

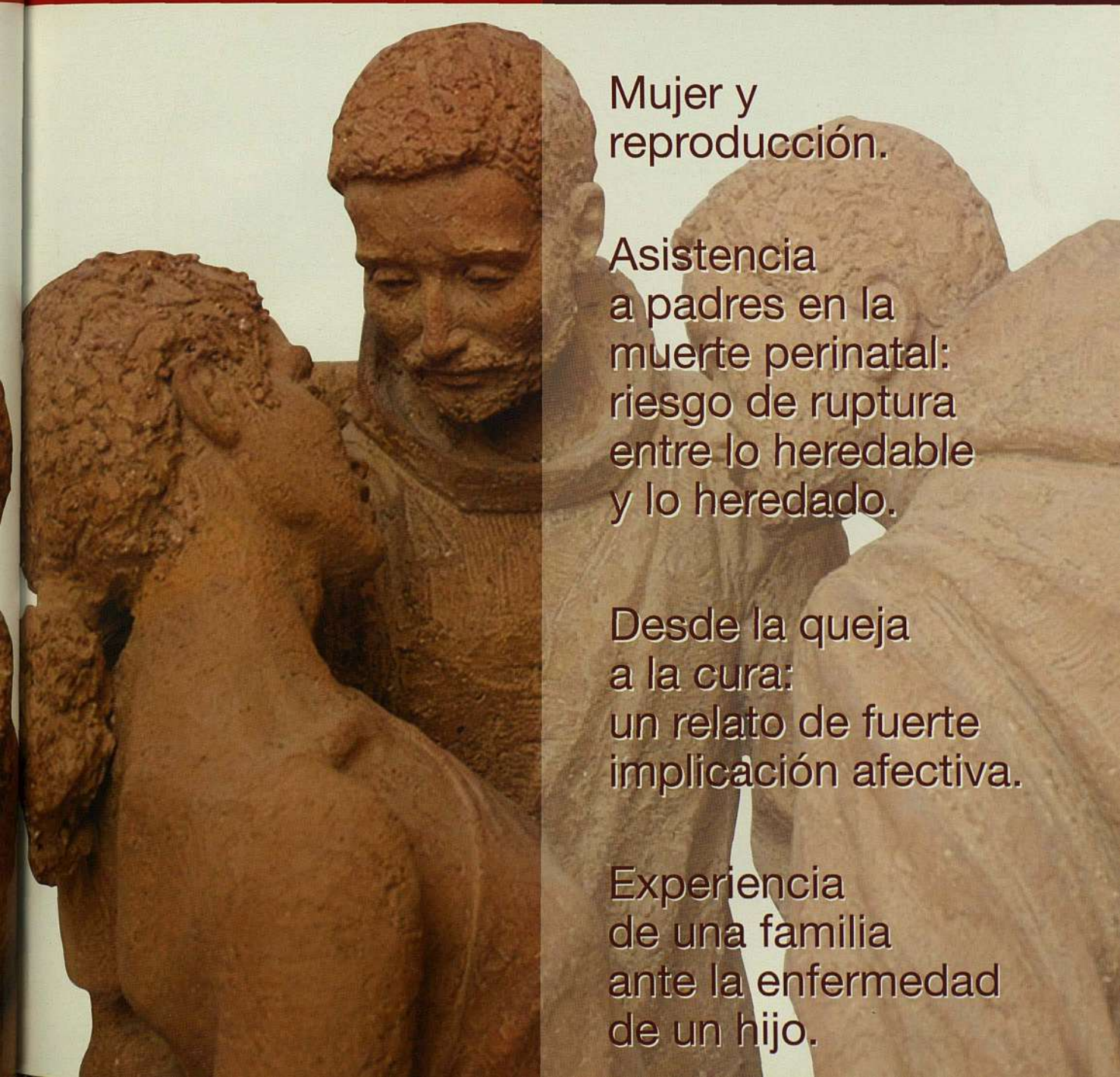
# LA BOR HOS PITA LARIA

3 - 2010

julio / agosto / septiembre

nº 297

Humanización, pastoral  
y ética de la salud



Mujer y  
reproducción.

Asistencia  
a padres en la  
muerte perinatal:  
riesgo de ruptura  
entre lo heredable  
y lo heredado.

Desde la queja  
a la cura:  
un relato de fuerte  
implicación afectiva.

Experiencia  
de una familia  
ante la enfermedad  
de un hijo.

LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA

Humanización, pastoral  
y ética de la salud

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

Año 59. Tercera época. Julio - Agosto - Septiembre 2010

Número 297. Volumen XLII

**Consejo de Redacción**

Director - Miguel Martín

Administración - Joan Lluís Alabern

Coordinación y Redacción - Maite Hereu

**Consejo Asesor**

Francisco Abel, M<sup>a</sup>. Carmen Alarcón, Miguel A. Asenjo,

Manuel Cebeiro, Esperanza Cachón, Ángel Calvo,

Jesús Conde, Rudesindo Delgado, Joaquín Erra,

Francisco de Llanos, Pilar Malla, Javier Obis, José A. Pagola

**Dirección y Redacción**

**Curia Provincial**

**Hermanos de San Juan de Dios**

Doctor Antoni Pujadas, 40

Teléfono 93 630 30 90

08830 Sant Boi de Llobregat -Barcelona-

curia@ohsjd.es

**Fotografía**

Santiago Domingo i Franquesa

**Información y suscripciones**

revistas@ohsjd.es

www.sanjuandedios.net

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

0 Editorial  
Pág. 5

1 Mujer y reproducción.  
> M<sup>a</sup> Pilar Núñez-Cubero  
Pág. 7

2 Asistencia a padres en la muerte  
perinatal: riesgo de ruptura entre  
lo heredable y lo heredado.  
> Margarita Ibáñez  
Pág. 31

