose cuenta de la fuerza que había salido de él, se volvió entre la gente y decía: «¿Quién me ha tocado los vestidos?» Sus discípulos le contestaron: «Estás viendo que la gente te oprime y preguntas: ‘¿Quién me ha tocado?» Pero él miraba a su alrededor para descubrir a la que lo había hecho. Entonces, la mujer, viendo lo que le había sucedido, se acercó atemorizada y temblorosa, se postró ante él y le contó toda la verdad. Él le dijo: «Hija, tu confianza te ha salvado; vete en paz y queda curada de tu enfermedad».

Mientras estaba hablando, llegaron unos de la casa del jefe de la sinagoga diciendo: «Tu hija ha muerto. ¿A qué molestar ya al Maestro?» Jesús, que oyó el comentario, dijo al jefe de la sinagoga: «No temas; solamente confía».
Y no permitió que nadie le acompañara, a no ser Pedro, Santiago y Juan, el hermano de Santiago*. Llegaron a la casa del jefe de la sinagoga y observaron el alboroto, unos que lloraban y otros que daban fuertes gritos. Jesús entró y les dijo:

«¿Por qué alborotáis y lloráis?
La niña no ha muerto; está dormida».

1. No vamos a abordar, por tanto, la relación del Jesús terreno con los familiares de las personas que curó, que exigiría un enfoque, presupuestos y desarrollo diferente. Vamos a cercarnos a los relatos de curación como narración; vamos a fijarnos en los personajes, la trama, las alusiones espaciales y temporales, etc. Cf. David M. Rhoads, Joanna Dewey y Donald Michie, Marcos como relato: introducción a la narrativa de un evangelio (Salamanca: Sígueme, 2002).

Los presentes se burlaban de él. Pero él, después de echar fuera a todos, tomó consigo al padre de la niña, a la madre y a los suyos, y entró donde estaba la niña.

Tomó entonces la mano de la niña y le dijo: «Talitá kum*», que quiere decir: «Muchacha, a ti te digo, levántate».
La muchacha se levantó al instante y se puso a andar, pues tenía doce años.
Quedaron fuera de sí, llenos de estupor; él, por su parte, les insistió mucho en que nadie lo supiera.
Después les dijo que le dieran de comer.

Jairo es un personaje que puede despistar; los datos que da Marcos son ambiguos y se prestan a diversas lecturas. En primer lugar, sólo se le llama “**Jairo**” al inicio; el resto del relato es llamado “**archisinagogo**”. Esta insistencia (“**uno de los jefes de la sinagoga**”) recuerda la última sinagoga que Jesús había visitado, en Cafarnaún probablemente, donde le habían sentenciado a muerte **(cf. Mc 3,1-6).**

En segundo lugar, llama a su hija “**hijita/niñita**” (**θυγάτριον**); parece un signo de cercanía y cariño, pero es un término infantil que no responde a la edad de la muchacha (“**tenía 12 años**”, **5,42**); Jairo debería usar otro modo de hablar de ella más acorde a su madurez (como hace Jesús, por ejemplo, llamándola “**muchacha**”, o “**hija**”), pues estaba ya en condiciones de ser casada, pero su padre parece no aceptarlo.

Por último, Jairo le pide a Jesús que le “**imponga las manos**” **(ἐπιτίθημι τὰς χεῖρας);** de nuevo parece una muestra de confianza en Jesús, pero también es un gesto de distancia, que Marcos presenta en contextos de magia **(Mc 7,32; 8,23)** o de falta de fe **(Mc 6,5),** y que hace responsable a Jesús de la curación de la hija y que contrasta con el que va a tener la mujer con flujo de sangre que se atreve a “**tocar**” a Jesús[2].

Estos datos sugieren que Jairo es presentando, veladamente, como un personaje religioso y observante de la pureza, que guarda distancia con la enfermedad como si fuese algo que no va con él sino con Jesús (a quien le pide una curación mágica) y que mantiene una relación paternalista con la hija enferma.

Como vamos a ver, la mujer con flujo de sangre, una mujer impura y excluida, le enseñará al “**jefe de la sinagoga**”, el puro y religioso, cómo acercarse a Jesús. Y éste la trata como “**hija adulta**” (**θυγάτηϱ**), no como “**niñita**”, respeta su libertad y autonomía, incluso en sus transgresiones, y le da la vida. Lo que esta mujer con flujo de sangre enseña a Jairo es cómo salvar a su hija y que viva.

Efectivamente, el inicio del relato de la curación de la hija de Jairo queda suspendido mientras van de camino; es un ejercicio típico del narrador Marcos y nos indica que, para él, lo que ocurre en esta aparente interrupción es la clave de la historia de Jairo: tenemos que comprender qué le ocurre a esta mujer enferma **(Mc 5,25-34)** para descubrir lo que sucede en “**casa del archisinagogo**” **(5,38).**

La descripción inicial de la mujer con flujo de sangre **(5,25-27)** es muy detallada y enfatiza el aspecto dramático de su situación: mujer anónima, ritualmente impura (toda persona, varón o mujer, que presenta flujos continuos era considerada impura: **Lv 15,25-30)**[3]**,** excluida de la comunidad religiosa debe vivir aislada, se ha empobrecido pagando a médicos, ha empeorado a pesar de todo.

Se la presenta abocada a la desesperanza: nada malo ha hecho voluntariamente, nada que sea moralmente reprobable, y ha sido excluida; la sanción religiosa del Levítico, que presenta a Dios pidiendo estas exclusiones, hace que sea prácticamente imposible cambiar esa situación; da la impresión de que no hay nada que hacer contra las exclusiones injustas, ni contra los fraudes y engaños; el mal parece triunfar sobre tantas víctimas como ella. El texto refleja situaciones que nos resultan muy cercanas.

2. Mateo hace así cuando cambia “le presentaban unos niños para que los tocara” de Mc 10,13, por “le fueron presentados unos niños para que les impusiera las manos” en Mt 19,13. En el reciente discurso a los obispos de Colombia, el 7 de septiembre, el papa les decía: “Los invito a no tener miedo de tocar la carne herida de la propia historia y de la historia de su gente”; cf. http://m.vatican.va/content/francescomobile/es/speeches/2017/september/documents/papa-francesco_20170907_viaggioapostolico-colombia-vescovi.html (acceso: 12/09/2017).

3. En cuanto zâbâ (persona, varón o mujer, que presenta flujos continuos), esta mujer había sido puesta en cuarentena, como era costumbre (11QTemplo 45,7-17; Josefo, Antigüedades 3,261; mNid 7,4). Estas restricciones a mujeres mestruantes se fundaba en el miedo que surge al pensar que la sangre contiene la vida (Lv 17,1-14; Dt 12,23). Cf. Joel Marcus, El Evangelio según Marcos 1,1-8,21: nueva traducción con introducción y comentario (Salamanca: Sígueme, 2010), 410-411.

LH n.320

En estas circunstancias Marcos nos cuenta que la mujer decide "**tocar**" a Jesús. Y tiene mucha importancia el tema de tocar; la mujer piensa que con sólo tocar la ropa de Jesús sanará.

Efectivamente, existía tal creencia: el efecto sanador del contacto con los vestidos de un hombre santo, incluso sin su conocimiento, era una idea extendida en el contexto cultural del Mediterráneo que Marcos recoge en **Mc 6,56** y Lucas en **Hch 19,12** (donde se dice que algunas prendas que Pablo había tocado tenían poder curativo).

Pero también existía, curiosamente, otra creencia diferente. Muchos pensaban que el contacto de una menstruante podía destruir el poder milagroso de una persona carismática.

Una anécdota contada en **Hekhalot Rabbati** (texto rabínico del siglo III d.C.) cuenta la historia de un rabino que está realizando un viaje celestial, vinculado con el mundo de lo mágico, pero se le obliga a regresar a la tierra porque otro rabino rival le coloca sobre sus rodillas un trozo de tela que había rozado a una mujer menstruante[4].

Así que, en realidad, lo que plantea aquí Marcos para los lectores de su tiempo es una especie de suspense o intriga: ¿qué podrá más, la impureza de la mujer para anular a Jesús o el poder de Jesús para sanar a la mujer?

¿Qué es más fuerte, lo impuro o lo puro, la enfermedad o la salud? El desarrollo de la acción resuelve esta cuestión.

La mujer podía haber optado, como en el caso del ciego Bartimeo, por llamar a Jesús para que se le acercara y evitar así contaminar a la multitud a escondidas, sin que se enteren. Podía haberlo hecho mucho más fácil, pero lo hace del modo difícil, y eso plantea preguntas al lector.

Se trata de una decisión impropia, audaz y arriesgada (similar al de la mujer siriofenicia de **7,24-30** o al de la mujer pecadora de **Lc 7,36-50**). Se expone a que se descubriera su atrevimiento (salir de su confinamiento) y que las represalias fueran mayores (**Lc 15,31:** "**mantendréis alejados a los israelitas de sus impurezas para que no mueran por contaminar con ellas mi morada, que está en medio de ellos**").

Sin embargo, su estrategia da el fruto que ella quería: "**Inmediatamente, se secó la fuente de sangre y sintió que su cuerpo quedaba sana del mal**" **(5,29).**

De modo que la mujer, en vez de contaminar a Jesús y dejarle sin poder, es curada: Jesús ha resultado ser más fuerte que la impureza/enfermedad de la mujer. Esta valoración parece ser la clave de este relato y de la relación del creyente con Jesús: creer, confiar que, a pesar de todas las opiniones o evidencias, el bien, la vida que personifica Jesús es lo más fuerte, lo que termina imponiéndose…

Su curación ha dejado en evidencia que la atrevida, audaz idea de la mujer era cierta: su impureza/enfermedad no ha contaminado a Jesús dejándole incapaz, sino que ella se ha curado.

Ella creía, confiaba, que su impureza, el mal, no podía triunfar contra Jesús, el bien, y ha acertado. Todos los demás la habían excluido y apartado porque creían que su enfermedad contaminaba, que el mal es más fuerte que el bien; esta mujer ha demostrado que no.

En el momento crucial del relato el foco de atención cambia de la perspectiva de la mujer **(5,25-29)** a la de Jesús **(5,30-34),** que mira alrededor buscando a la mujer; esto desencadena dos reacciones: la de los discípulos y la de la mujer. Los discípulos intervienen con impertinencia: "**Estás viendo que la gente te oprime y preguntas '¿quién me ha tocado?" (5,31);** Marcos los presenta incapaces de entender lo que ocurre, ridiculizando a Jesús.

La mujer, sin embargo, se adelanta y se arroja a los pies de Jesús contándole "**toda la verdad**"

4. Cf. Marcus, El Evangelio según Marcos 1,1-8,21, 412.

La confianza fundamental en un mundo mejor es lo que salva, lo que hace un mundo que se parece a Dios, no al revés

(5,33). No se aclara cuál es el contenido de esta declaración, pero parece sugerirse que le cuenta toda su historia de sufrimiento, especialmente lo referido a su decisión de acercarse a escondidas a Jesús rompiendo su exclusión, contaminando a todos los presentes y arriesgándose a contaminar a Jesús y anular su poder para curar.

Cuando ella confiesa lo que ha hecho, su transgresión, el riesgo que ha corrido y su confianza en que nada podía contra Jesús (que el bien siempre es más fuerte que el mal), entonces, Jesús hace dos cosas: primero, la llama "**hija**", que contrasta con su anterior condición de mujer impura y excluida.

Con ello, Jesús aprueba lo que ha hecho, su valentía para romper las exclusiones, su total confianza en que la fuerza de Jesús es más fuerte que cualquier injusticia. De este modo la convierte en testigo, ejemplo de confianza en Jesús: ahora está en medio como ejemplo para todos los presentes, especialmente para Jairo el "**archisinagogo**".

Y, segundo, le dice: "**tu confianza te ha salvado**" (**5,34;** se repite en el caso del ciego Bartimeo, **Mc 10,52**). Es muy interesante que se subraye que es la confianza en Jesús lo que salva a la mujer y no al revés, que la curación le da la confianza/fe, que es lo que tendemos a pensar[5].

Es la confianza en que Jesús no acepta exclusiones ni rendiciones, en que Jesús no aprueba marginaciones ni clasificaciones de personas, en que el mal, la injusticia o la exclusión nunca podrán imponerse sobre la justicia y el bien; esa confianza fundamental en un mundo mejor es lo que salva, lo que hace un mundo que se parece a Dios, no al revés[6].

Esta afirmación rotunda de Jesús cambia toda la perspectiva: resulta que la mujer ha quedado sana, no porque la fuerza sanadora de Jesús sea mayor que la impureza de la mujer, sino porque esta mujer ha confiado en Jesús, en su capacidad de sanar. La fuerza de Jesús reside, pues, no en sí mismo, sino en quien confía en él. Podríamos decir que Jesús solo la ha "**curado**", y que ha sido la fe de la mujer, su confianza en Jesús para romper exclusiones y construir justicia, lo que la ha hecho "**hija**", lo que la ha "**salvado**" para que viva.

Esta es la enseñanza que debe aprender Jairo, que le había pedido erróneamente a Jesús que él "**salve**" a su "**niñita**" para que "**viva**". El "**archisinagogo**" debe comprender que no es Jesús quien mágicamente impone la salud sobre la enfermedad; la "**vida**" que pide Jairo para su hija depende de la confianza que Jairo tenga en Jesús que se debe expresar en gestos, decisiones, actuaciones que, como la mujer, cambien la muerte que nosotros extendemos en vida de Dios.

La impura pero valiente mujer con flujo de sangre le muestra al puro y religioso "**archisinagogo**" cómo lograr que su hija viva: debe confiar que Jesús es más fuerte que cualquier idea religiosa que excluye o margina, y esa confianza le debe llevar a salir de la penumbra y marginalidad que crea la enfermedad en el enfermo y en todo su entorno, a "**contar toda la verdad**", a descubrir el propio protagonismo en este camino de liberación.

En otras palabras, debe descubrir que no es Jesús quien salva a su hija mágicamente, sino que debe ser él quien, por la fuerza que le da Jesús (la confianza en él), dé vida a su propia hija. El resto del relato cuenta cómo[7] Jesús le pide al "**archisinagogo**" que confíe: "**solamente confía**" (**μόνον πίστευε, 5,36**).

La descripción de la escena de muerte en la "**casa del archisinagogo**" **(5,38-41)** es una detallada presentación de la vida familiar de quien vive sin confiar: el llanto, la amargura, la desesperación. Jesús rechaza radicalmente ese modo de vida (se ríen de él por ello): la confianza que pide Jesús se debe imponer por encima de costumbres, de presiones sociales, de lógicas adquiridas, de inercias familiares, incluso de prejuicios religiosos que hagan creer que la vida depende de azares o fuerzas ocultas o mágicas.

5. Hay una diferencia entre Marcos (y los sinópticos) y el resto de relatos de curación helenísticos (incluido Jn): en este relato la fe, la confianza, conduce al milagro mientras que en otros es al revés, el milagro conduce a la fe, a la confianza (Jn 1,50; 21,11…); cf. Marcus, El Evangelio según Marcos 1,1-8,21, 415.

6. No existe un paralelo judío claro de que la fe salva (apenas hay sugerencias en la literatura apocalíptica de que, si una persona confía y actúa en consecuencia, serán rescatadas al final por Dios). Esta idea de que la fe salva parece una originalidad de los primeros seguidores de Jesús, especialmente de la tradición paulina (Rom 1,16; 10,9-10; 1Cor 1,29…) y Lucas (Lc 8,12; Hch 14,9; 15,11…); cf. Marcus, El Evangelio según Marcos 1,1-8,21, 415.

7. Cf. St 5,15: "Y la oración de fe salvará al enfermo, y el Señor lo levantará; y si ha cometido pecados, le serán perdonados".

LH n.320

El último gesto de Jesús, delante de su padre y su madre, es tocarla, tomarla de la mano y llamarla "**muchacha/joven**" (**κοράσιον, אֲתִּילֵט**).

Hace bien las dos cosas que su padre había hecho mal al inicio: Jairo la llamó "niñita", como queriendo retenerla para sí, cuando estaba en la edad de independizarse ("**tenía doce años**", **5,42**) y la trató como enferma a la que curar con recursos mágicos en vez de con cercanía y reconocimiento. Jesús, sin embargo, la coge de la mano, le devuelve su edad, su independencia, y ella responde positivamente. Jesús se la devuelve a sus padres que deben aceptar esta transformación (de "**niñita**" a "**muchacha joven**") y devolverle su autonomía.

Así, ambas mujeres han vuelto a vivir porque su entorno (su familia y sus relaciones) las ha considerado mujeres dignas, autónomas, libres, y no ha dejado que ninguna costumbre, inercia, tradición o prejuicio sobre su situación de enfermedad las reduzca a "**enfermas**" o "**marginadas**" o "**menores**", o cualquier cosa menos de lo que son como personas. Jesús ha dado al entorno de estas mujeres la fuerza de devolverles la vida.

Aunque no sea el objetivo principal del relato, este texto nos ofrece claves sobre el modo de acercarse Jesús al mundo del enfermo.

Acompañar la enfermedad como Jesús es descubrir los miedos, prevenciones, prejuicios (sobre todo religiosos) sobre la enfermedad; ponerse en la piel del que sufre, de la víctima de la exclusión (especialmente de la persona marginada por motivos religiosos y culturales); cultivar la confianza de que ni el sufrimiento ni la injusticia los quiere Jesús; desarrollar la valentía para enfrentarse a todas las exclusiones (la de ser mujer, enferma, desgraciada o incapaz-inmadura) y negarse a aceptar la discriminacion y el confinamiento; educar esta confianza capaz de hacer milagros, el milagro de construir el mundo que Dios quiere.

2/

La mujer siriofenicia
(Mc 7,24-30)

En otro pasaje con ciertas similitudes, Marcos nos narra la historia de una madre que busca sanar la posesión de su hija, **Mc 7,24-30.**

Y partiendo de allí, se fue a la región de Tiro, y entrando en una casa quería que nadie lo supiese, pero no logró pasar inadvertido, sino que, en seguida, habiendo oído hablar de él una mujer, cuya hija estaba poseída de un espíritu inmundo, vino y se postró a sus pies. Esta mujer era griega, sirofenicia de nacimiento, y le rogaba que expulsara de su hija al demonio.

Él le decía: «Espera que primero se sacien los hijos, pues no está bien tomar el pan de los hijos y echárselo a los perros». Pero ella le respondió: «Sí, Señor; que también los perros comen bajo la mesa migajas de los niños». Él, entonces, le dijo: «Por lo que has dicho, vete; el demonio ha salido de tu hija». Volvió a su casa y encontró que la niña estaba echada en la cama y que el demonio se había ido.

Marcos nos narra este pasaje para transmitir la idea de que el poder de Dios no tiene fronteras, que hay que superar el exclusivismo o sectarismo. Otros autores del NT también nos transmiten esta idea del Dios sin fronteras[8]; pero esta es una historia complicada que plantea más problemas que soluciones; resulta un modo extraño de afirmar que la buena noticia de Jesús se abre a todos.

8. Ideas semejantes a Pablo: Rom 1,16 y Rom 11 subraya que Jesús vino primero para los judíos, pero también para los gentiles. En 1Re 17,8-16 Elías realizó un milagro a una mujer gentil en Tiro.

Este relato tiene muchas relaciones con el de la hemorroisa que hemos visto antes **(5,25-34):** son mujeres valientes, ritualmente impuras, que han oído hablar de Jesús, ambas reciben de Jesús lo que buscaban aunque era a primera vista muy difícil, y ambas están relacionadas con una muchacha joven (hija propia o la de Jairo).

La historia comienza cuando Jesús entra en una casa pagana, lo que suponía una impureza para un judío **(7,24);** pero a él parece no importarle. Allí acude una mujer que "**oye hablar de Jesús**" y se arrodilla ante él, como signo de abajamiento y de reconocimiento de Jesús. Si ha oído que Jesús, siendo judío, tiene esa libertad para entrar en casa de un gentil, habrá pensado que se mostrará dispuesto a atenderla, aun a pesar de ser mujer pagana.

La petición es por su hija, no por ella; pero toda la familia está implicada en la "**posesión**" de su hija. Según, la antropología cultural, lo que pensaba todo el mundo en esas ocasiones de posesión de un adolescente es que esa familia tenía serios problemas internos[9].

Sin embargo, la respuesta de Jesús **(7,27)** es sorprendente y, aparentemente, insultante; llamar a alguien "**perro**", por mucho que se diga en diminutivo, es hiriente y ofensivo[10]. Refleja una postura radical de etnocentrismo, como pensaban muchos judíos del tiempo de Jesús.

Pero, ¿cómo se casa el hecho de que Jesús haya entrado voluntariamente en casa de un pagano impurificándose y responda así a una mujer que, humildemente, le pide ayuda? ¿No había afirmado Jesús en **Mc 2,22** que el vino nuevo necesita odres nuevos? ¿No había dicho Jesús que no necesitan médico los sanos sino los enfermos…? La razón de presentar así a Jesús en esta escena es, probablemente, para crear tensión y ensalzar la reacción de la madre de la niña.