3 Desde la queja a la cura: un relato  
de fuerte implicación afectiva.  
> M<sup>a</sup> Dolores Mansilla  
Pág. 39

4 Experiencia de una familia  
ante la enfermedad de un hijo.  
> Claudia Jordana Montalvo  
Pág. 57

# Boletín de suscripción:

**Año 2010**

Suscripción anual: cuatro números

España **36** €

Zona Euro **50** €

Resto **50** \$

LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA

Apellidos		Nombre		
Calle		Número	Piso	Puerta
Código postal	Población	Provincia o país		
Teléfono	Profesión			

Indique con una X la forma de pago que le interese

**Por giro postal**                       **Por cheque nominativo** adjunto nº \_\_\_\_\_  
a favor de LABOR HOSPITALARIA

**Por Caja o Banco** (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir datos)  
Banca o Caja de Ahorros \_\_\_\_\_  
Titular de la cuenta \_\_\_\_\_  
Entidad \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ DC \_\_\_\_\_ Núm. de cuenta \_\_\_\_\_

Ruego a ustedes se sirvan de tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma

Enviar esta hoja debidamente complementada a:  
**Hermanos de San Juan de Dios**, Dr. Antoni Pujadas 40,  
Tel. 93 630 30 90, 08830 Sant Boi de Llobregat

www.sanjuandedios.net  
curia@ohsjd.es  
revistas@ohsjd.es

Según ha anunciado el propio Gobierno una de las leyes a las que se va a aplicar en breve es la correspondiente a la de Cuidados Paliativos y Muerte Digna. Se espera que el correspondiente procedimiento parlamentario comience el próximo mes de abril. De hecho los trabajos para su elaboración ya se han iniciado.

Como precedente cabe anotar la Ley de Muerte Digna aprobada el pasado mes de marzo por el Parlamento de Andalucía con el respaldo de los partidos mayoritarios.

Se nos escapa la articulación de la influencia en la práctica de este entretejido de leyes tanto a nivel estatal como autonómicas, teniendo en cuenta las amplias transferencias existentes en estos campos. Pero no es, en este momento, el objeto de nuestro tratamiento.

A nosotros nos preocupa otra cosa. A vista de pájaro la elecciones municipales y en la mayoría de las Comunidades Autónomas, mucho nos tememos que se promuevan debates que no busquen tanto la respuesta a un determinado tipo de necesidades de los ciudadanos, cuanto el confrontamiento de ideologías que en este campo del valor de la vida concitan los mayores enfrentamientos (aborto, muerte...).

## Entre el temor y el temblor.

En medio de una crisis económica y social de tan profundo calado como la que estamos padeciendo nos cerca la sospecha de si debates como éste no pueden cubrir objetivos que no son precisamente los deseados. No queremos caer en el tópico de *"el país tiene problemas mayores que éste en el momento presente"*. También éste es un campo que hay que abordar e intentar darle respuesta. Y alguna vez habrá que hacerlo. Pero la experiencia nos enseña cómo determinados debates frecuentemente son utilizados por unos y por otros para despistar a los ciudadanos en el punto de mira de su interés.

El terreno que pisará esta ley es muy importante, crucial. Es la vida humana en su momento determinante de su final. Es la muerte, o mejor es el morir, y todo lo que ello conlleva. Morir en una sociedad como la nuestra, supertecnificada, con poder para poder mantener la vida biológica prácticamente mientras se desee; una sociedad que no encaja, precisamente por esa especie de "omnipotencia", el hecho de la muerte en los seres cercanos y no digamos nada la propia; una sociedad con una crisis valores no menor que la económica que tanto se menciona... En definitiva, una sociedad que pretende, sin conseguirlo, alejar de su imaginario existencial de hecho de que todos somos mortales por naturaleza.

Ojalá que el debate que el desarrollo de esta ley sea modélico. Que recoja los auténticos derechos de los enfermos en situación de terminalidad, que promueva la cobertura de los cuidados paliativos para toda la población implicada, que proteja los derechos de los profesionales de la salud que ha de atender situaciones no siempre fáciles y frecuentemente conflictivas.

Y que no descuide los derechos de las familias, afortunadamente quicio en la mayoría de los casos de la atención y cercanía humana a sus seres queridos en situación de terminalidad. En este sentido, cabría preguntarnos si junto con la acertada decisión recientemente aprobada de favorecer laboralmente a los padres que han de atender a un hijo enfermo, no sería conveniente valorar idénticos derechos al familiar directamente implicado en la atención a un enfermo terminal... No es por aquí por donde se desangra el mercado laboral.