El motivo de mujeres sabias que cambian la mente de un sabio está presente en la literatura judía[11]. Esta mujer se presenta, entonces, a sí misma y a su hija como perros **(7,28);** acepta la respuesta aparentemente ofensiva de Jesús y la devuelve en un gesto de auto-humillación (autoestigmatización), que acepta esa etiqueta negativa y la presenta como si fuera positiva: se abaja y humilla todavía más que al inicio (que se arrodilla: **7,25**), pero lo hace de un modo valiente y atrevido, casi desafiando a Jesús.

Jesús le había llamado "**perra**" a su hija (y a ella por extensión) y ella lo acepta; pero, además, lo intensifica, le da un nuevo sentido positivo haciéndole ver a Jesús que hasta los perros pueden comer con los niños en armonía sin que falte nada a estos. Con esta respuesta, la mujer anticipa lo que va a ocurrir en la comida de multitud que se narra inmediatamente: ella sí cree que con siete panes se puede dar de comer a una multitud (al contrario que los discípulos, que no lo creen: **8,4.19-20**).

La reacción siguiente de Jesús **(7,29)** cambia radicalmente su postura inicial "**por lo que ha dicho**" la mujer: acepta expulsar al "**demonio**" de su hija a distancia. La respuesta de la mujer es un anticipo de lo que va a hacer Jesús en la cruz, un ejemplo de atrevimiento y de abajamiento ante el otro: esta actitud que ensalza al otro, aunque su razón sea débil o su posición de poder, en realidad, resulta mucho más poderosa.

La muerte de Jesús parecía la victoria del poder que se impone; pero a la larga, la actitud de Jesús resulta victoriosa.

La mujer sirofenicia parece que le ha ayudado a Jesús a descubrir una clave importante del reino de Dios: la imposición o la fuerza, el desprecio o la prepotencia solo tienen fuerza histórica a muy corto plazo; a la larga, lo que triunfa es el amor al otro, su reconocimiento y su valor. Jesús, a partir de este momento en el Evangelio de Marcos, comenzará los tres anuncios de su pasión y muerte **(8,31; 9,30; 10,32)** y el camino a Jerusalén donde lo matarán.

Esa mujer, la madre de una enferma, le ha enseñado a Jesús su camino.

9. Cf. Esther Miquel Pericás, Jesús y los espíritus (Salamanca: Sígueme, 2009), 29-81; Ioan M. Lewis, Ecstatic religion : a study of shamanism and spirit possession (London: Routledge, 1989).

10. El uso del diminutivo κυναρίοις "perros" es indistinguible de la forma plural normal (κύνες, plural de κύων). Para decir "perritos" se hubiera utilizado el término κυνίδιον. Llamarle a una persona "perro" era un insulto; vivían fuera de las ciudades y se alimentaban de carroña; quizá a los que se refiere sean domésticos, pero el desprecio sigue siendo evidente; cf. Marcus, El Evangelio según Marcos 1,1-8,21, 542-543.

11. 2Sam14 cuenta la historia de una mujer sabia de Tecoa que logra cambiar al rey David para que retire la orden de destierro sobre Absalón; en el Talmud (bErub 53b) una mujer sencilla convence a un rabino rabino y este afirma: "no ha habido nunca nadie que haya logrado lo mejor de mí, a no ser una mujer, un muchacho o una muchacha"; cf. Marcus, El Evangelio según Marcos 1,1-8,21, 544.

LH n.320

Se ha producido un cambio mutuo: Jesús ha logrado abrir los ojos de la mujer a una realidad más allá de sí misma (a descubrir que la entrega personal es más poderosa que la imposición); y ella ha mostrado a Jesús las posibilidades de lo inesperado, de la entrega y el abajamiento.

Quizá podríamos descubrir una clave importante del acercamiento a los familiares de personas enfermas: se trata de un encuentro en el que todos salen cambiados. Podemos ir, a veces, al enfermo (o a su familia) con recetas, soluciones y respuestas que, quizá sin quererlo, pueden resultar hirientes.

La valentía de quienes desafían las respuestas y etiquetas negativas tiene un poder sanador, porque puede ayudarnos a sanar nuestros prejuicios, nuestras falsas certezas, nuestras estrechas visiones del mundo. Quien sufre por la enfermedad o porque acompaña y sufre al enfermo, puede tener la capacidad de hacernos descubrir la verdad de Dios, como la madre de la hija poseída a Jesús.

La enfermedad y su acompañamiento se muestran en este pasaje como un aprendizaje de la mirada: aprender a ver más allá de lo evidente y aparente; descubrir que siempre hay posibilidades inéditas que ofrecen esperanza, especialmente cuando renunciamos a nuestros propios prejuicios.

3/

El padre del niño epiléptico *(Mc 9,14-29)*

Al llegar junto a los discípulos, vio a mucha gente que les rodeaba y a unos escribas que discutían con ellos. Toda la gente, al verle, quedó sorprendida y corrieron a saludarle.
Él les preguntó: «¿De qué discutís con ellos?» Uno de entre la gente le respondió: «Maestro, te he traído a mi hijo que tiene un espíritu mudo y, dondequiera que se apodera de él, le derriba, le hace echar espumarajos, rechinar de dientes y le deja rígido. He dicho a tus discípulos que lo expulsaran, pero no han podido».

Él les responde: «¡Oh generación incrédula! ¿Hasta cuándo estaré con vosotros? ¿Hasta cuándo habré de soportaros? ¡Traédmelo!»
Y se lo trajeron. Apenas el espíritu vio a Jesús, agitó violentamente al muchacho y, cayendo en tierra, se revolcaba echando espumarajos. Entonces él preguntó a su padre: «¿Cuánto tiempo hace que le viene sucediendo esto?»

Le dijo: «Desde niño. Y muchas veces le ha arrojado al fuego y al agua para acabar con él; pero, si algo puedes, ayúdanos, compadécete de nosotros».
Jesús le dijo: «¡Qué es eso de si puedes! ¡Todo es posible para quien confía!»
Al instante gritó el padre del muchacho: «¡confió, ayuda mi desconfianza!» Viendo Jesús que se agolpaba la gente, increpó al espíritu inmundo, diciéndole: «Espíritu sordo y mudo, yo te lo mando: sal de él y no entres más en él». Y el espíritu salió dando gritos y agitándole con violencia. El muchacho quedó como muerto, hasta el punto de que muchos decían que había muerto.

Pero Jesús, tomándole de la mano, le levantó y él se puso en pie. Cuando Jesús entró en casa, le preguntaban en privado sus discípulos: «¿Por qué nosotros no pudimos expulsarle?»
Les dijo: «Esta clase con nada puede ser arrojada sino con la oración».

Su modo de estar con el que sufre, con la víctima, es no sólo a compañar en silencio y acogida sinoayudando a abrir los ojos más allá de lo evidente, enseñándole un nuevo modo de ver el mundo

En este texto, otro personaje secundario, el padre de un niño enfermo, se acerca a Jesús; como en el caso de la mujer sirofenicicia, debemos recordar lo que un contemporáneo de Jesús pensaba cuando a un niño se le diagnosticaba posesión: su comportamiento excéntrico revelaba un conflicto familiar.

Hoy el comportamiento del niño nos recuerda a un ataque epiléptico, pero entonces no tenían conocimiento de medicina para ese diagnóstico; lo que veían era unos comportamientos anormales e inexplicables (“**le derriba, le hace echar espumarajos, rechinar de dientes y le deja rígido**”, “**muchas veces le ha arrojado al fuego y al agua para acabar con él**”).

La presentación del padre **(9,17-18)** tiene una nota de autosuficiencia e impertinencia; toma la palabra cuando no se la dan, habla en nombre de la multitud reunida y en un tono despectivo echando en cara a los discípulos que no han podido curar a su hijo (“**He dicho a tus discípulos que lo expulsaran…**”).

Esta presentación contrasta con la del final (“**ayuda a mi desconfianza**”, **9,24**). De hecho, el padre de este niño va a moverse entre la confianza y la desconfianza, entre la fe y la incredulidad; esta ambigüedad es parte del relato[12].

La curación está precedida de un diálogo entre Jesús y el Padre.

El niño parece, más bien, una “**excusa**”, una ocasión para que el milagro ocurra al padre (como la mujer sirofenicia). La pregunta “**¿cuánto tiempo hace que le viene sucediendo esto?**” **(9,21)** parece una pregunta superflua cuando el niño está retorciéndose en el suelo, como si Jesús no tuviera corazón.

Pero el objetivo, como se descubre a continuación, es implicar al Padre, el verdadero necesitado de curación. Esa pregunta obliga al padre a hacer memoria, a contarle a Jesús la historia de dolor del hijo, que es la suya propia, una historia marcada por la duda: “**pero si algo puedes, ayúdanos, compadécete de nosotros**” **(9,22).**

Con ello Jesús ha logrado que el padre se implique y pida ayuda no solo para el hijo, sino para los dos (“**ayúdanos**”, “**compadécete de nosotros**”); Jesús ha logrado que el Padre reconozca que esa historia de dolor es la suya.

El diálogo de Jesús con el Padre todavía se demora más, resultando más insensible en apariencia; Jesús le replica con una extraña frase “**¡qué es eso de si puedes! ¡Todo es posible para quien confía!**” **(9,23).** Lo esperado para el lector es que Jesús se compadezca inmediatamente, que su corazón se sienta invadido por el dolor del padre y por su petición angustiosa; sin embargo, Jesús no entra en ese juego.

Su modo de estar con el que sufre, con la víctima es no sólo acompañar en silencio y acogida (como en el caso de la suegra de Pedro de **1,29-31**, o la viuda pobre de **12,40-42**) sino ayudando a abrir los ojos más allá de lo evidente, enseñándole un nuevo modo de ver el mundo.

Eso es lo que hace Jesús aquí, porque la respuesta aparentemente impertinente e insensible de Jesús al padre logra que este responda de un modo que no había hecho en todo el relato: “**¡confío, ayuda mi desconfianza!**” **(9,24).**

En este momento el padre ha pasado a hablar en primera persona del singular; ha reconocido que es él el que necesita la ayuda de Jesús,

12. Cf. Joel Marcus, El Evangelio según Marcos 8,22-16,8: nueva traducción con introducción y comentario (Salamanca: Sígueme, 2011), 746.

LH n.320

que no es un hombre tan seguro y prepotente como parecía al inicio **(9,17),** sino mucho más inseguro, más necesitado de ayuda. Ha dejado de actuar como quien tiene autoridad, como quien exige, y ha adoptado una actitud de sumisión, de subordinación, de necesidad: se ha abajado.

Ha entrado en el juego de Jesús, enfrentando sus propios problemas y asumiéndolos: ha admitido su responsabilidad en esta historia. El padre refleja ahora, mejor que antes, la realidad ambigua y compleja que somos todos: confiados y desconfiados, creyentes e increyentes, seguros e inseguros, poderosos y débiles, autoritarios y serviles… Ha reconocido la verdad.

En otras palabras, la desconfianza, la increencia, la inseguridad, la debilidad, la duda… no alejan de Dios, al contrario; su negación, como hacía al principio el padre, sí le alejaba de la verdad y provocaba víctimas en los que tenía alrededor; la aceptación de todo eso negativo que somos, el reconocimiento y la plegaria, la petición de ayuda para acogerlo, es lo que sana.

La curación del niño parece un fracaso porque **"quedó como muerto" (9,26).** Pero Jesús lo toma de la mano, lo levanta y él se pone en pie (como la hija de Jairo). El niño ha asumido su vida a pesar de las apariencias de muerte (**"de pie");** el padre ha aceptado su libertad y autonomía. La curación del padre se ha completado.

Acompañar a las familias de los enfermos como Jesús es, al menos en parte, facilitar el descubrimiento y la expresión de la historia de dolor, invitar a asumir el protagonismo que toca, no caer en la autocompasión ni en el autoengaño o en las manipulaciones emocionales que pueden llevar asociadas la enfermedad, como el padre de este niño.

La duda, la inseguridad, la desconfianza, forman parte de la vida de quien acompaña al enfermo: Jesús ayuda a no ignorar toda esa parte de la vida, que es verdad, y ahondar en sus posibilidades y a no dejarse tentar por las soluciones fáciles, sino asumir el camino de la humildad y la misericordia, que son las que liberan.

4/

Conclusión

Los personajes menores de estos relatos representan el mundo que rodea a la enfermedad, a los enfermos: son personas que han experimentado la enfermedad, más que en carne propia, en otros muy cercanos, familiares. Todos se han acercado a Jesús superando dificultades propias y ajenas, haciendo frente con valentía a los prejuicios, las barreras, las exclusiones (especialmente las de la institución y la creencia religiosa).

Todos han demostrado coraje y confianza en Jesús más allá de lo obvio, de lo esperado, de las convenciones. Todos eran víctimas de tradiciones construidas por los hombres en nombre de Dios.

Y en todos los casos la confianza en Jesús les ha enfrentado con esa realidad y les ha dado fuerza para cambiarla; todos han comprendido que la confianza en Jesús es una invitación para todos y que para que despliegue la vida que ofrece, hay que superar y romper barreras que ponemos las personas. Todas pueden ayudarnos a descubrir nuestra realidad como Dios la contempla.

04/Acompañar la infirmidad familiar

Xosé Manuel Domínguez Prieto,
Director del Instituto da Familia.
Ourense.

Acompañar a las familias en su vulnerabilidad exige tener claras tres cuestiones: en qué radica la vulnerabilidad o 'infirmidad' de toda persona, en qué consiste la familia y qué es acompañar.

No perderemos el tiempo si entendemos estos tres conceptos. Sobre ellos, en un ulterior artículo, abordaremos algunos aspectos propios del método adecuado para el acompañamiento familiar.

Si el lector tiene paciencia, le ruego que me acompañe en estas líneas más teóricas y esenciales. Si no la tuviere, pase al otro artículo más práctico. Pero tenga en cuenta el amable lector que el práctico se engasta en estas reflexiones previas.

Palabras clave: Acompañar, Dolor, Familia, Vulnerabilidad.

Accompanying families in their vulnerability requires three clear questions: what is the vulnerability or 'infirmity' of each person, what is the family, and what is to accompany.

It is worth understanding these three concepts. In a future article we will address some characteristic aspects of the appropriate method for family accompaniment.

If the readers have patience, they can accompany me in these more theoretical and essential lines; if not, it's better to read a more practical article. But we must bear in mind that the practicality is embedded in these previous reflections.

Key words: Accompanying, Pain, Family, Vulnerability.

1/

Qué es infirmidad.

Partimos de la siguiente constatación: que existe un enfermar físico, un desordenarse psíquico y un infirmar de la persona. Es cierto que la persona no puede enfermar como persona, pero puede no vivir de acuerdo con su ser persona, puede lograr o malograr su vida, realizarla o desrealizarla. Esto se debe al inacabamiento de la persona, a su finitud, lo que le afecta a él y a las estructuras comunitarias a las que pertenece. Los tres ámbitos son fuente de vulnerabilidad.

Utilizamos el neologismo 'infirmidad' para referirnos a la situación de la persona en tanto realidad lábil, finita, provisional, sin acabar, realizable pero también malograble. La persona, en su camino hacia su plenitud puede recibir daños (físicos, psíquicos o personales) o vivir de modo que impida su crecimiento. A todo ello nos referimos con la palabra 'infirmidad' y todo ello es fuente de vulnerabilidad.

Tres dinamismos son esenciales en la persona: la puesta en juego de las propias capacidades integradas para lograr la plenitud, la actuación desde un sentido, en tercer lugar, y la experiencia de apertura y de relación en un contexto comunitario. Si la persona no los puede desarrollar, podemos decir que está en situación de infirmidad o vulnerabilidad personal.

2/

La vulnerabilidad de la persona. Modos antropológicos de vulnerabilidad.

Para comprender la infirmidad de la persona, su posibilidad de ser dañada, de no vivir el camino de su propia plenitud, es necesario hacer referencia a la dimensión **pathética** del ser humano.

La persona no sólo consiste en capacidades puestas en marcha hacia su plenitud desde un sentido sino también en falibilidad, labilidad, menesterosidad: junto a la **poética** de la persona es necesario una **pathética** de la persona.

El impulso a la unidad y a la plenitud es muestra de 'la no terminación' o fragilidad del hombre. El hombre es posibilidad abierta y, por tanto, inseguro en su existir. La angustia y la incertidumbre no son, por tanto, síntomas patológicos, sino manifestación del vivir como persona, de su falta de firmeza, de su **infirmitas.** Pero es justo ese inacabamiento el que le abre al futuro, a la posibilidad de realizarse.

Sin embargo, la suya es una realización agónica, sin seguridades, en tensiones (entre su exterior y su interior, entre su materia y su espíritu, entre su voluntad y la voluntad de los otros, entre su voluntad y sus deseos). Es quimérico, por tanto, buscar en la terapia (u ofrecer) la definitiva ausencia de tensiones, el equilibrio definitivo y la experiencia del vivir 'sin tensiones y en equilibrio.

Dada su **limitación y finitud, la persona, en su hacerse, no es autosuficiente.** Como esencia finita no se basta a sí mismo. Experimenta, cuanto más claramente sabe, cuanto más profundamente siente, la finitud y, con ello, el defecto radical en todas las modalidades de su ser y de su acción.

En **definitiva, la persona es radicalmente dependiente y frágil.** Su autonomía absoluta, sueño de la modernidad, es una falacia. La autonomía sólo puede ser heteronómica, dependiente. Y esta dependencia de lo real -y, por ende, del fundamento de lo real- es una dependencia no limitante sino promocionante de su propia plenitud y dignidad.

¿En qué ámbitos se experimenta esta vulnerabilidad fragilidad, dependencia y finitud? En la muerte, en el dolor, en su finitud y en la experiencia del mal.

- El primero y más radical de los límites con los que se encuentra es la muerte, que ha de tener presente si quiere vivir desde la verdad de sí. Sólo sabiendo que **cotidie morimur**[1] es posible vivir con intensidad el momento presente. La muerte es un límite natural o, al decir de Jaspers, una situación-límite, esencialmente ligada a su finitud, la posibilidad más definitiva, cierta e irrebasable del ser humano[2].

  Revela, en su misterio, un aspecto de la verdad de lo que es el ser humano, pero una verdad que no es aprehensible conceptualmente[3]. **Es común comprobar en un número enorme de personas una continua anestesia frente a la muerte.** Por el contrario, si se acepta el hecho de la muerte y se vive con conciencia, caben dos opciones: la de la angustia o resignación de quien acepta que el hombre es un ser para la muerte no habiendo nada después, teniendo entonces que afrontar el sinsentido de la existencia, o la de quien se abre a la esperanza de una plenitud más allá de esta vida.

- **El dolor** es otra de las más contundentes manifestaciones de nuestra vulnerabilidad. En general, la resistencia de la realidad a la propia voluntad, produce dolor. Y el dolor, nos expone al sufrimiento.

  En todo caso, el dolor y el sufrimiento son universales que muestran también la fragilidad del ser humano. Pero el dolor, si personalizante, si se vive con sentido, constituye la otra cara de la moneda del crecimiento personal. **Doles ergo sum**[4]**.**

- **La huida del dolor va vinculada a una huída de la finitud,** esto es, a una incapacidad para aguantar el dolor físico o espiritual (quizás fruto de sobreprotección en la infancia y juventud, y de hábito de huída en la edad adulta).

  Esta huida de la finitud de la condición humana se manifiesta en **el descenso abismal y alarmante de la tolerancia a afrontar cualquier problema, sufrimiento moral, conflicto, culpa o crisis:** se busca a toda cosa calmar las ansiedades, evitar tener que vivirlas o adormecerlas. A este respecto, parte de la farmacopea que se administra está orientada a anestesiar la conciencia retrasándose así el afrontamiento y posible solución de los problemas.

- Además, se ha impuesto una **ceguera, incluso negación, del mal, de la fragilidad, de la culpa, de la muerte, de lo finito. Se niega lo real** y se pierde el sentido de lo trágico, del esfuerzo, de la aventura, del riesgo, del dolor. Se huye de todo esto.

  Se pretende conjurar. Y se repite, en muestra de paternal sobreprotección en las situaciones dolorosas: **'No te sientas culpable', 'No debes sentirse mal', 'No te preocupes', 'Eso no es nada', 'No tienes por qué sufrir', 'No tienes por qué estar incómodo'?** ¿No será que se ha perdido la medida de la grandeza humana? Eliminando lo incómodo, lo doloroso, lo cansado, la culpabilidad, la pena, lo que se ha eliminado es la vida personal, la alegría. Se le ha perdido la pista al camino de la plenitud.

- Pero la persona no sólo es frágil, sino falible, lábil, amenazado siempre por el fracaso, la enfermedad y la muerte, por el oscurecimiento de su conciencia, **por su capacidad de obrar mal.** La persona, como **homo viator,** siempre

1. SENECA, Espístolas, 24, 20. Orbis, Barcelona, 1985. Tomo I.

2. M. HEIDEGGER, Ser y tiempo, §52. RBA, Barcelona, 2002, pp. 232ss.

3. C. DIAZ, Logoterapia centrada en la persona, Escolar y Mayo, Madrid 2011, capítulo IV. Passim.

4. Cfr. C. DIAZ, Logoterapia centrada en la persona, Escolar y Mayo, Madrid 2011, capítulo IV.

LH n.320

está en vías de construcción o de destrucción. Dada su limitación, debemos contar siempre con las realidades del mal, del sufrimiento, la muerte y de su capacidad de obrar mal, pues son las fuerzas destructivas. A veces, queriendo hacer bien, hace el mal: **video meliora proboque, deteriora sequor**

En conclusión, diremos con Ricoeur que la persona encuentra en sí dos contradicciones: la contradicción entre aquello que anhela ser y lo que realmente es y puede ser (finitud) y la contradicción y distancia entre lo que puede hacer y lo que realmente hace (culpabilidad).