En definitiva, que ante un reto como el que tenemos delante hay suficientes elementos como para convocar la reflexión, el diálogo y el consiguiente consenso, más allá de estériles disputas ideológicas que a nada bueno conducen. Nos jugamos demasiado.

LH

# Mujer y reproducción.

> M<sup>a</sup> Pilar Núñez-Cubero.  
*Especialista en Ginecología y Obstetricia.*  
*Máster en Bioética.*

La autora nos ofrece un repaso antropológico sobre el papel reproductivo de la mujer, además de un repaso científico sobre la reproducción y la dificultad de la misma así como su limitación. También nos expone con claridad todos los aspectos médicos y éticos sobre la interrupción del embarazo. Como bien dice el título, este artículo es un buen resumen sobre los aspectos reproductivos de la mujer. ▶

En la primeras páginas del **libro del Génesis** aparece por primera vez la palabra “**mujer**”: “*hombre y mujer, Él los creó*” y vio Dios que era bueno y enseguida hay una orden, “*creced y multiplicaos*”, consejo que encierra la posibilidad de una reproducción, específicamente humana y necesaria para llenar la tierra y someterla (Gn. 1,27-28):

*Dios me hizo mujer...Y trabajó para hacer de mí el taller de los seres humanos, tejió mis nervios... equilibró el número de mis hormonas... así nacieron las ideas, los sueños, el instinto... talló con amor las mil y una cosa que me hacen mujer cada día.*

Dos capítulos más tarde, tras la transgresión del hombre a la prueba que le había sido impuesta, y su expulsión del Paraíso, aparece el texto: “*parirás los hijos con dolor*” (Gn. 3,16) quedando así condicionado el parto al dolor. Y sigue: “*el hombre llamó a su mujer Eva, la madre de todos los vivientes*”, el legado de la reproducción.

Todas las especies creadas, están orientadas a reproducirse, pero la pareja humana presenta ciertas peculiaridades: se da una disociación entre la relación sexual y los períodos de fecundidad, la ovulación es prácticamente muda, sin ser expresión de apareamiento. La discreción amorosa de los humanos es una consecuencia de las características psicológicas del espíritu humano.

El deseo sexual y la relación sexual son comportamientos seleccionados hace millones de años. Más allá de la pulsión natural se ha desarrollado el cuerpo del sentimiento moral, de la complicidad, de la entrega y del altruismo que son esenciales de la pareja. Se ha pasado del instinto a reproducirse a la autonomización del placer y del amor.

Existe, además, una relación específicamente humana entre los genitores y sus descendientes de lo cual da cuenta el amplio concepto de la filiación. La filiación es, para los reproductores, el medio de transmitir sus genes a un linaje (descendencia), tan bien preparada como posible para la lucha por la vida, lo cual viene a ser el mecanismo

central de la evolución natural según la síntesis neodarwinista.

El **homo sapiens** ha inventado, además, la filiación por el espíritu, que puede llevar a una disociación entre este tipo de filiación y la genética, en caso de adopción o de reproducción asistida por donante, aunque en esos casos el lazo parental no es inferior, muchas veces, al de una reproducción sexuada al interior de la pareja.

La filiación por la sangre y los genes, es compartida por los seres humanos con el resto del mundo vivo. Pero los hombres y las mujeres han instituido otro tipo de transmisión: el que pasa por el corazón, por el respeto y por el amor.

El hijo de una pareja no es sólo aquel que han concebido, sino también el que han querido, el que se ha soñado, aquel cuya llegada modificará la profundidad de la relación de la pareja.

Es una filiación por el espíritu y la emoción, modelada por el compromiso compartido de los padres a amar ese pequeño porque lo han engendrado y porque se saben responsables de su existencia. La creación del vínculo afectivo es algo específico de la especie humana.

## 1. Reproducción.

Reproducción quiere decir, engendrar y producir otros seres de las mismas características biológicas. Ésta convierte a la mujer en portadora de vida, creadora como la tierra que transforma la semilla recibida.

Los primates y otras especies no humanas experimentan episodios periódicos de “**estro**” en coincidencia con determinadas épocas del año, “**la estación de apareamiento**”. En las mujeres la ovulación cíclica espontánea a intervalos de 25 a 35 días continúa todo el año desde la menarquía a la menopausia, unos 38 años.

En el chimpancé el intervalo de nacimiento es de 6 años y sólo se acorta este período en caso de muerte del pequeño y/o por interrupción de la lactancia. Esta se realiza varias veces en una hora y con continuidad nocturna.

En las sociedades primitivas se da una diferencia según sean poblaciones nómadas o sedentarias. Mientras las primeras, presentan una menarquía tardía y una lactancia larga lo cual alarga el periodo intergestacional y disminuye el número de hijos, en las sociedades sedentarias, el período menstrual aparece más precozmente y la lactancia es más corta al poder disponer de alimentos en su entorno doméstico, y por ello los espacios intergenésicos son más cortos y aumenta la posibilidad de embarazos.

Un ejemplo de esto ha podido ser estudiado en algunas poblaciones cerradas, con fuertes vínculos de carácter religioso, en algunos estados de los Estados Unidos. Los Huteritas, presentan una pubertad temprana, tienen una edad media de casamiento a los 22 años, una tasa de fertilidad de 498/1000 entre los 25 a 29 años, lo cual representa un nacimiento por mujer cada 2 años y su promedio de hijos, en 10,6 por familia consolidada.

En nuestras sociedades la mujer viene a tener la primera ovulación a los 12,5 años de promedio y la lactancia es más corta en tiempo y menos frecuente ya que no amamanta más de 8 veces al día, a diferencia de las 48 veces de las sociedades primitivas. Todo ello hace que la mujer que no utiliza métodos anticonceptivos tiene unas 500 oportunidades de embarazo, que pueden ocurrir en cualquiera de los 1500 días fértiles, si tenemos en cuenta, que una mujer es fértil 3 días de cada ciclo el de la ovulación y los dos días previos, al no tener el óvulo más que un día de vida media, a diferencia del espermatozoide con un promedio de 3 días de vida.

Otros factores se suman también en nuestro tiempo a la evolución natural de la reproducción humana como son: la nutrición, la aparición temprana de la menarquía y la ovulación.

La capacidad intelectual de las mujeres que les lleva a elegir por sí mismas la posibilidad de ser fértiles. La alimentación artificial del recién nacido y la supervivencia de los niños superando con éxito, en los países ricos, los antiguos índices de mortalidad infantil. Si la media es de 2 a 3 hijos y por cada embarazo se eliminan unos 20 ciclos ovulatorios o menstruales, lo que representa una supresión de 40 a 60 ciclos en la vida de una mujer, ¿qué control para las 500 ovulaciones posibles?. Se puede elegir la infertilidad mediante la anticoncepción, con las consecuencias evidentes que puedan derivarse, ¿en virtud del principio del mal menor?.

### *Aspectos de la reproducción humana*

Estos aspectos hacen referencia a:

- 1) *Maduración sexual.*
- 2) *La función gonadal.*
- 3) *La liberación y transporte de gametos.*
- 4) *La fertilización del ovocito.*
- 5) *La división del cigoto.*
- 6) *El transporte y la implantación del blastocisto.*
- 7) *El desarrollo del embrión y del feto.*
- 8) *La diferenciación sexual del embrión-feto.*
- 9) *Las adaptaciones maternas al embarazo.*
- 10) *El parto.*
- 11) *La adaptación puerperal.*
- 12) *La lactancia.*
- 13) *La senescencia gonadal.*

### **1.1. Maduración sexual y adquisición del sexo.**

Al cumplirse la 7ª semana de gestación que representa el final de la fase indiferenciada de las gónadas, el número de células germinales en el ovario, es de unas 10.000 células llamadas ovogonias. Desde ese momento, ya en la fase diferenciada, comienzan estas células a organizarse, y a multiplicarse de forma rápida, de manera que durante el 2º trimestre del embarazo pueden llegar a unas 6 a 8.000.000.

Hacia la semana 20ª del embarazo se transformarán en ovocitos primarios, todavía con un número de 46 cromosomas.



A partir de ese momento se inicia la división meiótica, que queda interrumpida en la Profase de la 1ª división celular, tiempo en que los pares de cromosomas (paterno y materno) se modifican, plegándose, estirándose, rompiéndose y mezclándose, lo que supone un intercambio o mezcla entre el material génico del padre y de la madre.

Este estadio permanecerá así hasta el momento de la pubertad en que previamente a la primera ovulación, el ovocito habrá completado su primera división meiótica, dando lugar a un ovocito secundario y un corpúsculo polar, ambos ya con un número haploide de 23 cromosomas.

Sólo en caso de fecundación el óvulo completará la 2ª división meiótica, para dar origen a un segundo corpúsculo polar con 23 cromosomas, y a un ovocito maduro fecundado con sus 46 cromosomas, mitad del padre, y mitad de la madre.

Mientras dura este período, el ovario ha ido perdiendo parte de sus ovocitos primarios, hasta llegar a 1 a 2.000.000 al nacimiento, y sólo a unos 300 a 500.000 en el momento de la pubertad o entrada en función del ovario. De ellos sólo 400 a 500 serán seleccionados para la ovulación.

## 1.2. Función gonadal.

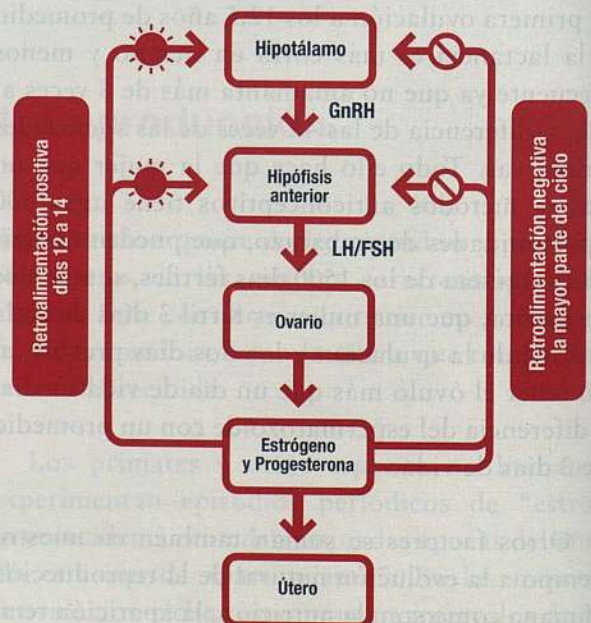
La función gonadal comporta la producción de hormonas, de forma cíclica o mensual, lo que constituye el ciclo hormonal o ciclo ovárico que representa en nuestro caso el florecimiento de la feminidad, y la **ovulación** o liberación del óvulo o gameto.