3/

La infirmidad en familia.

3/1

La familia es comunidad y es un sistema.

Más allá de ser institución o grupo social, la familia es, ante todo, estructura comunitaria, una **communitas, un cum-munus.**

- **Atendiendo al sentido etimológico, aclaremos primero el sentido del munus.** El término se refiere a tres áreas de sentido: el oficio o la función que se realiza (**officium**), la obligación, el deber que hay que cumplir, el servicio cumplido (**onus**) y, en tercer lugar, el don, el regalo, el favor (**donum**).

  Los tres ámbitos perfilan el sentido del **munus:** se trata, en efecto, de una función y de una obligación. Pero son tal en tanto que don. Se trata de un don que uno está obligado a dar en término de retribución necesaria o como servicio necesario.

  Se trata del don o regalo que se tiene la obligación de dar por haber sido uno mismo, antes, objeto de otro don.

- Ahora podemos preguntarnos por el cum, por lo que tienen en común los miembros de una **communitas.** No puede ser algo que se posee en común, sino, más bien, el compartir una carga, tener una deuda, una obligación o función en común.

  Esto, y no otra cosa, es lo que permite lo que **munio** expresa, esto es, la edificación, la construcción de lo común. Así que esto común es la obligación que se ha contraído con el otro, con los otros. La gratitud por el don recibido exige una donación. Por eso, la antítesis de la **communitas** es la **immunitas,** esto es, la situación de aquel que no ejerce su generosidad con otros, que está a salvo de los otros pues no se siente en deuda con ellos.

- La comunidad es, en fin, el conjunto de personas que se descubren como deudoras de todos los demás, como don para los otros.

3/2

Vulnerabilidades familiares.

Vivir es afrontar problemas. Y la vida en común, que es fuente de crecimiento y de plenitud para sus miembros, también es fuente de tensiones. Surgen tensiones entre esposos, conflictos con los hijos, dificultades con otros miembros de la familia…. ¿Cómo afrontar estas dificultades que surgen en el camino? ¿Cómo convertir las dificultades en oportunidades para el crecimiento?

Las vulnerabilidades en el matrimonio y en la familia tienen dos fuentes: interna y externa. Las internas son las generadas por la propia disfunción de la familia y sus miembros.

La exterior por diversos factores que dañan a la convivencia familiar o a sus miembros.

La comunidad es el conjunto de personas
que se descubren como deudoras de todos
los demás, como don para los otros

3/2/1 Dificultades internas

A). No aceptar la situación o no aceptar al otro como es

Es frecuente la queja de que otro miembro de la familia no hace esto o aquello, de que no tiene detalles cuando lo necesitamos, que no nos comprende, que no es tan cariñoso 'como debería'... que no es como esperábamos, de que no actúa como queremos.

Pero si así juzgamos que son las cosas, entonces no es el otro quien falla: es quien juzga quien obra mal al no aceptar al otro como es. Es este el momento de tratar de cambiar lo que se puede cambiar, aceptar lo que no se puede cambiar y de inteligentemente darse cuenta de la diferencia entre ambas situaciones. Amar supone, en general, respetar al otro y nunca exigirle.

B). No controlar la imaginación

Todos sabemos que, habitualmente, es nuestra imaginación la que crea y aumenta los problemas. Mentalmente agrandamos los problemas y nos enfadamos más cuanto más rumiamos. Pensamos que 'ojalá' el otro actuase de otra manera, 'ojalá' tuviese estas o aquellas cualidades, 'ojalá'...

Y nos imaginamos como víctimas del otro. Y nos recreamos en ello. Y antes de haber hablado con él o ella ya estoy enfadadísima/o. Y es que, ante los problemas, lo peor que podemos hacer es dramatizar.

C). Las actitudes negativas

Ante la situación problemática, muchas veces surgen explosiones emocionales que paralizan: vergüenza, crisis matrimoniales, aislamiento, huída. Tampoco es infrecuente que se mantengan, por orgullo, por temperamento más dominador o por lo que fuese, unas actitudes en la relación con el otro que no sólo no la benefician sino que la bloquean y producen los efectos contrarios. Veamos las más frecuentes:

- Tratar al otro con mal genio (justificándose diciendo que 'son cosas de mi carácter'. ¿No serán, más bien, de su falta de carácter, de su descontrol?).

- Amenazar, reprender, reñir, constituirnos en jueces últimos sobre el otro.

- Ordenar al otro en vez de consultar o aconsejar (en el fondo supone tratar al otro como inferior). Imponerle decisiones o soluciones sin consultarle.

- Criticar, ridiculizar, ironizar (lo cual nunca sirve sino para producir graves heridas y los efectos contrarios).

- Interrogar al otro, con desconfianza.

- El silencio en vez del diálogo. El silencio frente al otro es una de las más graves formas de violencia y de destrucción de la vida de pareja.

- La impulsividad en el trato con el otro

- Guardar rencor, no perdonar

D). Las distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas son formas erróneas de pensar que terminan por afectar a nuestro comportamiento y a nuestra percepción de la realidad, de la verdad de las situaciones. Son creencias que manejamos mentalmente, sin querer constatarlas con la realidad, y que son causa de gran malestar e infelicidad en nuestras vidas matrimoniales y familiares. Así, pensamientos erróneos que suelen afectar la vida matrimonial son algunos como los siguientes:

- El otro debería saber cómo me siento y actuar en consecuencia.

- Todo lo que hago debo hacerlo perfectamente.

Tengo que tener éxito y no cometer errores.

- Debo cumplir siempre lo que el otro quiere de mí.

- Mi vida matrimonial ha de ir bien sin sufrir ni tener que esforzarme.

- El otro siempre tiene que aprobar lo que hago.

- Para ser feliz en el matrimonio basta con disfrutar de mi vida sin comprometerme ni esforzarme en nada. Todo saldrá espontáneamente, si tengo suerte.

- Ante las dificultades, lo mejor es dejarlas pasar y no enfrentarme a ellas.

- No puedo soportarlo. No tengo por qué sufrir o soportar malestar en la relación con el otro.

- El otro es malo si no hace lo creo que debe hacer.

En general, se emplean diversas actitudes de distorsión del pensamiento que se convierten en serios obstáculos para la convivencia. Muy comunes son las siguientes:

A. Focalización en los aspectos negativos, ignorando los positivos. Así hace quien en su matrimonio se fija sólo en lo que le va mal, centrándose en ello sin querer mirar la mayoría de los aspectos positivos de su matrimonio y de su familia. Sólo tiene ojos para lo negativo y lo agranda.

B. Inferencia arbitraria, aventurando conclusiones sin evidencias que lo apoyen o con evidencias en sentido contrario. A partir de un detalle del otro imagina toda una historia negativa e irreal.

C. Suponer las intenciones, sentimientos o motivaciones del otro, de carácter negativo e hiriente, para explicar por qué el otro actúa como lo hace. Por ejemplo, ante un gesto agrio del otro con quien estamos comenzar a inferir que está contra nosotros, que es una persona áspera, cuando quizás es que le está doliendo una muela o tiene cualquier otro problema físico o molestia exterior.

D. Exageración, aumentando lo negativo e imaginando consecuencias o posibilidades catastróficas.

E. Etiquetado negativo del otro o de sí mismo, sometiéndole a una clasificación o tipología ('es un vago', 'es un desordenado''soy un desastre', 'soy un perdedor').

F. Generalización: Es cuando se generaliza lo que ha sucedido en una o varias ocasiones y se le dice al otro: '**Tú nunca….**''**Tú siempre…**' en tono de acusación.

3/2/2 Dificultades exteriores

La propia comunidad familiar es vulnerable como estructura y porque lo es cada uno de sus miembros en **cuanto infirmes y porque la propia estructura también lo es.** Esta vulnerabilidad comunitaria, basada en la propia infirmidad de sus miembros, se puede ver agravada por varios factores, que muestran diversas necesidades:

- Vulnerabilidad afectiva (inmadurez de sus relaciones, carencias o heridas afectivas, dificultades para la identidad).

- Vulnerabilidad educativa (falta de formación y falta de medios educativos).

- Vulnerabilidad económica, por falta de recursos.

- Vulnerabilidad por enfermedad (físico orgánica, sensorial, neurológica, psiquiátrica), por deficiencia intelectual, autista, aprendizaje, alimenticio, o por desorden psicológico.

- Vulnerabilidad por deficiencia permanente, causada por accidente, profesional, adicción, ocio, causas congénitas.

- Vulnerabilidad por exceso de tiempo de trabajo en detrimento de la vida familiar

- Descuido de la vida de pareja o familiar por tiempos de televisión, exceso de vida social y deportiva.

- Aislamiento social.

3/3

¿Qué puede sostener, internamente, al matrimonio y la familia en los momentos de dificultad?

Antes o después, por muy bien que se lleve un matrimonio y una familia, surgen tensiones, dificultades, problemas. ¿Qué hacer? Si tuviésemos que proponer unos 'primeros auxilios', antes de explicar el método del acompañamiento, diríamos los siguientes:

- Ante todo, hay que hacer memoria, de vez en cuando, de cuál es el proyecto en común y el hecho de que se hizo un compromiso de vida en común, de amor. Este compromiso no puede depender del capricho o del vaivén de los sentimientos sino de una decisión.

  En necesario recordar que en el matrimonio y la familia reman todos en la misma barca y que avanzan todos o se hunden todos. La cohesión y el amor mutuo constituye un pilar esencial en los momentos de crisis.

- Ante las dificultades, conviene mantener la serenidad. Y esto equivale a no precipitarse en tomar decisiones o en el juicio sobre los demás. Al contrario, en momentos de crisis es bueno reforzar el tiempo personal y familiar para la reflexión y el diálogo, pues las crisis son ocasiones para el crecimiento.

- Si hacer tiempos de silencio para reflexionar sobre cómo van las cosas es bueno para toda persona, en el caso de los creyentes, el recurso a la oración personal y en común es esencial para recuperar la perspectiva perdida.

- Saber hacer, de vez en cuando, borrón y cuenta nueva, lo que supone el sano ejercicio de aprender a perdonar al otro. Esto supone no guardarse las 'ofensas' o defectos o insensibilidades o limitaciones o faltas de delicadeza del otro eternamente en el corazón. De lo contrario, no es posible una vida familiar saneada.

- En caso de tensión, primero pacificarme yo. En segundo lugar, lograr la serenidad. No juzgar y no atacar al otro. Aprender, a continuación a perdonar, a hacer borrón y cuenta nueva.

- Dialogar. Comunicarse: el silencio es destructivo. Cuidar el diálogo (que no es discusión): ponerse cada uno en la mejor actitud, siendo constructivos, sin ironías, sin juzgar al otro, con el deseo de llegar a una solución. Dedicar, de modo regular, un tiempo cada semana para salir juntos y sentarse a dialogar, a conversar.

- Ser sincero con el otro. No guardarse una carta en la manga. Decir lo que pienso, en clave de pensamientos y sentimientos, no en clave de ataque.

- Mucho humor. El humor es la cualidad de ponerse a distancia de los problemas, quitándoles 'hierro'. Humor es relativizar los problemas y ser flexible. La sonrisa y el humor son las mejores 'armas' para salir airoso de las dificultades cotidianas.

- Colaborar juntos en alguna tarea común.

- Orar juntos.

LH n.320

4/

Afrontamiento del dolor y la vulnerabilidad en familia.

El dolor, para cada familia, cada matrimonio y cada persona, se presenta como una tarea, como un camino que hay que recorrer.

Aunque no toda situación dolorosa tiene su origen en nosotros, en todo caso siempre somos responsables de cómo reaccionamos ante los que nos sucede. Depende de cada uno el modo de afrontar lo que nos pasa, la actitud ante lo que nos sucede.

Huir del dolor es perder una oportunidad única para retomar la propia vida de modo intenso. Refugiarse en un mundo ideal, en anestésicos que me distraen momentáneamente proporcionándome un placer que enseguida se vuelve dolor, en el resentimiento, en el trabajo, supone dar falsas respuestas a la aparición del dolor.

Hay que atreverse a experimentar el dolor pues nadie va al oasis sino por el desierto; nadie va a la luz sino por la obscuridad.

El dolor despierta el alma dormida, nos desenmascara de nuestros personajes. Por eso, no hacen bien los padres evitando cansancios y dolores a los hijos. No hace bien la sociedad evitando que los jóvenes afronten la vida, se cansen, o entren en contacto con el esfuerzo, porque afrontar el dolor es aprendizaje fundamental.

- El primer tipo de dolor y vulnerabilidad que hay que acometer es el evitable. Y es evitable todo aquel sufrimiento que procede en familia de la imaginación o suposiciones falsas de alguno de sus miembros, de la rumia de su situación y de sus prejuicios. Es necesario, en este caso, un diálogo socrático para que tomen conciencia de la distancia entre la realidad y lo que piensan de su situación.

En otros casos, el dolor evitable se soluciona afrontando la situación objetiva que la causa, en vez que quedarse en la tan frecuente 'indefensión aprendida' propia de adolescentes y adultescentes.

- En el caso de situaciones inevitables, el afrontamiento pasa por la aceptación. Para ello es necesario tomar distancia de la situación y el propio crecimiento interior y maduración de las personas. A veces descubrimos que el tamaño del obstáculo se debía a que estábamos agachados o empequeñecidos. Basta con crecer para poder soportar mejor lo inevitable.

En este sentido, contar con apoyos personales que permitan evacuar el dolor, ofrecer posibilidades e impulso para vivir con la dificultad, es tarea clave. De ahí la importancia de que haya personas formadas en el arte de acompañar. También resulta clave el vivir las dificultades desde un sentido.

Lo doloroso se puede vivir desde múltiples sentidos: como sacrificio por otros, como forma de realización de la propia dignidad o del propio valor, como sacrificio por una gran causa, como compensación por un daño infligido, como modo de evitar a otro el dolor, como efecto querido del cariño a otra persona, como modo de experimentar de cerca a Dios como ser cercano que nos acompaña en el dolor.

Entonces la pregunta de **¿por qué yo?** se torna en la de **¿y por qué no yo?** En todo caso, **para vivir el dolor hace falta trascenderlo: sufrir por algo o alguien, sufrir para algo, encontrarle un sentido.** En todos estos casos, el dolor es una oportunidad para vivir intensamente mi propia vida, para madurar -pues es justo en estos momentos donde se dan las máximas oportunidades para el crecimiento personal-. Para ello hace falta encontrar un sentido.

Acompañar a la familia es caminar junto a ella estando ahí, hacerse presente, a través delencuentro, pero sin invasión, creando confianza y seguridad

5/

Acompañar la familia.

Aclarado lo anterior, podemos afirmar que **acompañar a otro es un acto de amor.** Por esto resulta una tarea connatural al ser humano, puesto que toda persona es desde otras, con otras y para otras. En la medida en que somos comunitarios, somos acompañados y acompañantes naturales.

No son las muchas tecnologías, ni los muchos objetos acumulados, ni el currículum ganado, ni el mucho pensar lo que nos hace existir. A Descartes hay que descartarlo. La verdad más profunda del ser humano es esta: "**Soy amado, luego existo**". Y una de las formas del amor, es decir, de tratar a una persona como tal, es acompañarla en el camino de su vida.

Acompañar a una familia **es un arte,** es decir, un saber hacer. Como tal, hay que aprenderlo y practicarlo. Sólo entonces, como todo arte, se puede intentar enseñar. Pero sólo lo aprenderá quien, escuchando el método o camino utilizado por quien ya es experimentado en acompañamiento, lo experimente él mismo.

El acompañamiento es siempre una **relación de encuentro** entre personas, parcialmente estructurada, en el que uno ayuda, potencia y orienta a otro u otros en su camino de crecimiento personal. Para ello, quien acompaña, crea espacios de apoyo, impulso y posibilitación para el acompañado.

Acompañar a la familia es caminar junto a ella estando ahí, hacerse presente, a través del encuentro, pero sin invasión, creando confianza y seguridad.

Acompañar supone saber escuchar a la familia y saber preguntar para que la familia se conozca mejor, conozca su situación, descubra sus objetivos, las posibilidades que se le ofrecen o que puede crear y los cambios que ha de introducir en su vida para conseguirlos. Confrontarle con sus incongruencias. Se trata, en fin, de que tome conciencia de su situación y de sus posibilidades.

6/

Características del acompañamiento familiar. Primera aproximación.

En el **acompañamiento de la familia, se va de la familia a las personas.** Ofrece instrumentos a la familia para que **esta logre su autocomprensión.** Hace de espejo mostrando a la familia lo que ve. Posteriormente, acompaña a la familia para que entre todos propongan vías para caminar hacia situaciones deseables o para desbloquear situaciones indeseables. En todo caso, el protagonista es la familia y cada uno de sus miembros. Las soluciones y los caminos los ha de encontrar la propia familia.

Quien acompaña a la familia, trabaja **con** la familia en su conjunto pero también con díadas (esposo-esposa, padre-hijo, madre-hija, hijo-hija) y, en algún caso, con alguno de sus miembros, sabiendo que, por ser comunidad, un cambio en un miembro de la familia (para bien o para mal), afecta a toda la familia. Por otra parte, cada actuación de un miembro de la familia evidencia o muestra una característica de la familia entera. Cada persona es voz de la familia.

Aunque acompañar no es impartir conocimientos, a veces habrá que ofrecer sesiones formativas sobre aspectos concretos una vez detectados,

familia y acompañante, una determinada carencia (comunicación, habilidades sociales, restablecimiento de la confianza entre los miembros de la familia, etc.).

En el caso del acompañamiento familiar, nuestra experiencia nos muestra que lo ideal es buscar colaboración y supervisión, por lo que conviene trabajar con otro co-acompañante, con quien compartir visión, observación, dificultades… Esto permite una mirada sistémica.

En efecto, el acompañamiento familiar, a diferencia del personal, exige una mirada sistémica, es decir, se centra en las relaciones, en el 'nosotros' sin dejar de atender a las personas concretas. Da voz a la familia, al nosotros. El nosotros tiene su propia estructura y sus propios recursos. Por eso, quien acompaña a una familia atiende a:

- Pautas y patrones de comportamiento entre los miembros de la familia, es decir, secuencias de comportamiento que se repiten, especialmente aquellas que crean un problema o lo mantienen.

- Esquemas mentales subyacentes al comportamiento.

- Los bucles de retroalimentación (Por ejemplo: Los padres etiquetan al hijo. El hijo se comporta de acuerdo con la etiqueta de los padres-efecto Pigmalión- y por tanto, le siguen etiquetando así).

- Conexiones entre una actuación disfuncional de un miembro y una respuesta de otro.

- Qué función tiene determinado comportamiento en el sistema familiar.

-Para qué existe un problema, cual es su función.

Pero acompañar a la familia en su infirmidad y vulnerabilidad exige un método. Será el objeto de artículo.

Bibliografía

Domínguez Prieto, X.M.
El arte de acompañar.
Ed. PPC, Madrid, 2017.

Domínguez Prieto, X.M.
Psicología de la persona.
Ed. Palabra, Madrid, 2011.

Domínguez Prieto, X.M.
Antropología de la familia.
BAC, Madrid, 2007.

05/El método para acogiendo su fragilidad, acompañar a la familia

Xosé Manuel Domínguez Prieto,
Director del Instituto da Familia. Ourense.

Acompañar a una familia es hacer con ellos un camino, abrir un proceso de encuentros pautados durante un tiempo. Estos encuentros tienen un componente de sorpresa, de imprevisibilidad y resulta fundamental estar abiertos a la novedad que supone cada familia, cada persona, y a la sorpresa que nos trae cada encentro. Sin embargo, hay un cierto camino que recorrer, un cierto método, un cierto proceso con elementos comunes que luego se adaptarán en función de cada familia y cada situación. Aunque hay sorpresa y cada encuentro y cada acompañamiento son distintos, no cabe improvisar. Tampoco basta la buena voluntad. En realidad, todo acompañamiento ha de contar con un método, es decir, con un camino y con una forma de obrar a través del diálogo de estilo socrático. El proceso de acompañamiento, en su estructura básica, es un proceso de diálogo y de escucha.

En el presente artículo presentaremos, a vuelapluma, cuáles pueden ser las etapas generales por las que acompañamos a una familia en sus fragilidades. Estas etapas, flexibles en su seguimiento, aunque son los momentos del propio proceso de acompañamiento, también lo son de cada encuentro. También es cierto que en los primeros encuentros se trata más bien de establecer cuál es la situación, la necesidad y lograr un cierto conocimiento (¡y autoconocimiento!) de la familia, y en las siguientes se pueden centrar más en los ideales, los objetivos y el modo de conseguirlas.

El método que proponemos de modo extraordinariamente sucinto es el que hemos desarrollado y el que está a la base del Curso on line de Acompañamiento familiar que desde el Instituto da Familia, avalado por la Universidad Católica de Ávila. Así mismo, es el propuesto en el aplicado en el Máster en Coaching Familiar del Instituto da Familia avalado académicamente por la Universidad Francisco de Vitoria.

Palabras clave: Familia, Acompañar, Escucha, Necesidad.

Accompanying a family is traveling with them, opening ourselves for a while to a process of scheduled meetings. These meetings have a component of surprise and unpredictability. It is essential to be open to the new elements of each family, each person, to the surprise each encounter brings us. However, there are specific paths, methods and processes with common elements we will have to adapt according to each family and each situation. Despite the surprise, despite each meeting and each accompaniment are different, we should not improvise. Goodwill is not enough either. In fact, all accompaniment must have a method, that is, a way of acting through a Socratic dialogue. The accompaniment process, in its basic structure, is to know how to dialogue and listen.

In this article, we will briefly introduce the general stages to accompany a family in its fragilities. These stages, which can be followed in a flexible way, are the moments of the process itself and of each meeting. In fact, the first encounters are specially focused on establishing the situation and the need, and achieving certain knowledge (and self-knowledge!) of the family. Latter on, we can focus more on the ideals, the objectives, and how to achieve them.

We suggest very succinctly the method that we have developed as the basis of the online Family Accompaniment Course of the Instituto da Familia, endorsed by the Catholic University of Avila. It is the same method proposed and implemented in the Masters in Family Coaching of the Instituto da Familia, academically endorsed by Francisco de Vitoria University.

Key words: Family, Accompanying, Listening, Need.

LH n.320

1/

Acogida.

En el modo en que acogemos a una familia (o a una persona) es en donde nos jugamos gran parte de la eficacia de nuestro acompañamiento. La acogida constituye el primer momento en el que nos encontramos con la familia, pero también una actitud y un modo de actuar.

¿Cómo ha de ser esa acogida a la familia o al matrimonio que llegan con sus dolores y vulnerabilidades? Ha de ser cálido, respetuoso, empático, con actitud de acercamiento. Nos presentamos como compañía, que consiste en estar conscientemente presente. Para ello es necesario 'dejarse tocar' por esta familia, dejarse afectar, estremecerse tras mirarles, conmoverse. La cercanía se expresa mediante el contacto. Hay que poner corazón en las manos. El apretón de manos, la caricia, el abrazo, la mano sobre la mano o sobre el hombro, expresan apoyo, compartir dolor, presencia.

Acoger supone saber crear, desde el primer encuentro, un clima de confianza en el que la familia pueda mostrar sus necesidades y expectativas

En el encuentro, el importante es el otro. Atenderle empáticamente, poniéndome afectiva e intelectualmente en su lugar. Sonreír, reconocer limitaciones, usar sentido del humor ante los contratiempos, postura relajada, expresión serena y tono de voz calmado, mostrándonos sin prisas y encantados de poder atenderles.

Para que la acogida sea eficaz hemos de lograr adquirir tres artes: el de comunicarnos, el de preguntar y el de escuchar. Los tres van íntimamente unidos.

Comunicación

La acogida la familia que llega con sus vulnerabilidades a un proceso de acompañamiento, supone establecer con él una adecuada comunicación. Para ello, hemos de tener en cuenta que comunicamos no sólo lo que decimos sino cómo lo decimos. Por otra parte, hemos de tener en cuenta de que, por nuestra parte, la comunicación exige apertura, sinceridad y claridad. Y se trata de comunicar sentimientos, deseos, necesidades, siempre desde el respeto mutuo.

El arte de preguntar

El arte de acompañar se apoya en gran medida en el arte de preguntar. El diálogo socrático con la familia en el que se base el acompañamiento se concreta en hacerle preguntas abiertas mediante las cuales él pueda conocerse mejor a sí mismo y pueda encontrar por sí la salida a la situación en la que está. Para cada momento del acompañamiento hay que saber hacer las preguntas clave. Pero cada montaña indica como subirla (unas por sendero, otras escalando, otras en zigzag…).

Estas preguntas han de ser

- **Preguntas a todos,** pues a todos queremos escuchar.

- **Preguntas abiertas** (que no se contesten con un "sí" o con un "no") pero siempre hechas con alguna intención, como por ejemplo, la de generar información sobre aspectos que la persona hace bien, sobre cómo ha obrado bien en otras situaciones semejantes.

- **Orientadas a cambiar de perspectiva, a cambiar el modo en que interpretan la situación uno o varios miembros de la familia,** pues muchos problemas no radican tanto en lo que ocurre sino en cómo se juzga lo que ocurre.

Hay que tomar conciencia de que toda pregunta supone una interpretación. Puedo condenar con mis preguntas ("¿Has dejado ya de insultar a tu madre?", "¿Eres menos violento con tus hijos?") o bien abrir caminos de esperanza ("Ya has comprobado hasta dónde eres capaz de ser amable con tu madre?").

La escucha

Escuchar no es oír lo que la familia dice sino ponerse activamente a atender al otro, para lograr ponernos en su punto de vista. Llamamos empatía a la capacidad de ponerse en el punto de vista de los otros, tratando de comprender sus pensamientos, sus motivos, sus sentimientos, la conexión entre sus relaciones. Se trata de mostrarles al matrimonio o familia que nos hacemos cargo de su situación, que lo que les sucede nos importa, que nos ponemos en su punto de vista. Para ello es bueno decirle al acompañado frases como **"Entiendo lo que os pasa", "Entiendo lo que sentís".**

Por tanto, en la acogida invitamos a la familia a que exprese qué les inquieta, qué sienten como problema. Se trata de darles espacio a ellos y a sus sentimientos.

- **Facilita la escucha** prestar atención a lo que dice cada uno y a las reacciones no verbales de los demás, tratar de comprender las razones de unos y otros, sin juzgarles ni ponernos de una parte frente a otros. También ayuda darles a entender que les estamos escuchando tanto con palabras como con expresiones como "ah", "ya veo".

  Pero, sobre todo, se han de sentir escuchados a través del lenguaje no verbal (gestos de asentimiento, mirarles, inclinarnos hacia quien habla). Es necesario no sólo atender a qué nos dicen sino a cómo nos lo dicen: gestos, posición corporal, emociones que muestra. Y, en el caso de las familias, es necesario atender a cómo reaccionan unos ante las palabras de los otros.

- **Dificulta la escucha** la distracción, interrumpir a quien está hablando, juzgarle, ofrecerle soluciones antes de que termine de explicarse, no darle espacio para que se exprese apresurándose a darle un consejo, decirle que lo que le pasa no tiene importancia o decirle que eso le pasa a todo el mundo. Además, dificulta la escucha el ponerse de parte de unos o darles la razón frente a los otros.

2/

Descubrir qué necesitan.

Acompañar a una familia supone ayudar a la comunidad a que descubran cuáles son sus necesidades más profundas ya a verbalizar qué siente ahora como carencia, como dificultad.

En todo caso, a través de preguntas, es muy importante que descubran dónde está la dificultad para no confundirla con el sentimiento o con el síntoma de la dificultad (si el hijo o la hija consume estupefacientes puede tratarse no tanto del problema como del síntoma de otra situación que necesita el cambio, como la falta de comunicación o afecto de los padres).

Es patente que si una familia, a instancias de alguno de sus miembros, se acerca al acompañamiento es que necesita **alivio.** Sin embargo, es necesario que el **objetivo de un acompañamiento no es eliminar síntomas molestos.** Estos síntomas son manifestaciones de la necesidad y quizás haya que aprender a aceptarlos y, sobre todo, a interpretarlos.

LH n.320

El síntoma cumple una función: la de darnos pistas de cuál es la necesidad. La actitud más adecuada en acompañamiento no es la de apresurarse a eliminar síntomas sino la de tratar de entender el mensaje que tienen, a que problema o necesidad remiten. Luego, podremos tratar de aliviar el sufrimiento del síntoma.

Estas necesidades pueden descubrirse o perfilarse, entre otros modos, por hermenéutica afectiva (es decir, interpretando sus sentimientos), por sus quejas, por indagación sobre sus gustos y deseos, tratando de visualizar cuál sería para esa persona un futuro perfecto, por sus preguntas. Para indagar en sus necesidades y descubrir cuál es su alcance real, utilizaremos las preguntas socráticas.

Así, si nos dicen "**tengo una angustia permanente**" habrá que preguntar "**¿Permanente?**" ¿Siempre la tiene? ¿Cuándo la tiene más acusada? El objetivo será centrarse en los momentos en que realmente aparece la situación dolorosa o desajustada. Por eso hay que "**desactivar**" con preguntas generalizaciones como "**Todo me va mal**". A esta, habría que contestar "**¿Todo? Dígame cosas que le van bien y personas con las que le va bien**". Esto nos conduciría a llevar la cuestión a sus justos límites.

Por otra parte, tras todas estas necesidades inmediatas que la familia expresa, es decir, bajo las necesidades y vulnerabilidades patentes, existen necesidades profundas y vulnerabilidades existenciales.

Por ello, hay que estar abierto a lo que nos comunican los miembros de la familia, pero conviene ir más allá, tomando conciencia de sus necesidades más hondas para ayudarles a que vivan según su verdad más profunda (su ser personas, su dignidad, su experiencia comunitaria, su experiencia amorosa, el sentido de sus vidas).

Por tanto, debemos analizar qué necesidades tienen sin satisfacer pero también qué necesidades desconocen. Vulnerabilidad que no es conocida, no se puede acompañar.

3/

Conocimiento y autoconocimiento.

Todo acompañamiento a una familia debe acercarnos pronto a un suficiente conocimiento de la familia y su situación, por parte del acompañante, y a un mayor autoconocimiento por parte de la familia. Tratamos de desvelar la esencia de la propia familia, sus elementos, sus roles, sus conflictos, los cambios que harían que el sistema funcionara mejor, su situación ideal.

Conocer dónde se está es clave para poder diseñar el camino hacia donde se quiere ir. Se trata de que la familia y sus miembros exploren y comprendan su situación para luego poder actuar con sentido. Esto ocurre mediante las preguntas que le hace el acompañante.

Las preguntas han de conducir al '**Insight**', al repentino darse cuenta de algo que no se veía, algo que permanecía velado. El acompañante ha de mostrar comprensión. Nunca se debe '**etiquetar**' a la familia o a alguno de sus miembros, pero tampoco dejar que ellos se 'autoetiqueten'.

Lo primero de todo, es preguntarse por la razón de ser de esta familia. Para ello, son pertinentes preguntas como "**¿Para qué existe tu familia? ¿Cuáles son sus fines? ¿Cómo se están cumpliendo? ¿Cuáles son los elementos de esta familia? ¿En qué relación están? ¿Cuáles son los conflictos recurrentes? ¿Qué es lo mejor y lo peor de tu familia? ¿Qué cambiarías para que la familia funcionase mejor? ¿Cuál sería la situación ideal? ¿Qué echas de menos en tu familia? ¿Qué sobra? ¿Qué estás aportando tú?**".

Se trata de acercarnos y acercarles al conocimiento del sistema familiar, del tipo y estilo de sus relaciones, de su momento en el ciclo vital, eventos biográficos clave, organización.

Todo acompañamiento a una familia debe acercarnos pronto a un suficiente conocimiento de la familia y su situación, por parte del acompañante; y a un mayor autoconocimiento por parte de la familia

De un modo especial, debemos llegar a conocer cuáles son **las fortalezas que tienen y que permiten cambio:** bienestar, apego positivo, comunicación, interacción familiar adecuada, se escuchan y dialogan, expresiones de cariño, normatividad en casa, presencia de otros miembros de la familia extensa, red social de apoyo, factores contextuales (trabajo, nivel económico adecuado). Siempre hemos de partir del conocimiento y valoración de lo positivo.

Hecho esto, puede llegar el momento de **detectar las debilidades que mantienen la situación, sus vulnerabilidades:** enfermedades, adicciones, apegos deficientes, traumas, relaciones conflictivas, no se escuchan, no dialogan, agresividad, falta de normas en casa, coaliciones tóxicas, dificultades de comunicación, falta de habilidades sociales, soluciones disfuncionales, crisis evolutivas, factores contextuales (pobreza, paro, falta de red de apoyo, aislamiento, etc.). Lograr una hipótesis de donde se encuentra la raíz del problema y qué es lo que lo mantiene.

Así mismo, deberemos descubrir los desencuentros: actitudes de indiferencia, voluntad de dominio y manipulación, cerrazón, crítica, falta de compromiso, falta de confianza, ausencia, aislamiento, estar a la defensiva.

Con mirada sistémica deberemos detectar los bucles de retroalimentación (A produce B y B mantiene A), patrones de conducta (maneras de comportarse que se repiten), distorsiones cognitivas, alianzas tóxicas, deficiencias de relación.

Así mismo, este proceso de conocimiento debe detectar -si lo hay- la **autovictimación de la familia,** las formas erróneas de pensar y las distorsiones cognitivas.

De una manera especial, ha de conocerse cuál es el grado de madurez e inmadurez de sus miembros. Frecuentemente, la inmadurez del padre o de la madre, autocentrados y autorreferenciales, autovictimados y huyendo de sus problemas, son una de las principales causas de problemas familiares y matrimonial.

4/

Ideales y objetivos.

No hay viento bueno si no se sabe a dónde navegar.

Una vez tomada conciencia de la situación, hace falta tomar conciencia de cuáles son sus retos y objetivos como familia, como pareja. Para ello les hemos de preguntar: "**¿Qué queréis mejorar juntos? ¿Qué os proponéis juntos? ¿En qué os proponéis mejorar?**" Luego llegará el momento de encontrar los medios para pasar del estado actual al ideal, mediante el establecimiento de indicativos concretos.

Esta pregunta por los objetivos, a su vez, depende de que descubran cuál es su razón de ser, los ideales que comparten, lo que consideran valioso o importante. Desde estos valores e ideales, se descubren cuáles pueden ser los objetivos. Pero, sobre todo, se descubren a partir de las carencias: siento algo como carencia porque es carencia de algo importante.

Estos objetivos han de expresarse en positivo. No serviría, por ejemplo, "**Que mi hijo no responda chillando a mis peticiones**" sino "**Que mi hijo escuche atentamente y responda positivamente y con calma a lo que le pido**".

Ahora bien, aquí hay que distinguir dos planos: por un lado el plano de las los objetivos inmediatos, de metas que responden a carencias inmediatas, concretas, de la vida cotidiana, como pueden ser '**que mi hijo deje de tener una actitud agresiva**', '**que logremos dialogar sin reñir**', '**que podamos tener tiempo juntos**', '**que mi hija se comunique conmigo**'… Estos son los que las personas detectan y les afectan directamente. Son los objetivos de **primer nivel.**

Pero más allá de estos, mediante preguntas, habrá que conducir a las familias a plantearse cuá-

LH n.320

les son sus necesidades profundas, que responden a sus ideales más hondos, a sus aspiraciones más trascendentales.

Son los objetivos de segundo nivel, entre los que se pueden encontrar lograr una vida comunitaria plena, tener una vida con sentido, madurar como personas y como pareja, descubrir o realizar la propia vocación o llamada, como lograr la plenitud personal, de pareja, familiar...

Hacen falta preguntas no directivas en el primer caso, directivas en el segundo (socráticas). Se pregunta por los objetivos, por el lugar a donde se quiere llegar, se define la visión. Tener un 'para qué' moviliza su logro, tener un objetivo moviliza la voluntad. Dependen de nuestras creencias y valores.

Dado que el objetivo de segundo grado radical es la plenitud personal y comunitaria (que pasa por vivir una vida con sentido), de lo que se trata es de descubrir el sentido de la propia vida.

Desde el sentido se es capaz de reinterpretar en positivo las dificultades, de salir adelante en medio de los obstáculos.

Sin embargo, esto se puede descubrir como punto de llegada, no como punto de partida.

Algunas preguntas para descubrir la situación ideal a la que dirige la familia podrían ser: "**¿Cuál sería para ti/para vosotros la situación ideal? (en tu familia/en tu trabajo/ en tu vida afectiva/en general…), ¿Cuál sería una situación con éxito? ¿Qué sentiríais? ¿Cuál sería vuestro mayor deseo? ¿Qué os gustaría que sucediese que ahora no está sucediendo? ¿En qué medida depende de cada uno?**"

Una vez establecido el ideal, se plantean los objetivos que me llevan a ese ideal mediante preguntas como "**¿Qué tendríais que hacer cada uno de vosotros hoy para acercaros a ese ideal? ¿Qué situaciones tienen que darse para alcanzar ideal? ¿Qué tiene que ocurrir? ¿Qué tenéis que empezar a hacer para conseguirlo?**"

5/

Sanación de heridas e infirmidades.

Las heridas, las infirmidades, las inmadureces, son los principales obstáculos para el cambio y el crecimiento personal y familiar. Por eso, acompañar también implica acciones sanadoras respecto del acompañado, sanación que es posible gracias a cosas tan sencillas como la palabra que le digo, la actitud que empleo o la cercanía con que le trato.Para que sea sanador, el **acompañamiento debe incluir, cuando sea necesario, momentos de consuelo, de alivio, de cuidado y apoyo.** En este sentido, la proximidad es esencial: mirada, abrazo, contacto físico, cercanía en el tono de voz…En todo caso, **quien acompaña no admitirá fatalismos ni pasividad en los miembros de la familia.** Siempre invita a querer sanar, a salir adelante, pero con paciencia y con compasión, abiertos al ritmo del acompañado.

En este proceso, urge descubrir el origen del sufrimiento, pues en muchos casos procede no de la situación objetiva sino de cómo la interpreta o la afronta el acompañado. Frecuentemente las personas creamos nuestro propio sufrimiento por lo que hace falta ensayar caminos nuevos, creativos, inéditos, quizás paradójicos, para escapar de los bucles de sufrimiento en los que me encuentro.

Esta sanación tiene varias dimensiones: la corporal, la emocional, la intelectiva y la biográfica. Todas han de ser tenidas en cuenta en el acompañamiento.

Respecto de la sanación emocional destacamos, en primer lugar, la importancia de la evacuación

emocional por parte de los miembros de la familia. Alivia y ayuda mucho contar con alguien a quien descubrir y expresar lo que siente. La actitud del acompañante ha de ser la de escuchar, permitir y no juzgar lo que siente el acompañado. Por eso, en vez de decirle "**Deberías animarte**", podría decir "**Imagino que tiene razones para sentirse así**" y, en vez de "**No deberías sentirse así**" diría "**Debe ser muy importante y duro para usted lo que le ha sucedido para sentirse así**" o "**Sólo usted sabe lo que está sufriendo**" o "**No es fácil afrontar lo que está Vd. viviendo**". Se trata, por tanto, de dar espacio y cabida a la manifestación del otro.

Una vez conocidas las heridas emocionales las comprendemos y damos espacio. Cada uno de nosotros hemos sido heridos una y otra vez desde el comienzo de nuestra vida. La herida la produce una carencia o una agresión que nos niega algo que necesitamos y, en general, se nos niega a nosotros mismos. Pero también la puede producir el exceso de atención, la sobreprotección. Puede ser por una agresión grave puntual o por una reiteración de hechos. Nosotros esperábamos de mamá, papá, hermanos, profesores, familias, la satisfacción de ciertas necesidades y algunas no las obtuvimos. Por ello, se produce la herida. De estas heridas puede surgir la culpa neurótica o malsana: si me han herido es porque hay algo mal en mí. Los que me quieren (mis padres, mis amigos, mi familia) no son malos, luego el malo soy yo y soy el que hago mal las cosas. Otras veces, para afrontar esta culpa y estas heridas se multiplican los mecanismos de defensa: negación, racionalización, desplazamiento… La persona, exteriormente, puede parecer sólida, firme, segura, a causa de estos mecanismos de defensa que ha puesto en marcha, pero aun así, las personas mostramos estas heridas de dos maneras: por las reacciones desproporcionadas (en las que se puede de nuevo ver la herida) y en las compulsiones.

Pero, a continuación, llega el momento de desarrollar el arte de ayudarle a gestionar sus afectos mediante diversas herramientas y actitudes como promoviendo **la interpretación positiva de cada acontecimiento, entrenando a las personas en narrar su situación de modo positivo, desarrollando actitudes de agradecimiento, perdón y humor, saber recibir las frustraciones como oportunidades o, a veces, simplemente aprender mediante ejercicios de relajación a controlar los niveles de ansiedad.**

6/

Actuar y proyectar y realizar cambios.

Una vez dialogado y soñado sobre la situación ideal y de empezar a concretar algunos objetivos es el momento de 'tocar tierra' y, mediante preguntas poderosas, indagar con la familiar cuál es el camino concreto que van a recorrer. Es el momento de retar a la familia, llevándoles a perspectivas y puntos de vista y tareas inéditos para ellos y, muchas veces, incómodos.

Se trata de plantear un camino y de revisarlo en cada una de las sesiones siguientes, dando feedback positivo para ir aprendiendo todos. Se reflexiona sobre lo que va ocurriendo. Además del diálogo socrático se utilizan diversas técnicas: Rueda de la vida familiar, silla vacía.