Las hormonas del ovario bajo control de las hormonas hipotalámicas e hipofisarias, activándose o frenándose entre sí, contribuirán a preparar el organismo femenino para acoger y albergar el inicio de una nueva vida si hubiera una gestación, o deshacer el camino andado y recomenzar a prepararse para un nuevo ciclo.

## 1.3. Ovulación.

Un sistema de coordinación entre cerebro, hipotálamo, hipófisis y gónada, se autorregula, mediante un sistema de retroalimentación positiva o negativa, para permitir la liberación de un óvulo en cada ciclo, y permitir que pueda ser fecundado.

Si no ha habido fecundación en la segunda fase de ese ciclo no fecundado, se desarrolla un escaso número, una "cohorte" de folículos, con una cavidad y líquido interno, los llamados folículos antrales, que irán creciendo, hasta el 5º a 7º día del ciclo actual, en que uno solo de ellos, el folículo dominante o seleccionado, controlará: a) su crecimiento hasta llegar a su maduración y liberación, b) el medio endocrino y c) la preparación de las vías reproductoras, al mismo tiempo que a través del eje hipotálamo-hipofisario induce la atresia de los otros folículos. Cuando se estimula la ovulación, dentro de la asistencia médica a la reproducción, estos folículos se desarrollan también, de manera que no se pierden varios óvulos en cada ciclo, sino que se recuperan algunos de los folículos destinados a la atresia, evitando una pérdida del capital folicular del ovario.



#### 1.4. Fecundación.

Si hay fecundación, el cuerpo de la mujer reacciona y desarrolla múltiples modificaciones para permitir el desarrollo del embarazo y mantener la vida del embrión y feto.

La fecundación es un proceso y no un momento como siempre se había pensado, la unión de ambos gametos precisa de una duración aproximada de 24 horas, y consta de 2 fases: la **capacitación** o poder fecundante del espermatozoide, el paso de la corona radiada del óvulo, la penetración de la pelúcida y su impermeabilización posterior para bloquear el paso a otros espermatozoides; y la **fertilización**, fase en que el ovocito completa su 2ª división meiótica y expulsa su segundo corpúsculo polar.

#### 1.5. La división del cigoto.

Los pronúcleos masculino y femenino se acercan mutuamente, pierden la membrana nuclear, quedando libres los cromosomas de ambos en el citoplasma, de esta célula, llamada cigoto.

Se organiza entre sí el material genético de ambos progenitores y solamente se volverá a formar una membrana nuclear al completarse la primera división celular, momento en que pasará a llamarse embrión.

El cigoto no tiene todavía la **capacidad de transcripción o expresión de su genoma** y sólo la adquirirá en la fase de 4 a 6 células cuando haya formado su sistema "**Human Leucocytic Antigen**" (HLA) o identidad inmunológica del nuevo ser.

#### 1.6. Implantación.

La organización del embarazo, su establecimiento y mantenimiento está determinado por los tejidos fetales. El feto envía mensajes a la madre en un sistema bidireccional de comunicación que es esencial para la implantación correcta.

Este sistema consta de 2 brazos: uno placentario o endocrino y otro paracrino o extraplacentario.

A partir del 6º al 7º día, desde la fecundación, se inicia el **proceso de implantación**, fenómeno complejo de intercambio de información entre el blastocisto y el endometrio de la madre. El factor hormonal materno es esencial para asegurar la implantación cuyo proceso se completa, hacia el 12º día en que queda totalmente envuelto y anidado en el espesor de la mucosa uterina o endometrio. A partir de este momento, quedan asegurados el desarrollo y la nutrición, de tal manera que un embrión no implantado, no podrá continuar el crecimiento ni el desarrollo.

#### 1.7. El desarrollo del embrión y el feto.

El embrión, primero, y a partir de la 8ª semana el feto, juega un papel dinámico en este proceso dirigiendo la orquestación de su propio destino. En primer lugar interactúa en su propia implantación a partir del 6º día de la ovulación, no siendo el endometrio esencial ya que puede implantarse en cualquier otro tejido. El blastocisto, unas células agrupadas en una masa que no se parece a nada y que representan tanto, es el factor determinante de la implantación con su síntesis de proteínas y con la transformación o "**decidualización**" del endometrio materno que se despliega para recubrirle.

Desde el momento de la fecundación, el trofoblasto rescata el cuerpo lúteo en ovario mediante la producción de una hormona **HCG (Hormona Gonadotropina coriónica)** para mantener la función e hipertrofia del mismo, y mantener la secreción de progesterona, fundamental para el desarrollo de las primeras semanas del embarazo, hasta que la placenta toma esta función a partir de las 8 semanas del embarazo.

Asimismo modifica la expresión trofoblástica de los antígenos del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA) para facilitar la aceptación del injerto fetal, y una vez terminada la implantación,

(día 12 a 14), suprime la expresión de los antígenos HLA de los tejidos extraembrionarios que entran en contacto directo con las partes maternas, mediante un fenómeno de camuflaje, para mantener la aceptación del injerto fetal semialogénico.