Cuatro pasos tenemos que concretar en la intervención: Con qué cuento, qué me falta; qué posibilidades tengo o puedo generar; qué proyecto vamos a implementar; qué recursos utilizaremos. Centrémonos en el proyecto

Elaborar un proyecto es hacer un plan de acción con la familia y con cada uno de sus miembros, estableciendo caminos para llegar a las metas u objetivos. Para cada objetivo habrá que especificar los indicadores de logro y actuaciones concretas a corto, medio y largo plazo. En todo caso habremos de señalar qué haremos, con quién,

LH n.320

cómo, cuándo y en qué plazos, con qué medios y por qué lo haremos. Por tanto, el acompañante ayudará en el discernimiento de qué caminos pueden recorrer juntos, les acompañará en la elaboración de ese proyecto de familia, velará por su realización y les ayudará a tomar decisiones. Para que el proyecto sea realizable los objetivos han de ser concretos, medibles, ambiciosos, temporalizados, compartidos por toda la familia y acordes con los propios ideales. Esto permite medir, evaluar y revisar los objetivos y los logros que llevan a esos objetivos. Esto, si son logros al alcance de la pareja o la familia, fomentan una buena autoimagen, la autoestima y la percepción de autoeficacia. Los objetivos han se concretarse en logros y acciones que se perciban como retos, para que motiven. Pero han de ser alcanzables para promover la autoeficacia. Se trata de diseñar paso por paso lo que hay que hacer, como hacerlo, cuando hacerlo, con qué recursos, apoyado en quién, qué hacer cuando lleguen las dificultades y por qué hacerlo, para llegar a la meta para luego revisar los avances hechos o logros.

En algunos casos, habrá que optar entre varias alternativas. Para ello habrá que enseñar a **discernir y deliberar, esto es, sopesar alternativas, con las razones a favor y en contra, teniendo en cuenta sus consecuencias a corto y largo plazo de cada una de las opciones.** Todo este esfuerzo de concretar ha de ser hecho por la familia o por el matrimonio, a partir de su propia realidad, de sus propios ideales, de sus propios objetivos y de sus propias posibilidades.

7/

Se Ofrecen Recursos.

En el transcurso de las sesiones de acompañamiento a una familia o un matrimonio se pueden detectar determinadas carencias.

O, también, se puede descubrir que para realizar el proyecto que se han propuesto, necesitan ciertos recursos que no tiene adquiridos. Es el momento de dedicar algunas sesiones a ofrecer esos recursos.

Así, se tendrán en ciertas ocasiones sesiones formativas específicas para trabajar competencias, habilidades sociales, parentalidad adecuada, mejora de la comunicación, resolución de conflictos, de encuentro, establecimiento de normas y reglas, aprender a dar feed back, formación del carácter, resolución de problemas, etc.

Saliendo de la zona de confort, ha de tomar conciencia y discernir de qué cambios va a introducir y de la importancia de los cambios, pues nadie cambiar si no ve la importancia de hacerlo. El acompañamiento no sólo es preguntar, escuchar y comprender. También es impulsar, proponer, ayudar y alentar.

8/

Actuar.

Donde cristaliza y se verifica la validez de la intervención es en la acción. Si no hay acción y modificación de la acción, no tiene ninguna validez el proceso de acompañamiento. A través de la acción, de introducir pequeños cambios, nuevas experiencias, es como la familia y cada uno de sus miembros dan pequeños pasos hacia sus ideales. Esta experiencia es básica para que haya sensación de eficacia, de mejora. Pero para ello hace falta el compromiso sostenido. Sin compromiso no hay acción, sin acción no hay nuevas experiencias y sin nuevas experiencias no hay cambio.

Toda mejora de vida, de relaciones, todo afrontamiento de problemas, todo control emocional, se lleva a cabo mediante acciones concretas, sencillas, que apuntan al objetivo. Quien quiere hacer grandes gestas ha de realizar pequeños gestos, y quien quiera ir muy lejos debe comenzar por dar un primer paso.

Este es, pues, el momento culminante al que hay que invitar insistentemente (y hacer que descubran su importancia) a cada miembro de la familia: a dejar el discurso sobre la vida para dar lugar al curso de la vida. Y esto es a través de acciones, de pequeñas metas, de pasos concretos.

Acompañar, en fin, es acompañar desde la experiencia y para la experiencia. Es acompañar para la acción, pues es en la acción donde la persona se realiza. Por eso, en cada encuentro, siempre se revisará la realización de las acciones previstas en la sesión anterior mediante preguntas como:

- **¿Cómo os ha ido con lo que acordamos?**
- **¿Qué os ayudó a conseguirlo?**
- **¿Qué obstáculos encontrasteis?**
- **¿Qué habéis aprendido?**
- **¿Qué haréis de modo distinto la siguiente vez?**

Para plantear bien estas acciones concretas, se han de hacer preguntas a todos los miembros de la familia, para que todos intervengan. También se puede preguntar a los demás por la aportación de uno.

Al revisar las acciones es el momento de dar feed back positivo y alabar todo logro conseguido, por pequeño y parcial que sea, de obtener conclusiones y conocimientos a partir de lo experimentado (con éxito o sin éxito).

Todo es fuente de conocimiento: los logros, los fracasos, las resistencias… Y, sobre todo, es el momento de darles ánimo y mostrar la confianza en ellos (explicándoles, a partir de sus fortalezas por qué creemos sinceramente que confiamos en ellos y en que conseguirán sus logros).

Acompañar es acompañar desde la experiencia y para la experiencia. Es acompañar para la acción

9/

Conclusión.

Si el presente artículo tiene el efecto de aclarar caminos para el acompañamiento familiar y persuadir de la necesidad de una preparación adecuada y acompañada por quien tiene experiencia en el arte de acompañar habría cumplido con el cometido para el que ha sido escrito.

Bibliografía

Domínguez Prieto, X.M.
El arte de acompañar.
Ed. PPC, Madrid, 2017.

Domínguez Prieto, X.M.
Psicología de la persona.
Ed. Palabra, Madrid, 2011.

Domínguez Prieto, X.M.
Antropología de la familia.
BAC, Madrid, 2007.

www.institutodafamilia.es

06/El acompañamiento pastoral

Consuelo Santamaría,
Profesora.
Centro de Humanización de la Salud.
Tres Cantos (Madrid)

Para poder hablar del acompañamiento pastoral hay que partir del significado mismo de la denominación “pastoral de la salud” tan acertadamente designada, ya que el objetivo de dicho acompañamiento es procurar la salud en la enfermedad, no sólo en el enfermo, sino en la familia y en el mismo agente de pastoral.

De no ser así hablaríamos de la “pastoral de la enfermedad”. Sentirse y ser agente de pastoral implica entender y asumir que la enfermedad es un estado, mientras que la salud es una disposición, una condición, una conformación y configuración personal.

Por ello se puede decir que la salud es total, holística, integral y la enfermedad es parcial.

Palabras clave: Pastoral de la salud, Acompañar, Familia, Salvación.

In order to be able to speak of pastoral accompaniment it is necessary to begin with the correct meaning of Health Pastoral, since the objective of such accompaniment is to seek health in the illness, not only of the sick person, but of the family and the pastoral agent.

Otherwise, we would speak of the “disease pastoral”. Feeling and being a pastoral agent imply understanding and assuming that illness is a state, while health is a disposition, a condition, a personal structure and configuration.

Therefore, we can say health is total, holistic, comprehensive, and disease is partial.

Key words: Health Pastoral, accompanying, family, salvation

LH n.320

El acompañamiento pastoral tiene una triple justificación:

- En primer lugar **una justificación teológica, porque hablar de salud es hablar de salvación.** Salud y salvación tienen la misma raíz etimológica. Ambas vienen del latín salus, que significa **plenitud, realización, totalidad, incluyendo los conceptos de integridad y entereza.** La vocación del hombre, enfermo o no, es alcanzar una existencia plena y la existencia plena conecta de manera inequívoca con la salvación, que desde el plano teológico es el acto por el que Dios sale al encuentro del hombre, sea cual sea su estado físico.

Por ello, la salud que ofrece Jesús es la salvación, la cual va dirigida a todo hombre para liberarle. Dentro de esta justificación teológica no podemos olvidar el matiz que San Pablo presenta en su carta a los Corintios:

"Si un miembro sufre, todos los demás sufren con él" (1Co. 12,26).

Si una familia sufre, todos sufrimos con ella y si siente la plenitud, la existencia plena, todos la alcanzamos en una buena medida. No podemos negar el valor teológico de la salud-salvación, lo cual va más allá de la curación tal y como la entendemos hoy día.

- En segundo lugar una **justificación evangélica,** ya que la atención a los enfermos es la evangelización misma,

"Curad a los enfermos, resucitad a los muertos, limpiad a los leprosos, expulsad a los demonios; gratis lo recibisteis, dadlo gratis" (Mt 10, 8).

La salvación es ofrecida por Jesús como acción sanadora. El acompañamiento pastoral no es un derivado de la evangelización, es la evangelización propiamente dicha, luego la acción terapéutica de la pastoral de la salud tiene su raíz en el mensaje evangélico y tomar conciencia de esto es vivir con **conciencia de curar y ser curados, es generar salud.**

Jesús pasó haciendo el bien y curando a los oprimidos **(Hc 10, 38)** porque se conmueve ante el dolor,

"Y al ver las multitudes, tuvo compasión de ellas; porque estaban desamparadas y dispersas como ovejas que no tienen pastor." (Mt, 9, 36)

y más adelante hace referencia a la compasión y la sanación:

"Y saliendo Jesús, vio una gran multitud, y tuvo compasión de ellos, y sanó a los que de ellos estaban enfermos" (Mt,14,14).

El sufrimiento es vencido por el amor y el amor es salvífico, es sanador. El acompañamiento pastoral ha de ir en esta línea, salir al encuentro del que sufre desde la compasión, no pasar de largo, ser sensible al dolor de las familias y compartirlo, comprendiendo cada situación, reconfortando e infundiendo consuelo y sobre todo **esperanza…** palabra clave para entender la sanación.

- En tercer lugar una **justificación ética** que va más allá del criterio nosológico, es decir, de la explicación puramente patológica, estadística, científica y sociocultural, puesto que la dimensión ética de la salud se centra en el deber de curar y curarse. La salud es un valor y en consecuencia está dentro de la ética de los valores. Implica un **derecho,** el de ser agente y paciente de la salud-salvación y presupone un **deber,** el de procurar la salud-salvación propia y de los demás.

En el "Diccionario de Pastoral de la Salud y Bioética" dirigido por Alvarez, F. y Bermejo, J.C. **(2009)** muchos de los autores que desarrollan diversas materias hablan de nuevos caminos de la salud, diferenciando la "medicina de las necesidades" cuya respuesta está dentro de la prevención-diagnóstico-asistencia-tratamiento-rehabilitación, de la **"medicina de los deseos"** que entra en el terreno de la aspiración para alcanzar el bien-estar y de la "medicina de la salud plena" que es la salud que salva, es la salud-salvación, es la salud de la esperanza.

Otra palabra clave es la de **"acompañar",** hacer **compañía,** que viene del latín *companĭa* y ésta de cum-panis, **"con pan".** Acompañar es gustar del pan con otros, participar en la mesa del dolor, en la mesa de las emociones, del equilibrio, de la aceptación, del miedo, teniendo muy claro que para recorrer el camino del sufrimiento del enfermo y de la familia para entrar en ese lugar sagrado, hay que entrar descalzos, como Dios mandó a Moisés, porque el santuario de la enfermedad es un lugar sagrado al que se debe acceder de puntillas para poder acompañar y gustar de ese pan.

Descalzarse de juicios, de imposiciones, de manipulaciones, descalzos de decir lo que la familia debe hacer con relación al enfermo, descalzos de moralizar, descalzos de preguntas, descalzos de frases hechas que lejos de consolar provocan rabia y desconfianza. Entrar descalzos como signo de humildad y de posicionamiento ente lo sagrado.

El agente de pastoral, por lo tanto, en su acompañamiento entra descalzo en el santuario del dolor como signo de respeto, pero también como signo de **tocar tierra,** es decir, de humildad, porque ha de ubicarse, situarse y manifestarse con humildad ante lo sagrado. Descalzarse es signo y símbolo de adoración y sumisión ante lo sagrado.

Si junto a este **"acompañar descalzo"** el agente de pastoral se reviste de **empatía,** actitud que implica movimiento, abandonar la perspectiva propia, para poder entender la perspectiva del otro, para comprender y acoger el mundo emotivo del enfermo y la familia, con el objetivo de comprender y transmitir comprensión, si se reviste de **aceptación incondicional** actitud que implica la disciplina de no permitirse juicios moralizantes con relación al otro, lo cual comporta la mirada confiada hacia el que sufre y su familia, dirigiendo siempre una mirada positiva hacia el otro, confiando en sus posibilidades y recursos para afrontar la enfermedad y si se reviste de **autenticidad,** esa coherencia entre lo que el agente de pastoral piensa, siente, dice y hace, liberándose de máscaras y en armonía entre lo que vive interiormente y lo que expresa de manera externa, entonces, solo entonces tendremos las bases para generar comunión (unión con) y solo desde la comunión se podrá generar salud integral, salud holística. En definitiva, sólo desde la humildad y las tres actitudes básicas de la relación de ayuda se puede generar salud en el acompañamiento.

En el proceso de enfermedad, en este gustar el pan de la mesa del dolor, no podemos olvidar que la familia es el principal núcleo de apoyo al enfermo. En el acompañamiento hay que estar muy atento a la forma en que se da ese apoyo. Como muy bien sabemos la respuesta de la familia depende del tipo de enfermedad, de quién sea el enfermo (marido, esposa, hijos…),

LH n.320

del contexto externo, de los recursos personales del enfermo y por supuesto de las lecturas que el enfermo y la familia hagan de la propia enfermedad.

Por ejemplo, si unos padres ven la enfermedad del hijo como un "**castigo**", porque el hijo ha abusado de sustancias, las respuestas de la familia podrían ir dirigidas a "**te lo has buscado, asume las consecuencias**". El acompañamiento pastoral al percibir esta lectura deberá dirigirse a trabajar la compasión con la familia y con el propio enfermo.

Si la familia considera la enfermedad como una "**prueba**", la respuesta podría ir encaminada a la aceptación resignada en la que el enfermo se sienta a contemplar su propio dolor esperando que Dios actúe. En esa espera pasiva, la persona no asume su propia responsabilidad para afrontar su enfermedad. En este supuesto el acompañamiento debería dirigirse a la aceptación como proceso activo.

Si la familia es catastrofista y fatalista, podría convertir al enfermo en una "**víctima**". En este caso el acompañamiento debería dirigirse a trabajar la responsabilidad de todos.

Así podríamos ir analizando todos los tipos de familia, sus respuestas, sus estilos de afrontamiento para poder entender las diferentes demostraciones y estilos de apoyo y en consecuencia determinar los diferentes objetivos del acompañamiento pastoral.

Es necesario tener muy claro que no hay un patrón de acompañamiento; lo que sí hay y debe haber es una adaptabilidad a cada tipo de familia para poder moverse con esa cautela, respeto y prudencia característica del que se descalza para entra en los diferentes espacios sagrados, cada uno peculiar y único para que abandonando las interpretaciones subjetivas se pueda ser realmente testigos de la esperanza.

Al no haber un patrón predefinido del mismo, el arte de adaptarse al momento que vive la familia y el enfermo, a sus recursos, a sus necesidades, a las lecturas que el enfermo y la propia familia hacen de la enfermedad, sin forzar la marcha, es la garantía de un buen acompañamiento.

Desde la consideración sagrada al enfermo y su familia, el agente de pastoral puede ayudarles a comprender el impacto de la enfermedad en cada uno de sus componentes, a analizar con ellos las consecuencias del sufrimiento en las relaciones personales, familiares y sociales y a verbalizar el conflicto entre las expectativas y la realidad, así como la pérdida o no de esa confianza originaria en el Dios de la vida y, sobre todo, la ayuda ha de ir encaminada a facilitar la aceptación, único camino para generar salud.

No podemos obviar que salud es capacidad de aceptación, es integrar la propia muerte, es vivir el momento con pasión, es la actitud humilde del que se sabe vulnerable y frágil, débil y pequeño y actúa en consecuencia.

Por ello la salud es una disciplina, no solo a los tratamientos farmacológicos y diagnósticos, sino en la tarea de cuidar las actitudes "**sanas**" ante la enfermedad para superar todas las actitudes "**enfermas**" que tenemos ante la salud, tales como la autosuficiencia, la arrogancia, el desprecio, la falta de humildad, entre otras.

Es fundamental en el acompañamiento contribuir a que la familia y el enfermo entiendan que la salud es el arte de ser persona en la felicidad y en el dolor, en la vida y en la muerte. Hacer esto es acompañar facilitando la reflexión y el cuestionamiento por el propio sentido de sus vidas y con ello el agente de pastoral pasa a ser un promotor de esperanza.

Es muy frecuente ver en nosotros mismos y en los demás que cuando gozamos de salud física tenemos demasiada confianza en nosotros mismos, lo que anteriormente llamábamos actitudes "**enfermas**" ante la salud, tal como un exceso de confianza en nuestras fuerzas, donde casi sin darnos cuenta nuestro ego se infla más y más, nuestra autoestima se desajusta por exceso,

Es fundamental en el acompañamiento contribuir a que la familia y el enfermo entiendan que la salud es el arte de ser persona en la felicidady en el dolor, en la vida y en la muerte

confiamos demasiado en nosotros mismos, pero cuando llega la enfermedad grave, el enfermo siente como un tsunami que arrasa con esa confianza, fuerza o autoestima arrogante.

En ese tsunami la enfermedad y el sufrimiento desencadenan crisis de confianza. El agente de pastoral ha de estar muy atento a esto para acompañar desde la salud. En esta situación de riesgos y peligros para la vida, la persona y la familia cifran toda la confianza en el médico y en las fuerzas personales. El acompañamiento eficiente, moviéndose desde el respeto más sagrado a las creencias y procesos personales de cada familia, determinará el momento oportuno para ayudar a que cambien el escenario de confianza.

Confiar en el potencial de cada persona, y más confiar en el médico es maravilloso y necesario, confiar en sus recursos, en sus fuerzas está muy bien, pero hay un momento en la vida que hay que desplazar esa confianza personal en uno mismo o en los demás a las manos de un Dios creador que nos ama. Poner la enfermedad en manos de Dios no es sinónimo de inactividad, sino todo lo contrario, es sinónimo de aceptación de la vulnerabilidad. No podemos olvidar que:

"Lo que no es asumido no es curado".

En el acompañamiento a las familias es fundamental vivir la Presencia en su sentido más profundo, lo cual implica llegar a la familia con mirada limpia, para poder ver en la unidad familiar a "**Alguien**".

Si miro a la familia del enfermo con mis ojos varados en un cuerpo sano mi mirada puede nublarse por mi propia suficiencia o incomprensión, si mi mirada tiene la limpieza del que se sabe necesitado de sanación-salvación entonces se produce el encuentro con la **Presencia** en el que sufre y se expresa como un manantial de ternura tan potente que es capaz de sanar.

Por todo esto, la razón de ser del acompañamiento pastoral es la **Esperanza y la Trascendencia.**

La sola presencia del agente de pastoral es ya un certificado de esperanza. Porque donde muchas personas ven ocaso, debemos y se puede ver auge espiritual, donde algunos ven terminalidad, podemos ver comienzo de sentido, donde la enfermedad hace que se vea una concatenación progresiva de crisis, podemos ver oportunidades, donde muchos ven ausencia, podemos ver presencia esperanzadora, donde las familias ven impotencia, nosotros podemos ver fortaleza, donde muchos ven duda, nosotros podemos ver certezas, donde algunos ven solo muerte, nosotros podemos ver Vida y un larga lista referencias de supuestos evidentes que ya son en sí mismo razones para la esperanza.

El acompañamiento pastoral se torna esperanza cuando el agente escucha a la familia sin juzgar, condición fundamental de la aceptación incondicional, cuando da su opinión y expone sus criterios sin aconsejar, cuando despierta intimidad y da seguridad a enfermos y familias sin exigir ni imponer, colaborando, ayudando y acompañando sin decidir por ellos, cuando atiende y cuida reflexivamente sin menospreciar, anular, invalidar o inutilizar a los demás, cuando mira con limpieza sin proyectar en el enfermo sus propias heridas y miserias, abraza y contiene sin oprimir, fortalece y estimula sin empujar a nada, sostiene y mantiene a la familia en los momentos difíciles sin adueñarse de ella, protege y apoya sin mentir, se acerca de puntillas sin invadir y cuando se entrega sin condiciones porque sabe que el enfermo y su familia son lugar sagrado.

La esperanza se vitaliza desde la gratitud. Sin gratitud no hay esperanza. La espera es el denominador común de la familia del enfermo, y ha de estar cimentada en una entereza íntegra y tranquila, una honradez leal y fraterna, una serenidad firme y responsable, un valor resolutivo y sensato, un miedo ajustado y compartido y sobre todo, como signo de esperanza, ha de

estar cimentado en la fe en ellos mismos, en las posibilidades de resistencia y la fe en todos los que están unidos con ellos para no dejarles desfallecer. Esto es lo fundamental de la esperanza. El hombre, al entrar en relación con los demás recibe por ósmosis la energía, la fe y la resistencia que él solo no podría tener. Esta certeza confiere confianza y seguridad al agente de pastoral ya que desde esta certidumbre, en el acompañamiento **no confía en sus fuerzas sino en las fuerzas de todos los que le rodean.**

Esperanza que no es ni mero deseo, ni optimismo ingenuo o superficial, ni simple vitalidad biológica, porque cuando hablamos del valor sanante de la esperanza, o de la esperanza como fuente de salud, nos situamos en una perspectiva holística, integral, universal, solidaria, de modo que el concepto de salud es considerado en estrecha relación con el de vida, libertad-liberación, paz, equilibrio, armonía, salvación, sanación...

La esperanza, finalmente, es opuesta a una actitud de resignación pasiva y conformista en la vivencia de la enfermedad. Quien se resigna no camina, no avanza. La resignación es aceptar como irremediables e insalvables determinados estados o realidades molestas o perjudiciales, generalmente después de haber intentado y luchado por superarlas y no haberlo conseguido. Entonces viene la desilusión, la decepción, el desencanto, la desesperanza.

La esperanza es terapéutica si impide la resignación pasiva, la cual puede llevar al dolorismo, a dejarse llevar o a "**tirar la toalla**". La resignación pasiva es la apropiación y la confiscación personal del propio fracaso bañado de desilusión, amargura, frustración y despecho. Esto está muy lejos de la aceptación, que es un proceso activo, donde el enfermo y la familia incorporan, acogen y admiten la realidad de la enfermedad en su escenario personal, familiar y social. Es un acuerdo, un trato, un convenio con la realidad para asumirla de forma activa y positiva considerando la dolencia como una ocasión para reordenar la propia vida.

La esperanza no es hermana de la seguridad, sino de la confianza. Santo Tomás decía de manera contundente que:

"La seguridad no pertenece a la esperanza".

Por ello la esperanza conlleva también inseguridad, ya que la confianza y la inseguridad se articulan de modo armónico en quien espera.

En un sentido radical, esta dimensión de la esperanza, se convierte en abandono. No se trata de un abandono indiferente, frío o pasivo, sino que supone confiar activamente en Alguien, sabiendo que en lo que está de nuestra mano, nunca se llega a cumplir lo deseado de una manera total.

La esperanza, no cambia el diagnóstico, pero ayuda a aceptarlo y en algunos casos a superarlo y a seguir viviendo. Es verdad que hablar de la esperanza cuando el agente goza de salud y el enfermo está en procesos terminales no es fácil. La dificultad aumenta cuando se habla de esperanzas irreales e inalcanzables, por ello ser agente de pastoral de la esperanza es un desafío, un reto, es una decisión, es una elección que se concretiza cuando se facilita la verdadera esperanza. Desde aquí la ayuda se puede convertir en una búsqueda en la que cada familia puede asumir el rol de explorador de sus propias vidas y constructor de sus propios sentidos.

Herbert Plügge médico alemán del siglo pasado, hizo un estudio en la Clínica Universitaria de Heidelberg, sobre dos tipos de enfermos, los enfermos cuya esperanza se derrumbaba por ser enfermos incurables y los enfermos suicidas, es decir, aquellos enfermos que habían intentado suicidarse pero por alguna circunstancia el suicidio no se consumó, con el fin de ver su posición de conciencia con relación a la esperanza. Observó que en estos enfermos se daba lo que él llamaba una "**esperanza diferente**", una "**esperanza verdadera**" y "**fundamental**".

Plügge habla de la esperanza en singular, mientras que lo común en el ser humano es tener muchas esperanzas (esperar sacar las oposiciones, tener la esperanza de que mi hijo se cure, esperar con todas las fuerzas conseguir un trabajo…). Es decir, tener esperanzas en plural.

Pues bien todas estas esperanzas desaparecen con la enfermedad y más con la enfermedad grave. Plügge dice que la enfermedad grave destruye todas estas esperanzas cotidianas que dinamizan nuestra vida y cuando todas ellas desaparecen por la enfermedad, se da paso a la "**esperanza fundamental**".

Por ello, en su investigación Plügge dice que cuando todas las esperanzas comunes e ilusionantes del hombre son destruidas por el sufrimiento, de una forma muy misteriosa aparece otra esperanza, la que él llama esperanza "**fundamental**", con la particularidad de que es experimentada del modo más convincente cuando el hombre ha alcanzado el estado de la falta de esperanzas, en plural. Es decir, cuando desaparecen las esperanzas, incluso la de ser curado, aparece la verdadera esperanza.

Aunque puede ser dramático, desde una perspectiva de "**no enfermedad**" el pensar que la terminalidad destruye todas las esperanzas más valoradas como puede ser, la esperanza de curarse, sin embargo esa realidad dolorosa es la que esconde, en sí misma, la posibilidad de llegar a la verdadera esperanza.

Por ello la esperanza nacida de la desilusión del enfermo terminal y la de la familia es la base, dice Plügge, de una libertad frente a la prisión de la enfermedad, que antes de la destrucción de las esperanzas no se podía conseguir.

Plüge añade que el objeto de la esperanza, en singular, es difícil de definir y determinar porque según él, es algo "**indeterminado**", "**nebuloso**", "**falto de contorno**", lo que sugiere que está hablando de algo espiritual. La investigación deja algo muy claro y es que esa esperanza fundamental hace que el enfermo entre en una especie de "**estado de confusión**" que permite al enfermo ser todo esperanza.

Es interesante ver como Plügge al referirse al objeto de "**la esperanza verdadera y fundamental**" habla de la "**autorrealización en el futuro**" y del "**estar sano de la persona**", es decir está afirmando que se alcanza algo que objetivamente no se puede "**tener**", ya que en fase terminal, desde el punto de vista objetivo ¿A que podemos reducir el futuro? Desde la perspectiva temporal se puede reducir a semanas o meses, y ¿por qué hablar del "**estar sano de la persona**" cuando está en proceso terminal, cuando la salud se ha perdido radicalmente?

Sin embargo es completamente posible coincidir con la conclusión de Plügge al entender el objeto de la esperanza como la autorrealización en el futuro, lo cual no solo correlaciona con la necesidad más sublime del hombre, según la pirámide de Maslow, la de autorrealización, sino porque tiene que ver con lo que se "**es**", con las actitudes, con la aceptación de la enfermedad.

El agente de pastoral es promotor de la salud y ese "**estar sano de la persona**" tiene que ver con lo que se es, con la actitud. En esos momentos en que ya nada se espera, la persona se abandona y por ello cuando parece que todo se ha perdido nace la verdadera esperanza, la que nos lleva a abandonarnos en las manos del Creador.

El agente de pastoral en su acompañamiento no debe tener miedo a ser promotor de salud-salvación, ni de ser promotor de esperanza, porque esa esperanza fundamental y verdadera no es algo que él ofrece, es "**algo**" que sale al encuentro cuando todas las "**esperanzas**" han desaparecido.

07/Comunicaciones

LH n.320

07/1
Sufrimiento desde los trastornos alimenticios en adolescentes

Mª José Martín,
Psiquiatra. Clínica Nuestra Señora de la Paz. Madrid.

1/

¿Qué es la adolescencia?

Según el autor **Stanley Hall (1904),** la adolescencia es un periodo de "conflictos y tensiones", de tensión entre la madurez biológica y la dependencia social, con presión de padres, pares y en donde el sentido de la dirección de la vida cambia constantemente. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías muy frecuentes (**4,1-4,5%**) en los adolescentes en la actualidad.

En muchos de los casos en la adolescencia, puede no ser la patología primaria, si no es el síntoma de otro problema: un trastorno de ansiedad, de depresión, de problemas familiares, problemas de relación social, el mismo ambiente social que presiona al adolescente, etc., por lo que es necesario una correcta evaluación para realizar un diagnóstico adecuado y adaptar el tratamiento. Las personas que presentan estos trastornos sufren en gran medida, al igual que sus familias que las suelen acompañar en el proceso de la enfermedad. Es fundamental realizar un buen acompañamiento del adolescente enfermo y su familia para lograr una recuperación más estable en el tiempo.

2/

Tipos de trastornos de la conducta alimentaria.

Para comprender mejor, los tipos de dichos trastornos, vamos a utilizar la clasificación internacional de enfermedades **10 (CIE 10)** de la Organización Mundial de la Salud, por la que podemos distinguir los siguientes trastornos del comportamiento alimentario:

- **Anorexia nerviosa**
- **Anorexia nerviosa atípica**
- **Bulimia nerviosa**
- **Bulimia nerviosa atípica**
- **Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas**
- **Vómitos en otras alteraciones psicológicas**
- **Otros**

A continuación se explican siguiendo dicha clasificación, los trastornos más frecuentes

1/ Anorexia nerviosa

Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo.

El trastorno aparece con mayor frecuencia en chicas adolescentes y mujeres jóvenes, y en ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres adultas hasta la menopausia.

La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

A) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.

B) Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad.

Pautas para el diagnóstico:

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

A) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal (peso/talla2) de menos de 17,5).

La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: **1)** evitación de consumo de "**alimentos que engordan**" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: **2)** vómitos autoprovocados, **3)** uso de laxantes, **4)** ejercicio excesivo y **5)** consumo de fármacos anorexígenos (que disminuyen el hambre) o diuréticos (medicamentos que favorecen la diuresis).

Distorsión de la imagen corporal persistente (verse "**gordo**" a pesar del bajo peso), de miedo a engordar o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

B) Trastornos endocrinos: como por ejemplo la presencia de amenorea (desaparición de la menstruación) en mujeres.

C) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia (aparición de la menstruación) es tardía.

2/ Bulimia nerviosa

Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida, como por ejemplo, la inducción del vómito. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

LH n.320

Pautas para el diagnóstico:

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

A) Preocupación contínua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

B) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos.

C) Las alteraciones mentales consisten en un miedo intenso a engordar y el enfermo se fija de forma estricta un objetivo de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años.

Y otros trastornos como el **trastorno por atracón,** que consiste en ingestas descontroladas y excesivas de alimentos, pero sin que el paciente realice conductas compensatorias.

3/

¿Cómo darse cuenta?

Para poder diferenciar qué síntomas de la alteración de la alimentación se presenten en el niño o en el adolescente, es muy necesario, diferenciar entre que es un síntoma normal, de uno que genere "**alarma**" al que es necesario prestar atención y consultar con su pediatra o médico de atención primaria y finalmente de un síntoma patológico, que requiere atención especializada. Los vamos a diferencias siguiendo el protocolo de la asociación española del niño y de adolescente (AEPNYA) 2008.

1. **Síntoma que implica normalidad:** un elevado porcentaje de la población femenina y un porcentaje menor de la población masculina llevan a cabo dietas restrictivas, debido a que la satisfacción producida por el propio cuerpo declina en la adolescencia "**hay que verse bien**"

2. **Síntomas de alarma:** realizar una dieta restrictiva, junto con alteración del esquema corporal o miedo moderado a engordar, en que no existe una pérdida significativa de peso (IMC>17.5). O la presencia de atracones esporádicos en ausencia de conductas compensatorias (vómitos autoinducidos, uso de laxantes o diuréticos...). O en tercer lugar una hiperfagia o disminución del apetito importante de tipo reactivo, sin otros síntomas psiquiátricos.

4/

Síntomas de RIESGO (indican gravedad):

- **Realizar una dieta restrictiva acompañada de trastorno del esquema corporal o miedo intenso a engordar.**
- **Pérdida significativa de peso** (IMC<17.5).
- **Atracones recurrentes.**
- **Atracones espontáneos y conductas compensatorias.**
- **Hiperfagia o pérdida de apetito asociados a síntomas psiquiátricos graves.**

Tras diferencias dichos síntomas, es necesario adoptar una actitud de escucha para favorecer la expresión emocional y orientar al niño o adolescente hacia la búsqueda de ayuda (pediatra, médico de atención primaria, psicólogo, psiquiatra, terapeuta de familia...). Asimismo, en caso de duda se puede y debe consultar.

5/

Principales dificultades familiares ante enfermos de un TCA *(J. Torralbas-Ortega).*

Cuando los padres tienen un hijo o un familiar con un trastorno de la conducta alimentaria, se encuentran ante una serie de dificultades en cuanto a elaborar una dieta equilibrada, con problemas de manejo emocional o conductual del paciente, por escaso control y supervisión familiar y dificultades por negativa/incumplimiento general de las pautas establecidas, entre otras.

6/

¿Cómo podemos actuar o ayudar en la familia ante un enfermo con un TCA?

Realizando una comida saludable con cinco comidas al día, evitar picar entre horas e ir al baño después de las mismas, al menos durante dos horas.También es recomendable no implicarse en exceso y evitar que el paciente con un TCA reste atención al matrimonio o a sus otros hijos, ya que ser el centro de atención refuerza y prolonga el problema. Sería necesario aumentar las responsabilidades a la edad adecuada para favorecer la responsabilidad del niño o adolescente en su buena evolución. En el plano emocional es necesario, hacia el paciente, demostrar afecto y respeto y ser paciente, ya que la recuperación lleva mucho tiempo. Ante situaciones de desbordamiento familiar o sin ellas, es muy importante que los padres compartan las preocupaciones o sentimientos que tienen con familiares, amigos o grupos de padres.

7/

¿Cómo deben actuar los profesionales ante el paciente y la familia?

Realizando un acompañamiento para proveer seguridad, confianza y disminuir los miedos, mediante una escucha activa y favorecer la expresión de sentimientos (rabia, tristeza, alegría) y la reflexión ante la toma de decisiones, con el fin de evitar los comportamientos impulsivos. Se debe facilitar que la familia acompañe y que esté presente en reuniones comunes y se promoverán los aspectos positivos familiares, como comer en familia y mantener una conversación amena sin hablar de la enfermedad en el transcurso de la comida. Es muy necesario que se favorezca aprender a hablar sobre los conflictos que se generen, no evitar ni negarlos, y finalmente que se puedan resolver de conflictos. En último término, se señalarán los aspectos negativos familiares (evitar hacerlo delante del adolescente): como pueden ser la sobreprotección, expectativas muy altas hacia los hijos que no pueden cumplir, los padres ausentes, el clima tenso, agresivo o poco afectuoso a nivel familiar, los cambio de roles familiares, familia que no pone límites, y otros.

8/

En resumen...

Es muy importante un abordaje **precoz** de las personas que sufren un TCA para favorecer su mejoría y evitar la cronicidad. El acompañamiento y la ayuda a sus familiares es un elemento muy importante en la recuperación.

Bibliografía

Protocolo de la asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNYA) 2008.

Clasificación internacional de enfermedades 10 de la Organización mundial de la salud (CIE 10).

MJ Mardomingo.
Manual de psiquiatría del niño y del adolecente.
Ed Panamericana. 2009.

LH n.320

07/2
Sufrimiento familiar ante las adicciones

Dr. Calixto Plumed Moreno, O. H.,
Psicólogo Clínico.
Escuela de Enfermería
y Fisioterapia San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

1/

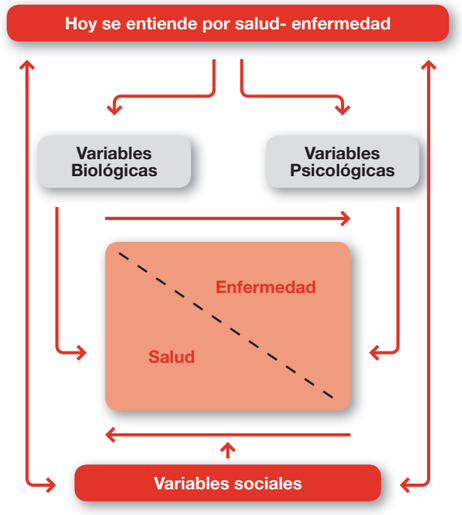
Salud-enfermedad.

A través del prisma de la **humanización,** hoy entendemos por salud-enfermedad: Un proceso único, resultante de la interacción de los procesos **vitales del individuo** y los **factores externos que le rodean,** es decir que:

A) la salud-enfermedad se sitúa en la interacción entre el individuo y su medio (concepto ecológico),

B) la salud-enfermedad resulta una vivencia inseparable, que se aprecia y valora de forma oscilante por la influencia de variables biológicas, psicológicas y sociales mutuamente conectadas, y

C) la atención es concebida como un proceso que integra los aspectos de fomento, prevención, recuperación, de forma inseparable (concepto integral).



Modelo Biopsicosocial: **Engel, 1977**
Modificación: **C. Plumed, 1996, 2010**

Así, pues "**con el término y concepto de salud se entiende todo lo que se refiere a la: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para el mejor equilibrio y bienestar físico, psíquico y espiritual de la persona**". Y "**por Sanidad se entiende todo lo que atañe a la política, legislación, programación y estructura sanitaria**"[1].

Algunas instituciones privadas[2], desde hace muchos años, han trabajado en esta línea movidas por el deseo de delimitar el problema fundamental (que comporta la deshumanización), llegando a centrarlo en el desequilibrio entre una **lógica asistencialista y una lógica evangelizadora.**

En una **lógica asistencialista:**

- La enfermedad y el dolor en general, son considerados desde un punto de vista puramente terreno.

- La asistencia responde a unos sistemas de tipo utilitarista, que se centra, casi exclusivamente, en el aspecto físico del dolor o de la enfermedad.

- La persona que sufre, en consecuencia, viene reducida a **objeto** a curar en el menor tiempo posible, sin una visión que tenga en cuenta la rehabilitación de la misma.

- Por otra parte, en nuestra sociedad de tipo **consumista** va quedando progresivamente menos espacio para la aceptación del dolor y de las secuelas de la enfermedad, al tiempo que aumentan y se detectan modos nuevos de marginación y sufrimiento, propios de un ambiente tecnificado e industrializado.

Sin embargo en una lógica **evangelizadora:**

- Se trata de descubrir en el dolor una realidad deshumanizante que repercute en toda la persona.

- Se ve y valora a la persona como un todo, que espera ser aceptada y servida a la luz de su dignidad personal.

- Se vive y expresa el servicio caritativo como **signo** mesiánico que asegura al hombre, sobre todo a los pobres, los enfermos, los marginados, que el Reino está ya presente y Dios ama y se preocupa de la humanidad.

2/

Individuo y familia como un todo.

En el individuo y en la familia que integra a cada persona en particular, se da cuanto se ha definido por algunos autores como conducta de enfermedad, que comporta la:

- **Atención concedida por el sujeto y familia a la sintomatología física y psicológica.**

- **Definición y significado atribuido a esa sintomatología.**

- **Conducta de búsqueda de ayuda a través de los diversos recursos sanitarios y personales.**

Con mayor o menor vinculación, normalmente el individuo se encuentra en contacto o inmerso en una familia y, cuando un miembro de esta familia cae enfermo, es frecuente hablar de la familia del enfermo, o de "**una familia con un enfermo**". Hay, pues, una interacción entre familia y enfermo, que la mayoría de las veces es inseparable.

La familia resulta que es, entre las muchas definiciones que se dan, **un sistema sociocultural abierto hacia el exterior, y hacia el interior del individuo. Está autorregulado y evoluciona en el tiempo en función de un fin que es garantizar la supervivencia de sus miembros, servir a sus necesidades individuales. Además estamos hablando de un sistema adaptativo complejo,**

1. Cf. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL. Carta de los agentes sanitarios. Ciudad del Vaticano, 1995, n. 9.

2. ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS. Declaraciones del LX Capítulo General Extraordinario (Roma, 12 nov.-15 dic. 1979).

cambiante continuamente en estructura y organización de forma discontinua por influencia de las variables antes mencionadas.

Ahora bien, cuando hablamos de familia, ¿de qué familia estamos hablando?, ya que las posibilidades y las realidades son muy variables.

Entre otras, nos encontramos con los siguientes tipos de familia[3]: nucleares, nucleares simples, en cohabitación, unipersonales, monoparentales, reconstituidas, con hijos adoptivos, biparentales, polinucleares, extensas, compuestas, poligámicas,… en función de los avatares de cada una y de sus miembros.

Cualquiera que sea su estructura, en su seno puede aparecer un enfermo y en nuestro caso, un enfermo con algún trastorno mental. Y estaremos hablando de una familia "sana", cuando se trata de aquella que muestra una estructura abierta y en proceso de transformación. Aquella que se desarrolla en etapas que le exigen reestructuración continuamente.

Aquella que se adapta al ambiente y mantiene continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro. Nace, crece y puede originar otras familias (diacronismo). Y que asegura la socialización del individuo (sincronismo).

En caso contrario hablaremos de familia "**enferma o problemática**". Aspectos ambos que tienen mucha importancia para el abordaje de la salud-enfermedad de algún miembro de la familia, y más tratándose de una enfermedad mental.

3/

Matización de uso, abuso y dependencia (física o psicológica) para enumerar algunas de las adicciones más frecuentes.

El hecho de saber discernir entre uso, abuso y dependencia puede ayudar a que en un momento dado podamos tomar medidas a tiempo para poner remedio a un uso abusivo que puede acabar en dependencia.

Uso: Cuando la conducta no se realiza de forma continuada. La persona es capaz de interrumpir la acción en cualquier momento que se le solicite o que lo desee para dedicarse a otra actividad, sin que ello le produzca ningún problema o disgusto.

Abuso: Cuando la conducta es desadaptativa. La persona dedica todo el tiempo que le es posible a una actividad y puede ocurrir que abandone otras, que antes le gustaban, para dedicarse exclusivamente, por ejemplo, al juego.

Dependencia/adicción: Cuando la conducta es reiterativa. La persona ha ido adaptando sus necesidades a la conducta compulsiva y suple su necesidad de emoción, compañía, reto, superación, distracción, etc.., con ello.

Busca incesantemente la sustancia, cosa o situación, hasta conseguirla como sea, sin importar nada más.