Se da también un aporte fetal a la endocrinología del embarazo. Los cambios hormonales son enormes en variedad y cantidad, debidos a la función embrio-fetal y placentaria, tanto directa, como indirectamente: síntesis de estrógenos a partir de esteroides suprarrenales; síntesis de progesterona a partir de lipoproteínas plasmáticas maternas y síntesis de cortisonas y mineral corticoides.

La nutrición embrio-fetal, se realiza mediante un secuestro placentario de nutrientes. El sincitiotrofoblasto primero y la placenta después, extrae y secuestra los nutrientes esenciales a partir de la circulación materna.

El feto es un exigente y eficiente parásito que cumple con sus exigencias sin tener en cuenta el coste para el organismo materno, así rara vez se da una anemia fetal, mientras que el hierro desplazado al compartimento fetal puede producir una anemia en la madre.

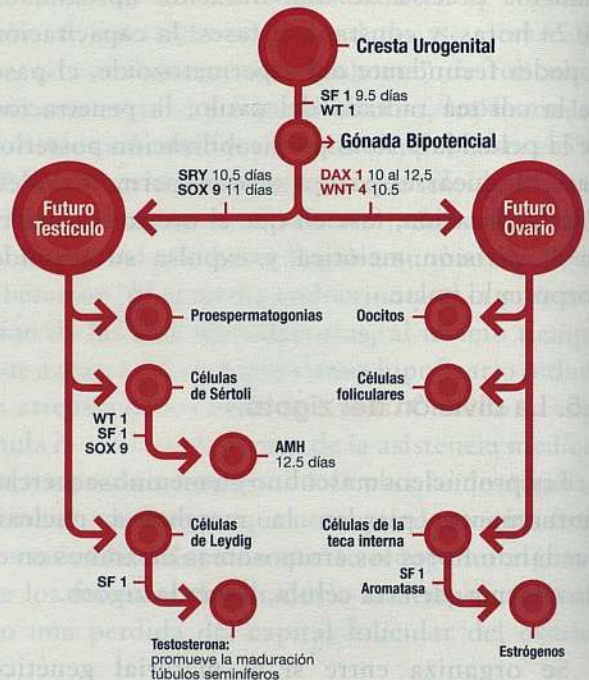
No hay comunicación directa entre sangre materna y fetal, la madre deja extravasar su sangre desde donde se realiza el intercambio con la sangre fetal, a través de la pared de los vasos fetales. Solo alguna vez puede haber rotura de algún vaso, y pasar sangre del sistema embrio-fetal, al sistema materno, pudiéndose encontrar algunas células fetales en la circulación materna.

Una vez implantado, el embrión continúa su desarrollo. El día 14 tiene la forma de un disco embrionario de tres hojas, alrededor de un eje (notocorda) que empieza a curvarse tomando forma humana. Entre los días 16 y 21 comienza la angiogénesis y formación de la red vascular.

El día 18 posee un corazón primitivo que comienza a latir irregularmente el día 21 y lo

hace de manera regular a la 5ª semana. A las 8 semanas, prácticamente concluida la organogénesis o formación de los órganos, pasará a denominarse feto.

*Una nueva vida ha iniciado su camino, aún la barriga no crece y ya los hijos brillan en los ojos de la madre.*



### 1.8. La diferenciación sexual del embrión y feto.

Las células germinativas primordiales se originan a la 3ª semana de la gestación.

A la 5ª semana comienza la formación de las gónadas, a modo de dos excrescencias en el mesenterio dorsal, gónadas todavía indiferenciadas.

Hacia la 6ª semana las células germinativas inician su migración hacia las gónadas.

A la 7ª semana se diferencian dos partes en cada una de ellas, de las cuales la parte cortical evolucionará a ovario y la parte medular a testículo. (Las siglas corresponden a los genes que intervienen).

### 1.9. La adaptación fisiológica de todos los sistemas maternos al embarazo.

Todos los sistemas del organismo materno han de adaptarse fisiológicamente al espacio y al mantenimiento del embarazo, al desplazamiento de sus órganos y a la sobrecarga que para muchos de ellos supone el aporte al feto.

Y aunque el embarazo es una función fisiológica del organismo femenino, pueden darse algunas patologías derivadas del embarazo mismo, hemorragias, alteraciones placentarias etc... o por la compresión y el desplazamiento de sus órganos, sobrecarga de la circulación o reacción a productos de origen fetal. Los estados hipertensivos del embarazo, las dilataciones varicosas, alteraciones de la coagulación, el prurito... son una manifestación de ello.

*El embarazo es, sin embargo, un tiempo privilegiado en que la madre y el hijo tejen lazos indispensables que condicionan el futuro.*

En este largo camino de 9 meses de evolución puede darse el fracaso o **pérdida del embarazo**, un aborto espontáneo, debido a múltiples causas fetales y/o maternas.

La pareja y especialmente la madre lo vive con una sensación de frustración o de fracaso, por la pérdida en sí y por el brusco descenso de los niveles hormonales en sangre. *Ya no será madre. Lo ha sido unas semanas, tiempo suficiente para descubrir la impresión mágica de albergar la vida.*

Hoy día, hay que salvar otro escollo, el **Diagnóstico Prenatal**. La pareja se pregunta ¿estará sano nuestro hijo? Y la medicina nos ofrece ahora una serie de técnicas cada vez más precisas sobre el estado del feto.

Estos métodos pueden ser de carácter invasivo, como la Biopsia de vellosidades coriales (entre la 7ª y 9ª semana) la amniocentesis (12ª a 14ª semana), la funiculocentesis (30ª semana), la biopsia fetal, o la fetoscopia, reemplazada actualmente por la ecografía tridimensional.

Estas pruebas pueden producir una pérdida del embarazo, por el mero hecho de la prueba en sí.

También existen métodos no invasivos como el triple screening (determinación de **hCG**, alfafetoproteína y estriol) indicador de riesgo y la ecografía con sus variantes de Eco-doppler, Eco-cardiograma, y Ecotridimensional, y ya en el tercer trimestre, la monitorización fetal

Un resultado indicador de alteración fetal lleva a una situación problemática de difícil decisión para la pareja, a quien se debe ofrecer acompañamiento psicológico y tiempo, para que puedan deliberar y tomar su decisión, bien informados y suficientemente formados y bien acompañados, ya que no le toca al médico imponer su decisión.

### 1.10. El Parto.

Salvados los obstáculos y cumplido el tiempo, se da un cese de la participación fetal al mantenimiento del embarazo mediante el cese de la aquiescencia uterina. El feto controla, así, su destino determinando el momento del parto.

Múltiples pueden ser las ayudas obstétricas a un nacimiento feliz. En los últimos 40 años, parece haberse roto el maleficio del "*parirás con dolor*", mediante la anestesia peridural y la preparación al parto sin dolor. Y, un instante después, poco importa ya, el dolor y el tiempo de espera, con la alegría de tener un hijo.

La llegada de un hijo brinda un nuevo y profundo significado a la mujer. Ahora ella es otra, y su vida tiene otro sentido, Y tal vez sea esta nueva identidad la que le permita un crecimiento interior en amor, servicio y entrega a sus hijos. *Es que ahora, además de mujer, es madre, "la palabra más bella pronunciada por el ser humano" (Kahlil Gibran). La primera etapa de relación entre la mamá y el bebé es de enamoramiento.*

¿Y cómo es este "devenir madre" para aquellas que no llevaron a su hijo en el vientre?

En la adopción “ese acto de amor y generosidad inconmensurables”, generalmente la madre tiene un tiempo antes de que llegue su bebé para imaginárselo. Y cuando llega el bebé, “*las madres adoptivas desarrollan una sensibilidad especial que les permite conectarse con él y producir ese estado de enamoramiento tan importante para los dos*”, como afirma **Marcela Anteby**, psicóloga de los servicios de adopción.

### 1.11. La adaptación puerperal.

En los días que siguen al parto, el organismo de la mujer inicia su regresión al estado previo, de forma rápida al inicio y progresivamente más lenta, hasta recuperar su estado fisiológico normal, que va a depender del período de lactancia y de la duración del mismo, pero que volverá a la recuperación física del cuerpo con el embellecimiento, además, de la maternidad.

Dejando aparte algunas complicaciones de relevancia médica, en algunos casos la depleción hormonal, alterando el eje neuro-endocrino, puede llevar a la mujer al estado de la llamada “*depresión del post-parto*” que no conviene ignorar, para poder ayudar a la mujer.

### 1.12. Aporte del feto a la lactancia materna.

Las hormonas del embarazo (estrógenos, progesterona, prolactina y cortisol) actúan sobre los tejidos mamarios maternos produciendo procesos óptimos de maduración morfológica y bioquímica.

La progesterona se comporta como agente de lactogénesis, y la prolactina induce la bajada de la leche. A partir de ahí la lactancia se mantendrá mediante un reflejo nervioso al estímulo de la succión con respuesta hormonal y producción de leche y mediante la propia producción hormonal.

La acción del recién nacido apunta a asegurar su propia existencia.

La reproducción ha convertido a la mujer en madre y el hecho de ser madre cambiará su vida de mujer. Este cambio supone el compartir la experiencia de tener un hijo. La adaptación a unos cambios horarios en función de la atención al pequeño. La instalación de una nueva relación de pareja. La aparición de una nueva escala de valores, provocada por el temor a que algo le ocurra al hijo, hace plantearse el hecho de la muerte, del sufrimiento o la enfermedad.

Un hijo parece sensibilizarnos a las injusticias y nos impulsa, en muchos casos, a hacer algo por los demás. La conquista de la maternidad, lleva a la mujer a recuperar a la propia madre. El trabajo y la preocupación ya no tienen fin. Escribió cierta vez un poeta, que los ojos de las madres continúan brillando en la penumbra de la noche aún después que todas las luces se apagan.

## 2. La Infertilidad o la dificultad a la reproducción.

*Encuentro sin faltar, parejas, dos a dos, con la cara sombría ante la incapacidad de transmitir la vida. Sus “rictus” traducen siempre la falta de llegar a la expresión última de un amor común que es el amor del hijo.*

Parece que toda persona posee, inscrito en lo más profundo de él mismo, el deseo secreto de alcanzar la inmortalidad por su propia descendencia. Porque, frente a la muerte, la única respuesta no espiritual que el hombre haya encontrado es el hijo.