Las dependencias o adicciones puedes agruparse de alguna manera como:

3. Cf. Rev. A Vivir, n.228, marzo/abril de 2009.

Adicciones químicas:

- **Adicción a la marihuana.**
- **Adicción al tabaco.**
- **Adicción a la cocaína.**
- **Alcoholismo como droga.**

Adicciones conductuales:

- **Adicción a internet o ciberadicción.**
- **Adicción al juego o ludopatía.**
- **Adicción a las compras o compra compulsiva.**
- **Adicción al teléfono.**
- **Adicción al sexo o proceso de adicción.**

4/

¿Qué suele suceder en una familia cuando aparece en ella un enfermo o un adicto?

Bien sabemos que existen muchos mitos sobre la locura como también existe el estigma de la enfermedad mental y de la adicción:

Podemos admitir que hemos tenido una depresión, pero nunca que hemos padecido un 'brote psicótico'. Que estamos ante una enfermedad transmisible, de padres a hijos. Que abordamos una enfermedad incurable. La enfermedad mental suele considerarse sinónimo de agresividad. Y al adicto lo marginamos.

Bien sabemos, también, que la sociedad no mira bien la enfermedad mental. Los medios de comunicación y la Salud Mental no coexisten bien: los medios alarman frecuentemente más que colaboran y ayudan poco a la mejor comprensión de la enfermedad.

El enfermo mental es noticia cuando aparecen agresiones, violaciones u otras actuaciones que fomentan nuestro morbo social. Y depende mucho de qué enfermedad se trate, sea depresión, alcoholismo, drogadicción, demencia, psicosis,... así solemos reaccionar: con cierta dosis de lástima en unos casos, o de recelo en los restantes.

1. **Ante la aparición** de la enfermedad o adicción, la familia suele afrontarla de modos similares a los siguientes: Desorientación total. Confusión. Depresión, ansiedad. Consulta a conocidos o amigos. Desconocimiento, abandono, no hay respuestas, impotencia, no se entiende ¿por qué a mí? Preocupación, miedo por no saber qué hacer, cómo abordarla, miedo a la propia enfermedad.

2. **Las reacciones suelen comportarse de forma oscilante entre dos polos:**

   a) Ocultación al principio. Retirada del ambiente. Vergüenza.

   b) Quitarse al enfermo de encima lo antes posible: o a una institución o desaparecer… porque va a estar mejor atendido…

3. **Consultas profesionales:** Buscar qué es lo que se puede hacer, buscar ayuda. Con fallos y aciertos. Hay 'rebote' por las diferentes consultas. Retardo en las soluciones. Segunda opinión, no saber la evolución, Medicina alternativa. Diagnóstico.

4. **Ingreso, informes.** El ingreso puede significar un desahogo, un respiro familiar. Sienten culpabilidad por no atenderlo y dejarlo a una institución o a otras personas. Celos porque otros lo tratan mejor que yo… Recaídas y empeoramiento. Reingresos y puerta giratoria,

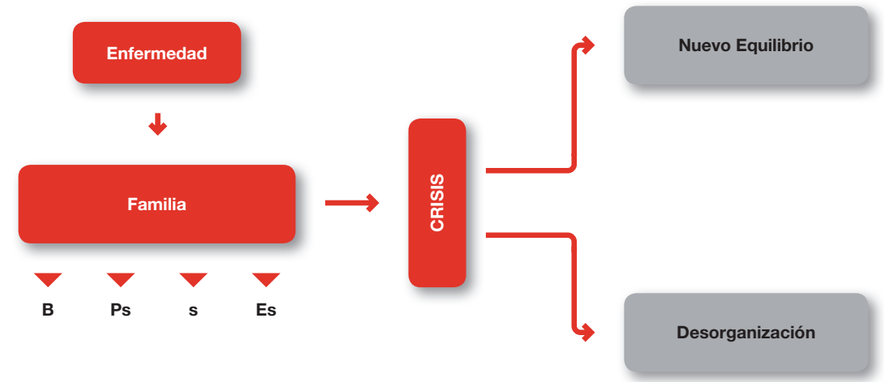
LH n.320

5. Cronificación. Vías de los servicios de Salud Mental. Ya que los aspectos económicos no se pueden abordar de forma particular por sus altos costes.

6. Consecuencias en la familia: Inseguridad económica y familiar. Desestructuración. Continuos altibajos… La familia totalmente volcada con el enfermo. Cambio de toda la vida de la familia. ¿Quién se hace cargo del enfermo de entre los miembros de la familia? Las incapacitaciones.

7. Apoyo a la familia: Enfermedades colaterales… Agotamiento, estrés. Afectividad por el suelo. Calmar a las familias. **Apertura a las Asociaciones.**

Los pilares sobre los que se apoya la familia: biológicos (B), psicológicos (Ps), sociales (s) y espirituales (Es), suelen resentirse de manera general en función de la fortaleza y/o resiliencia de la propia familia. Y este esquema podría sintetizar su comportamiento **ante la aparición de la enfermedad:**



Además, **dependiendo de la tipología de familia así será su actitud ante la enfermedad**[4]:

Tipología	Características	Actitud ante la enfermedad
Familia de desapego.	Se necesita el alejamiento del otro para sentirse independiente. Se vive el yo como frágil e infradotado.	Centrífuga
Familia simbiótica.	Extrema dependencia afectiva y temor a la soledad.	Centrípeta
Familia dependiente.	Intermedio entre las dos anteriores. La relación se vive con carácter defensivo: **temor a la relación cálida y profunda.**	Dependencia
Familia de amor maduro.	Tiene como origen el amor y no la necesidad.	Aceptación

4. Tomamos algunos esquemas de ROCAMORA, ALEJANDRO. Un enfermo en la familia. Claves para la intervención psicológica. Ed. San Pablo, Madrid 2000.

Por lo cual estas podrían ser las situaciones de la enfermedad como fuentes de peligro para el ser humano, con las respuestas familiares y actitudes terapéuticas más adecuadas:

Fuente	Efecto: ansiedad básica	Conductas niveladoras
Confusión.	Ansiedad confusional.	Información. Participación activa de la familia en el proceso curativo. Respeto por la actitud ante Dios: no anatematiza
Ataque externo.	Ansiedad paranoide.	Desidealización. Desplazamiento del agresor. Desmitificación del poder milagrero de Dios.
Vaciamiento.	Ansiedad depresiva.	Elaboración del duelo, de la pérdida. Actitud comprensiva ante Dios.

En consecuencia, la familia podrá oscilar y, en muchos casos pasar de una a otra fase, que implica la vivencia de la misma, los aspectos asistenciales, los relacionales y, en su caso los trascendentales:

	Fases			
Dimensiones				
Fases	**Vivencial**	**Asistencial**	**Relacional**	**Trascendental**
1	Confusión	Múltiples consultas	Difusión de roles	Petición a Dios, curanderos, etc.
2	Negación	Ocultamiento de síntomas. Olvido de prescripciones.	Hiperactividad. Síntomas psicosomáticos.	Ausencia de contacto con Dios.
3	Paranoide	Querellas, protestas.	Agresividad exterior.	Dios es culpable; es injusto.
4	Culpa	Sobreprotección.	Agresividad interior.	Dios me ha castigado.
5	Depresión	Sobreprotección	Agresividad interior.	Vacío de Dios.
6	Aceptación	Posibilidades y límites.	Posibilidades y límites.	Presencia de Dios.

LH n.320

5/

¿Cómo actuar con la familia de manera específica?

Podemos encontrarnos con familias en las que ha aparecido una enfermedad aguda que **es un proceso repentino y brusco de corta duración pero con destrucción grave en el individuo y en la familia.** O también, y suele ser lo más frecuente en consultas reiteradas, con una familia en la que ha evolucionado su situación hacia una enfermedad crónica, concebida como **tiempo prolongado de permanencia, con limitaciones de movimiento, sea laboral, familiar, o social. En muchas ocasiones sucede que no necesita de internamiento en una institución hospitalaria.** Y con la enfermedad mental sucede, al principio, que se pueden sobrellevar con internamientos intermitentes o como **"descarga familiar".** Más adelante, según el proceso de la salud-enfermedad, los problemas pueden agravarse al no encontrar soluciones estables y por descontado, definitivas. Qué hacer en la enfermedad aguda y, esencialmente en el caso de la enfermedad crónica, tratándose de cualquier tipo de enfermedad, máxime si hablamos de la enfermedad mental:

Proceso de ayuda

Fases	Hacer	No Hacer
Acogida.	- Escuchar. - Reflejar sentimientos y hechos. - Comunicar aceptación.	- Dar consejos. - Contar "su propia historia" - Juzgar.
Dimensión del problema.	- Dar información - Croncretización. - Evaluar la gravedad. - "Tocar fondo".	- Desiformación, "irse por las ramas". - Ignorar signos de sufrimientos.
Posible soluciones.	- Establecer prioridades. - Provocar las soluciones. Autoayuda.	- Permitir la visión en túnel. - Tolerar una mezcla de necesidades.
Acción concreta.	- Establecer objetivos y calendario de realizaciones.	- Intenar resolverlo todo ahora.
Evaluación.	- Revisión de etapas.	- No revisión.

Cuadro enfermedad crónica

Fases	Manifestación	Acción terapéutica
Desorganización.	- Ruptura de la estructura familiar. - Reorganización. - Vivencia de situación insuperable.	- Escucha activa. - Información adecuada. - Ayudar a "tocar fondo".
Recuperación.	- El miembro más alejado entra en escena. - Preocupación por otros miembros. - Se pide más información.	- Instrucciones detalladas sobre el manejo del enfermo. - Intensificar la información.
Reorganización.	- Un miembro familiar toma "a su cargo" al enfermo. - Cambios drásticos en el grupo. - Aparición de enfermedades colaterales.	- Intentar el equilibrio familiar. - Mantener los límites de los subsistemas. - Mantener contacto fluido con el entorno. Proyectos.

1. Información y formación:

Es preciso hacerlo sobre la enfermedad mental en general y más en los casos de dependencia a sustancias o conductas; sobre la concreta de su familiar, sus síntomas principales e implicaciones en el manejo conductual del día a día (límites y organización de la actividad, según necesidades, como higiene, actividades instrumentales, trabajo, ocio, hábitos de salud, comportamiento social… contratos en general, trabajo de la conciencia de enfermedad y toma de medicación, actuación ante los pródromos…); así como recursos de salud y sociales a los que acudir.

2. Apoyo emocional:

La afectación emocional suele ser la más afectada a consecuencia del impacto del diagnóstico, por la estigmatización social, sobre los problemas de conducta, y respecto de las expectativas de futuro… Se necesita un reforzamiento de las actuaciones adecuadamente resueltas y orientación ante situaciones conflictivas.

Trabajo de la autoestima, **eliminar los sentimientos de culpa** y enfoque hacia un modo de actuación **"proactivo".** Puesta en contacto con otros familiares, grupos de apoyo, etc.: **Asociaciones especializadas;**

3. Entrenamiento en habilidades:

Esencialmente sobre la expresión emocional, manejar la comunicación, fomentar la asertividad, afrontamiento y resolución de problemas… entre los mismos familiares y con la persona afectada de la enfermedad mental.

6/

Hacia un modelo integral de salud mental.

Las afirmaciones en los diversos foros proliferan según las posiciones teóricas de los asistentes o ponentes. Esto, sucede, al menos en España, en donde la reforma psiquiátrica tal vez no haya encontrado el **Modelo de gestión para el Modelo asistencial adoptado,** a pesar de los esfuerzos realizados con los diversos planes, que esperemos acierte a las mejores prestaciones.

Quienes trabajamos en un contexto bastante demagógico, en el que las ideas hay que venderlas, al coste que sea, tenemos la experiencia de encontrarnos en el terreno práctico y diario, con unos planteamientos teóricos que, en momentos rayan con la broma de mal gusto ya que afectan a las personas y, éstas indefensas, necesitadas o marginadas.

Y escuchamos a familias que no saben cómo abordar su situación, ante el agravamiento de su pariente enfermo y adicto.

Y constatamos que, las intervenciones policiales y judiciales, resultan ser las únicas que producen el efecto de búsqueda de atenciones viables.

A nosotros aquí, lo que nos importa es la **persona concreta con nombre y apellidos,** ya que nuestro concepto de enfermedad mental es **un acontecimiento indicativo en la vida humana que surge en la historia personal, familiar y social,** y nos movemos con unos presupuestos básicos que iluminan la atención.

En el marco de estos presupuestos, elaborados con la garantía que ofrece la experiencia de tantos años de maduración teórica y práctica, y constatando que los intentos de asistencia que nos circundan, no ofrecen mejores alternativas, abogamos por estas sugerencias para un **Modelo Integral de Atención en Salud Mental** que debiera ser:

A) Desde la Comunidad:

Desde la práctica asistencial, se entiende que las prestaciones, han de realizarse desde un conjunto de agentes que intervienen en la Salud Comunitaria.

Desde el análisis de la realidad cotidiana, no se trata de poner en contraposición la intervención desde la comunidad, con la hospitalización. No se entra en discusiones trasnochadas, fáciles e infantiles, como se ha hecho hasta el presente, creando enemigos teóricos y prácticos, estigmatizando la hospitalización.

La realidad sociocultural del momento, los intentos de reforma de la Psiquiatría iniciados en 1985 y la poca solidez demostrada en estos intentos, así como la inoperancia que en la práctica se ha traducido, sea por la precipitación o por la incapacidad de los agentes del "**cambio**", nos lleva a esta reflexión que **contempla la atención comunitaria implicada en la hospitalización precisa e integrada.** Sencillamente porque cuando se da la cronificación, resulta, en múltiples ocasiones inabordable la atención de la enfermedad mental desde la estructura familiar.

B) Desde la Realidad:

La motivación que anima a trabajar en este sentido, viene ocasionada al constatar que, la sociedad española en general, cuenta con una serie de recursos tanto humanos como materiales, suficientes como para poder satisfacer la demanda de atención que precisa la población referenciada.

Pero embarcarse en esta aventura, significa la aceptación de cuanto sigue:

- **Establecer un objetivo claro y único;**
- **Análisis realista de la demanda social y de la demanda familiar;**
- **Reflexión y análisis de las posibilidades y limitaciones de los Centros y dispositivos;**
- **Elaborar un plan integral e integrado, con la impronta que emana de los principios fundamentales y de la concepción de salud-enfermedad expuesto.**

C) Desde una aproximación psicológica a la persona con adicción y a su entorno:

Según una concepción holística e integral del hombre, es muy difícil diferenciar dónde acaba la acción somática y donde empieza la acción psíquica. Las implicaciones son tan estrechas que hoy enfocamos la aproximación a este tema desde la actuación integral. Hay algunos matices, cuando nos referimos a personas con gran alteración física predominante sin, aparentemente, alteración psicológica, y a otras personas que su integridad somática parece estar respetada y no así su dimensión psicológica que puede estar enmarcada en las etiquetas de la CIE-10 y DSM-5. Hay elementos que pueden ser comunes o que pueden estar presentes en ambos grupos de personas afectadas. Ya **Mariano Galve** unos años atrás **(1993)** se hacía al respecto algunas reflexiones en cuanto implica el proceso de conocimiento y las implicaciones rehabilitadoras de las personas. Se podría resumir así:

6/1

La persona afectada:

Sí mismo: Pierde el control de sus funciones vitales y puede contemplar su propio cuerpo como un objeto alienado, en modo alguno el suyo propio. Puede tener sentimientos de carencia.Descenso de la confianza en sí mismo.

Yo social: Teme de los otros, críticas, burlas, desprecios. Sentimientos de vergüenza. Puede contaminar su identidad social y aminorar sus relaciones sociales.

Repercusiones emocionales: Puede tener ideas, pensamientos y comportamientos que el propio sujeto no controla. Períodos de negación ideacional, embotamiento emocional y reducción de conductas. Manifestar tristeza, miedo, ira culpabilidad.

Alternativa del enfrentamiento o sucumbir: Sentimientos de dificultad y el descorazonamiento. Se fija en lo que no puede hacer. Es más importante la incapacidad que la capacidad. Puede tener un aspecto constructivo ante la incapacidad. Puede considerarse partícipe activo en su propia vida y en la de la comunidad.

Enfrentado a su propia rehabilitación: Se exige un ajuste a la incapacidad o una reintegración de las capacidades perceptivas y emocionales de la persona. Ha de reflejar una sensación emocionalmente integradora de la totalidad corporal y de su yo. Puede rechazar la rehabilitación o reconocer la dependencia y colaborar hacia su autonomía posible.

6/2

La familia:

La familia sufre el impacto del trastorno en su seno. Ya hemos aludido más arriba. La familia puede verse inmersa en:

Un proceso de impacto:

- **Afectando su narcisismo o intimidad nuclear: Sentimiento de culpabilidad, ira hacia el otro miembro de la pareja, o de su grupo familiar de origen...**
- **Descubrimiento de su responsabilidad. Nuevas dimensiones de sus nuevas tareas de las que será responsable. El familiar dependerá de la asunción coherente de la misma y su implicación en su rehabilitación.**
- **Amenaza a su equilibrio. Respuestas ansiosas.**
- **Aproximación a los grandes problemas prácticos a los que se tiene que enfrentar: Pérdida de ingresos, transporte, cuidados.**

Un proceso de adaptación.

LH n.320

6/3

La sociedad:

La persona necesita relacionarse. El enfermo mental y drogadicto puede sentir el posible rechazo social, o al menos parecerle. La sociedad a veces mantiene posturas distanciadoras-defensivas con respecto al enfermo mental, de la mano de los medios de comunicación, como hemos aludido.

6/4

Los profesionales:

Suelen centrarse en la rehabilitación que obedece a tratamientos. No tanto la integración psicológica del enfermo crónico. Es más rentable la primera. Pueden caer en el error de trabajar **sobre** las personas y no **con** las personas. Han de centrarse más en una perspectiva de calidad de vida para el enfermo. Su ayuda al enfermo y familia puede ser para que la persona que sufre una incapacidad se afane de nuevo por alcanzar las metas que ella misma se fije y lo consiga de manera efectiva. Para ello: aliviar el sufrimiento; fomentar la independencia; marcarse objetivos en la vida. Los profesionales interactúan con las familias. Han de tomar conciencia que la familia también necesita de una rehabilitación.

6/5

Los programas y las técnicas:

Han de facilitar la creación de oportunidades para realizar acciones acordes con el trastorno. Defensa y búsqueda de la dignidad personal. Respeto por las formas de vida, los valores culturales y determinadas costumbres de los enfermos. La rehabilitación es un proceso de cambio de comportamientos, cuya finalidad es enseñar a una persona a vivir con su limitación en su propio ambiente. Hacer hincapié en el trabajo **con** más que trabajar **sobre** las personas con enfermedad mental o adicción.

Los requisitos para los programas y las técnicas deberían centrarse en el individuo más que en el profesional. Modificar el ambiente hasta que se asemeje a una situación familiar y de hogar. Facilitar jornadas integradas, no fragmentadas. Los profesionales precisan de una mentalidad de educadores, no de curadores, colaboradores más que salvadores.

7/

Conclusiones.

Se espera con esta rápida exposición haber satisfecho los objetivos propuestos. El reto está marcado, su realización es viable, y, demuestra que podrá hacerse realidad en un futuro inmediato la atención más coherente y acorde a las necesidades de la enfermedad mental y de la adicción, englobando al enfermo y a la familia del enfermo. También hay que dejar patente, una vez más que en Salud Mental y Psiquiatría, las innovaciones en los cuidados y las terapias, son un campo inagotable. Y no podemos olvidar que la familia está implicada para paliar lo que se han llamado cuidados no remunerados de la salud[5] que alcanzan cifras asombrosas[6] y, si **no cuidamos la familia, si no tratamos bien a la familia, no hay sistema de Salud ni sistema Sociosanitario que formulen un presupuesto sostenible en ninguna sociedad.** Una vez más la rehabilitación psiquiátrica sigue siendo una asignatura pendiente. El enfermo mental crónico es el **marginado de entre los marginados y el adicto a sustancias y conductas más todavía.** Por último, en toda actuación del mundo de la salud, y más específicamente en este que nos preocupa, la Salud Mental, se precisa **más dignidad, más humanidad y mayor interés científico hacia el enfermo mental que sigue existiendo y tiene sus derechos y deberes.**

5. Cf. DURÁN HERAS, Mª.A. Los costes invisibles de la enfermedad. Fundación BBVA, Madrid, 2002.

6. "Blanca Clavijo, presidenta de la Asociación Nacional del Alzheimer, ha precisado que el coste anual de un enfermo de Alzheimer supera los 30.000 euros" (Diario Médico, 21.09.2009, p. 19).

08/Experiencias

08/1
Acompañar al enfermo y su entorno como profesional

Marcos Castillo,
Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos.
Málaga.

Todo proceso de acompañamiento, sea como profesional o no, lleva consigo cierto grado de compromiso vital. Al acompañar adecuamos nuestro ritmo al del enfermo, por lo que algo de nuestra forma de ser se va modificando. Es por esto que creo necesario presentarme. No se trata de hablar de mi vida, sino más bien de componer un contexto donde suceden las historias que quiero contar.

Mi experiencia como acompañante comienza en la Parroquia de Santa Rosa de Lima en Málaga. En ella el grupo de pastoral de la salud está muy marcado por la cercanía del Hospital General de Málaga, que se encuentra en al otro lado de la acera. Mi contacto con ese grupo de pastoral ha sido, y sigue siendo, muy influyente en mi ser profesional cristiano. En la actualidad sigo colaborando en tareas de prevención y promoción de la salud con el grupo de vida ascendente.

Durante mi periodo como estudiante universitario tuve la suerte de conocer y participar de la asociación de estudiantes de medicina IFMSA. Con ellos comencé a entender todo aquello que sucede entorno a los enfermos y que no se encuentra explicado dentro de la enfermedad. La pobreza como causa y consecuencia de enfermedad, la discriminación, la importancia del entorno social, la complejidad del individuo…

En la actualidad, estoy terminando la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria. Esta me está ofreciendo la oportunidad de vivir estos procesos con los pacientes en sus contextos vitales. Ya no se trata de leer o debatir sobre estos, sino vivirlos y dejarme influir por ellos. Esta etapa está siendo especialmente fructífera gracias al empuje que me dan unos maravillosos compañeros residentes y tutores.

Para ordenar las historias que os quiero presentar las he dividido en 3 bloques cada una. Los he escogido ya que me parecen que explican tanto las causas de las enfermedades como sus consecuencias, ocurriendo lo mismo con las causas de salud. Todo proceso de salud/enfermedad tiene unas consecuencias personales (estrictamente sobre el enfermo), familiares (hablando de su entorno más próximo) y comunitarias (laborales, amistades, socio-económicas…) cuyo análisis es fundamental para entender al enfermo.

Muchos de los nombres que aparecen en estos relatos han sido cambiados para proteger la intimidad de las personas. Todos son casos reales.

1/
Aspectos personales.

Jorge es inmigrante argentino de escasos recursos. Padece un infarto cerebral que le encama durante años permaneciendo prácticamente desconectado del entorno. Muere tras un largo y duro periodo. Llego a la vida vida de Jorge porque es un paciente del cupo de mi tutor en el centro de salud.

Marta es una mujer de mediana edad que tras un penoso periplo por pruebas es diagnosticada de mesotelioma primario. Es una enfermedad rara y de difícil diagnóstico que resulta casi siempre mortal. Marta es una madre de familia infatigable y entregada a los demás a tiempo completo. La conozco durante mi rotación rural en un pueblo de la Axarquía malagueña.

Mahfud es un joven Marroquí que cruza la frontera con Melilla para poder ser atendido por un tumor medular. Tras una primera cirugía queda recluido en silla de ruedas y se traslada a Málaga para la quimioterapia. Debido a que por meses supera la edad pediátrica, es trasladado al hospital general en lugar de al infantil. De esta forma queda fuera del soporte que reciben los pacientes oncológicos infantiles, motivo por el que es visitado por pastoral de la salud de mi parroquia. Dada la diferencia de edad de Mahfud con los agentes de pastoral, estas nos solicitan colaboración a un grupo de jóvenes. Fallece tras 3 años de enfermedad afrontada con naturalidad, realismo y fortaleza.

2/
Aspectos familiares.

Concha, la mujer de **Jorge,** se mantiene día y noche (de manera literal) al lado de este durante todo el proceso de enfermedad y muerte. Una vez vivido este proceso pasa a ser mi primera "**viuda**". Este concepto de "**mis viudas**" me lo enseña mi tutor. Hace referencia aquellas personas, generalmente mujeres, con las que un médico ha vivido el proceso de enfermedad y muerte de su ser querido.

Creándose así una vinculación especial entre el médico y la paciente que mi tutor considera sagrada, y como tal me hace valorarla. Concha está acutalmente pasando por lo que sabíamos iba a ser un duelo complicado. Ahora que trabajo con ella sin mi tutor, empiezo a entender a Concha y comprendo por qué mi tutor actuaba de esa manera con "**sus viudas**"

El entorno familiar de **Marta** es preciso analizarlo sin caer en el juicio malicioso. Marta tiene dos hijos Ni Ni Ni: ni estudian, ni trabajan, ni se interesan por la enfermedad de su madre.

Están completamente centrados en ellos mismos. Su marido acababa de dejar atrás una larga etapa de adicción al alcohol, a la que ha vuelto tras conocer la enfermedad de su mujer. Marta, como no puede ser de otra manera, está más preocupada por qué será de ellos si falta que de por sí misma.

LH n.320

En España la única familia de **Mahfud** es Malica, su madre. Otra auténtica "piedad" de nuestros días, que no se separa de su hijo en ninguna circunstancia. Mujer valiente pero sufriente. Acompañarla fue duro para unos jóvenes sin preparación ni madurez para ello. Afortunadamente siempre estuvimos apoyados por las agentes de pastoral. En Marruecos quedaban varios hermanos (uno enfermo), un padre en paro y una derrumbada por el terremoto de Alhucemas de 2004.

3/

Aspectos comunitarios.

Jorge y Concha viven en un corralón donde todos las vecinas les conocen y apoyan. Se trata de un barrio céntrico, empobrecido, donde existe una importante presencia de movimientos ciudadanos autorganizados con gran importancia en la prestación de cuidados.

En este caso es Cáritas quien más apoyos presta. Las visitas a consulta de sus voluntarias nos ayudaron mucho a la hora de entender la situación y organizar la atención sanitaria.

La vida de **Marta** se encuadra en un pueblo donde las mujeres forman fuertes vínculos comunitarios. Sus vecinas, varias de ellas familiares también, se vuelcan en los cuidados de esta y su familia. Son ellas las que se turnan para venir a la consulta, motivo por el que tardo en interiorizar esta compleja y sólida red de cuidados.

Conforme pasan los días empezamos a ver cómo enferman las cuidadoras de Marta debido a la sobrecarga física y emocional. Fue así como aprendí de ellas la necesidad de acompañar al entorno del enfermo. Yo jamás iba a cuidar de Marta como ellas lo hacían, por lo que lo mejor que podía hacer es cuidar de su entorno.

El entorno de **Mahfud,** a pesar de ser Musulmán, es la comunidad de Santa Rosa. El grupo de pastoral de la salud supo ver sus limitaciones y posteriormente las del grupo de jóvenes y actuar consecuentemente en cada momento.

Ahora con el paso del tiempo veo que hicieron con mi grupo de amigos lo mismo que aprendí a hacer con Marta. Ellas nos cuidaron con mimo para que pudiéramos acompañar a Mahfud. Son mujeres sabias que tienen interiorizados unos cuidados (y una promoción de la salud) que a mi me esta costando años de estudio entender.

Mi intención con estas historias es poder compartir esos momentos de Gracia en los que yo he podido sentir que tanto enfermo, familia y comunidad enfermaban conjuntamente.

Por tanto es mandatorio atender a estos procesos para todos aquellos que los acompañemos como profesionales o de cualquier otra forma.

A su vez, no podemos perder de vista el poder sanador que se encuentra en cada uno de estos colectivos. Será muy audaz por nuestra parte si logramos identificarlos y cuidarlos para que potencien sus capacidades de cuidar y en definitiva de amar.

08/2

Acompañar a la familia en la enfermedad: una experiencia pastoral.

Elena Iglesias,
Agente pastoral.
Clínica Nuestra Señora de la Paz. Madrid.

El texto que se presenta a continuación no deja de ser una mera reflexión en relación a una serie de vivencias personales de acompañamiento pastoral a familias de personas con enfermedad. Dichas experiencias surgen en un contexto residencial y hospitalario y tienen lugar en los centros de salud mental de San Juan de Dios (Ciempozuelos) y la Clínica Nuestra Señora de la Paz (Madrid). Estas palabras nacen de las experiencias por lo que no pretenden ser categóricas ni rigurosas respecto a los conceptos, ni generalizar o ser planteadas como recetas o **"fórmulas mágicas".** Cada acompañamiento es diferente porque cada persona es diferente.Toda presencia y cuidado del otro ha de ser personal y adaptado a las necesidades concretas planteadas o detectadas de la persona que se tiene enfrente. El pastoralista es generador de encuentro con otras personas y cada una requiere un marco temporal y espacial diferente. Respecto a la atención de los familiares de personas con enfermedad, ya en las Primeras Constituciones de la Orden Hospitalaria se hace referencia a que la pastoral ha de orientar y estar presente también para las familias de los enfermos, animándolos a que valoren el misterio cristiano del dolor y que colaboren positivamente durante la enfermedad de los sus allegados **(Cf Constituciones, 51).** Desde esta perspectiva situamos a las familias en el centro de nuestra atención.

1/

La familia de la persona enferma.

1/1

Tipología de familias y reacciones ante la enfermedad.

La tipología de familias es muy amplia, aunque sólo sea en relación al número de personas que

forman parte del núcleo más cercano, del tipo de relación existente entre los miembros o la consanguinidad.

A pesar de estas diferencias se dan una serie de características comunes:

- Cuando la enfermedad irrumpe, algo cambia. Empiezan a surgir muchos problemas algunos de ellos son vividos como si fueran sin solución.

- Normalmente una o dos personas, los cuidadores principales, se responsabilizan de la situación por distintas circunstancias, el grado de familiaridad (padres, hijos, primos, nietos,…), proximidad (órdenes religiosas o la amistad), etc...

- Quien realiza el rol del cuidador principal es quien vive una fuerte carga emocional ante la situación. Por lo que se considera adecuado si fuera posible repartir las tareas entre varios miembros de la familia.

Ante esta nueva realidad que irrumpe en las familias, surgen muchos sentimientos diferentes dependiendo del momento del proceso (primeros síntomas, reingreso, ingreso de larga estancias, etc...) y el modo o la forma en la que los miembros de la familia afrontan la nueva situación.

En el caso de los primeros síntomas, puede aparecer en las familias miedo a un diagnóstico crónico, desconocimiento o prejuicios derivados del estigma que acompaña a las personas con enfermedad mental.

Quizás en el caso de familias que están viviendo un reingreso surge el enfado ante el cambio de realidad o el desconcierto al verse superados por algo desconocido. Con el paso del tiempo y en los casos crónicos el cansancio y el desgaste también se hacen patentes y el duelo por la pérdida de su familiar sano aflora. Se podría afirmar que en la gran mayoría de los acompañamientos aparece la desesperanza, fruto del cansancio y de las dificultades que surgen en el día a día. Añadido al miedo que les produce pensar en el futuro.

1/2

La importancia del cuidado. La familia en el camino de la fe.

Al aproximarnos a la familia, no debemos obviar que por regla general son quienes mejor conocen a la persona y por su parte, los médicos son los expertos en la enfermedad. La tarea de ambos es fundamental y la familia es fuente de motivación para la persona enferma que puede llegar donde el profesional no es capaz.

El agente de pastoral puede resultar un mediador entre ambos y promover una buena comunicación, ofreciendo espacios donde poder expresarse y presentar dudas o miedos.

Cada vez más, se pone de manifiesto la importancia del cuidado del cuidador. Podríamos decir que desde la pastoral, la familia también se convierte en sujeto activo de nuestra acción. Podemos velar por el cuidado de las familias y favorecer su autocuidado, con la certeza de que repercutirá positivamente en la persona enferma.

En este caso, nuestra tarea quizás no consistiría en marcar metas u objetivos con las familias para que puedan superar este momento sino acompañarles en el camino para lograrlo. Para afrontar la enfermedad de un familiar cada uno elige su propio camino.

Se hace necesario tener algo que dé fuerzas para superar los momentos duros. El agente de pastoral puede presentar y proponer la esperanza del Evangelio y la figura de Jesús como modelo de cuidado.

Si ellos pueden vivir este proceso desde su dimensión espiritual y religiosa también podrán ser luz para sus familiares enfermos aportando fe y esperanza.

Me parece importante que cada miembro de la familia reciba apoyo y tenga su espacio propio. En mi caso personal, me gusta pasar tiempo en las salas de espera, son lugares donde las familias paran, frenan su agitada vida y aguardan la hora de visitas o la llegada de su familiar.

Encontrar alguien que les pregunte cómo están hoy o cómo se sienten puede ser algo poco frecuente, pues ellos no son la persona enferma.

En mi experiencia, este momento difícil puede generar cuestionamiento y lejanía de Dios, derivada de la falta de sentido o la necesidad de culpar a alguien de todo lo que están viviendo. Pero en otras ocasiones, la situación de enfermedad es vivida desde la fe, con paz y serenidad, sintiéndose acompañados por el Señor llegando a verbalizar que las fuerzas que están sacando para sobrellevar este momento no pueden venir de ellos, sino de Dios mismo.

2/

El acompañamiento pastoral.

2/1

"El arte de acompañar"

Realmente acompañar es todo un arte, es un saber hacer que se puede adquirir con prudencia, sabiduría y experiencia, pero en el que también hay que formarse. El objetivo del acompañamiento pasa por comprender la experiencia ajena, acoger el sufrimiento del prójimo, no generar dependencias, infundir ánimo, fuerza y esperanza, estar visible y disponible y acompañar en el camino espiritual con la certeza de que el encuentro es sanante. Como pastoralistas debemos de evitar moralizar, decir frases hechas o consuelos baratos, investigar o interrogar, decir lo que tiene que sentir o pensar y por supuesto, decir aquello que uno mismo no cree.

¿Qué se espera de nosotros? Básicamente que comprendamos sus sentimientos, que participemos de su sufrimiento (actitud empática), que examinemos juntos las dificultades y que busquemos (juntos) el sentido de su problema sin juzgar, que les ayudemos a vivir de la manera más sana posible aquello que no tenga solución[1].

2/2

Salir al encuentro, ofrecer presencia y cercanía, escucha y diálogo.

Los modos de hacer requieren en ocasiones de un método, un camino que hay que saber hacer junto a los acompañados. Acompañar exige dedicar tiempo, saber escuchar, saber preguntar, saber comprender, saber sanar heridas y saber impulsar al otro. **(Xosé Manuel Domínguez)**

Partimos de la base de que el sufrimiento sólo puede ser acompañado y respetado, pero en ningún caso podrá ser vivido por el otro. Nuestra presencia llega cuando nos sentamos junto a alguien, escuchando su realidad, en silencio.

El respeto, dar tiempo, no juzgar, escuchar y reconocer que hay cuestiones ante las que no podemos responder (sólo acompañamos las preguntas y la incertidumbre) han de ser pautas para tener presente cuando nos aproximamos al otro.

2/3

La Palabra de Dios.

Desde la Pastoral de la Salud, el sufrimiento es visto como lugar de encuentro con Dios. La imagen de Dios revelada en Jesucristo, nos muestra el compromiso de Dios para acabar con el sufrimiento.

1. "Acompañamiento Pastoral" – Máster en Pastoral de la Salud. San Juan de Dios Provincia Bética y la Facultad de Teología de Granada (2016/17)

La asunción del sufrimiento es casi la única forma de superarlo. Ello implica que el dolor, la enfermedad, se acepta en cuanto no se puede eliminar.

En este sentido me gustaría realizar un paralelismo entre el acompañamiento pastoral a las familias y el camino de Emaús **(Lc, 24).** La familia siente abandono y en ocasiones se ve sobrepasada por una situación que les impide abrirse a una nueva vida, al igual que los peregrinos de Emaús.

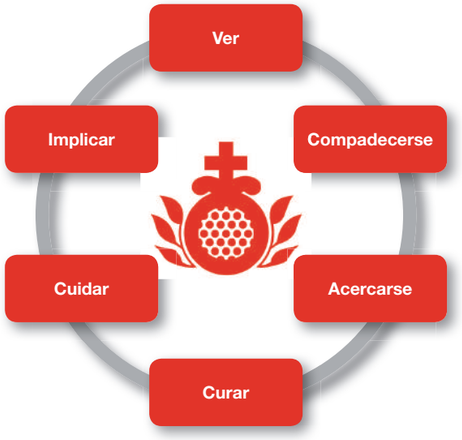
La familia está desorientada, en búsqueda, Jesús les recuerda a los discípulos que deben recibir una vida y una esperanza que nos da Dios. En ese pasaje Jesús revela otra manera de vivir, los peregrinos se encuentran desolados tras la muerte de Jesús. Cristo nos muestra el camino, de la resurrección nace la esperanza y la certeza de que el dolor y la muerte no tienen la última palabra.

3/

El modelo de atención espiritual y religiosa de la Orden Hospitalaria: El buen samaritano

Del carisma de la Hospitalidad promovido por San Juan de Dios, emana nuestro modelo de atención. Nuestra misión es la de evangelizar el mundo del dolor y del sufrimiento.

La parábola del Buen Samaritano muestra un modelo de cuidar que es seguido por San Juan de Dios y que hoy se propone como guía en la atención y cuidado en todos los centros de la Orden Hospitalaria[2].



3/1

2. Esquema elaborado por el equipo de Pastoral de la Salud de Ciempozuelos. (Junio 2017)

El trabajo en equipo. Red de apoyo.

Se plantean dar respuesta a las familias desde tres niveles de intervención: Desde los centros de la Orden Hospitalaria se promueve la realización de una atención integral, materializada en el trabajo multidisciplinar. Compartir información relevante sobre los roles y las estructuras familiares puede favorecer la mejor comprensión de cada caso.

Entre todos los miembros del equipo atendemos al paciente y su familia. A nivel parroquial, ser conocedor de las realidades de las familias y ofrecer apoyo y acompañamiento como comunidad, crea y favorece una red de apoyo con la que poder contar y en la que poder reposar y compartir sus necesidades en un contexto de fe.

Por último, puede ser adecuado promover o favorecer la participación de las familias en una Escuela de Padres (lo que resulta difícil es convivir, el día a día) o en algunas asociaciones de familias de personas con enfermedad. Poder escuchar a otras personas que están pasando por lo mismo resulta reconfortante y puede orientar los próximos pasos a seguir.

03/8
Redes sociales y pastoral de la salud

Gerardo Dueñas Pérez,
Subdelegado Episcopal de Pastoral de la Salud.
Archidiócesis de Madrid.

“Redes Sociales”, “TICs”, “nativos digitales”, “hagstag”, “followers”… ya no son términos de las **“nuevas”** tecnologías, porque no son **“nuevas”,** sino que conforman nuestra sociedad.

Los móviles ya no tienen botones y no sirven fundamentalmente para hablar para muchos de nuestros jóvenes; el correo electrónico a la generación de los 2000 les suena a pasado de moda, es demasiado texto, que supera los 140 (ahora 280) caracteres de Twitter; las nuevas aplicaciones son básicamente de compartir fotos y minivídeos instantáneos y sin apenas producción.

Nos podrá gustar más o menos, parecer mejor o peor, pero se trata de la realidad: nuestro mundo actual está tecnologizado, la comunicación ha variado, la pantalla del Smartphone, de la tablet o del ordenador es nuestra ventana al mundo y muchas veces -quizá demasiadas- el contacto fundamental con los demás.

En medio de este contexto, queremos seguir acompañando, consolando, sosteniendo, dando sentido desde nuestra vocación eclesial y personal de la Pastoral de la Salud.

Creo que no se trata de oponernos al mundo, ni siquiera de juzgarlo, sino de ser capaces de encarnar el mensaje del Evangelio, la fuerza sanadora y liberadora de la Buena Noticia de Jesús, en la realidad de nuestros contemporáneos. Esto forma parte de la inculturación de la fe que nuestra sociedad nos pide hoy.

Hemos de superar nuestros prejuicios y ser capaces de dar el salto, para estar donde está la gente…, ¿qué otra cosa si no es lo que hizo el Hijo de Dios al hacerse humano como nosotros, en el contexto concreto, en la realidad pequeña y humilde, **“pasando por uno de tantos”?**

Bill Gates afirma **“si tu negocio no está en Internet, tu negocio no existe”.** Hemos de superar la tentación de encerrarnos en nuestra propia burbuja, en nuestro espacio de confort, donde nos sentimos seguros, y, como nos invita constantemente el Papa Francisco, salir a donde

está la gente, a las periferias de nuestro mundo, con la certeza de que con internet o sin él, con redes sociales o sin ellas, el dolor, la limitación, la enfermedad y el sufrimiento continúan necesitando una palabra de vida, de esperanza y nosotros estamos llamados a ser testigos del amor incondicional de parte de Dios que hemos experimentados y estamos llamados a compartir, consolando, escuchando, abrazando, estando y dando sentido.

Hemos de ser capaces de poner la RED a nuestro servicio…, no caer en la dictadura de las tecnologías, sino usarlas como herramientas al servicio de nuestra pastoral, porque nos permite una comunicación rápida y fluida, masiva y personal, que podemos utilizar con distintos objetivos:

1. **Acompañamiento pastoral:** Es posible acompañar por whtasapp, recordar que estamos presentes, enviar ánimo; evidentemente nada sustituye el contacto personal, pero facilita el contacto cotidiano respetando también los tiempos del ayudado.

2. **Reuniones de equipo:** Podemos usar las multiconferencias para facilitar nuestras comunicaciones internas, ahorrando tiempo y desplazamientos.

3. **e-Learning:** Ser capaces de compartir conocimientos, de ofrecer formación desde las diversas plataformas que nos ofrece la realidad tecnológica.

4. **Recursos para la formación:** Son innumerables los blogs, webs, apps, vídeos, con testimonios, entrevistas, recursos formativos,… Atrevámonos a usarlas a nuestro servicio.

5. **Difusión social:** Un simple tweet puede convertirse en viral y llegar a millones de personas; sirvámonos de las redes para difundir nuestro mensaje, para evangelizar el mundo de la salud.

LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

www.sanjuandedios.net