El deseo de tener hijos es universal, no es una cosa nueva del mundo de hoy. La reproducción siempre fue un destino lógico que no estuvo ligado nunca a la voluntad del hombre o de la mujer. En tiempo pasado, y todavía hoy, en las sociedades tradicionales de los países más desfavorecidos,

el hecho de no tener hijos era o es interpretado como un castigo divino y motivo de repudio a la mujer por parte del marido y su familia.

Tradicionalmente el proyecto personal, la función social y también el designio natural de toda mujer fue siempre el de procrear, lo que justifica que la palabra infertilidad o esterilidad tenía una connotación acusatoria e incluso persecutoria, constituyendo un estigma de incapacidad sobre todo para la mujer, a lo largo del tiempo, según civilizaciones y culturas.

La infertilidad es actualmente interpretada bajo 3 perspectivas principales:

1. como **dolencia o condición**, desde un punto de vista biomédico, en cuanto afecta el pleno funcionamiento orgánico de la mujer
2. como **incapacidad o deficiencia** desde un punto de vista psico-social, en cuanto hace inviable la realización de una función que es común a otros de la misma especie
3. como **limitación o circunstancia**, desde un punto de vista filosófico, en cuanto obliga a la persona a confrontarse con su propia finitud.

En las últimas décadas se considera esta situación como dolencia o condición, dolencia crónica, incurable muchas veces en sus causas, pero controlable en sus efectos y se ha orientado su tratamiento a una nueva forma de procreación que inicialmente se llamó reproducción artificial, para más tarde pasar a llamarse reproducción asistida por tratarse, más bien, de una asistencia al proceso natural de reproducción, alterado en ciertos casos.

A esta situación se añaden unos cambios importantes de nuestra sociedad: el concepto de bienestar, que no es sino la búsqueda de la felicidad de la que ya nos hablaba la Grecia antigua; el reconocimiento del ejercicio de la autonomía en las decisiones sobre nuestro cuerpo y sobre el mundo que nos rodea, sobre el qué, cuándo y

cómo, en este caso de la maternidad, con el recurso a este tipo de reproducción, si procede.

Hay que añadir que los cambios sociales han aumentado la infertilidad conyugal, como consecuencia de una situación de stress; el aumento de las enfermedades de transmisión sexual; el efecto secundario de los anticonceptivos; las complicaciones de las interrupciones voluntarias del embarazo; o el retraso en la edad de la primera gestación.

Otras demandas de la asistencia a la reproducción, vienen marcadas por la pérdida de confianza en los tratamientos clásicos, la no disposición a esperar, el deseo genésico de solteras y viudas, el retraso de la primera gestación cediendo los gametos previamente para congelación y uso posterior, la posibilidad de diagnóstico preimplantacional, el deseo genésico tras tratamientos con quimioterapia o esterilizaciones previas, o la selección de gametos en portadores del virus de la inmunodeficiencia.

Entendemos como técnicas de reproducción asistida, cualquier manipulación de los elementos reproductores humanos sean células germinales, gametos, cigotos o embriones, con el fin de conseguir la procreación por medios asistidos o no-naturales.

Su objetivo es maximizar las posibilidades de fertilización y de embarazos viables: la culminación de estas técnicas y su aceptación en la sociedad vino marcado por el nacimiento de **Louise Brown**, primer bebé probeta (así se le llamó) del mundo.

Atrás quedaban el número de tentativas, el número de embriones perdidos y congelados, ante la realidad de haber conseguido un embarazo a término con feto vivo por fertilización "*in vitro*" y trasplante de embrión "**FIV-TE**"

Dentro de estas técnicas tenemos que considerar:

- La inseminación artificial homóloga o conyugal (**IA**) y heteróloga o de donante (**IAD**)

- La fertilización “**in vitro**” y trasplante de embrión, sea homóloga o conyugal o heteróloga, de donante, tanto de gameto masculino como femenino (**FIV y FIVTE**)
- La transferencia de embriones, congelados en ciclos anteriores, previa descongelación de los mismos, que pueden ser de la pareja o donados (**TE**)
- La “**Gamete Intrafallopian Transfert**” o **GIFT**, transferencia de ambos gametos en el tercio externo de la trompa, reproduciendo la fisiología normal de la fecundación.
- La **transferencia del cigoto ZIFT**, al tercio externo de la trompa
- La **transferencia intratubárica de embriones (TET)**
- La maternidad subrogada, también conocida como madres de alquiler, según la cual el embarazo es llevado a cabo por otra mujer, ajena a la pareja,
- La clonación sea por gemelación o por transferencia nuclear (técnica que al parecer no ha dado todavía niños vivos, ya que el experimento de la secta de los raelianos, no ha sido confirmado ni aceptado por la comunidad científica).
- La partenogénesis, por implantación en un óvulo con número haploide o “n” de cromosomas de otro núcleo haploide o por estimulación del núcleo del óvulo para duplicar el número de cromosomas (técnica tampoco en actividad por el momento, aunque el 24 de noviembre de 2001, un equipo de **Worcester, Mass. USA** comunicaba en “**Scientific American**” la obtención de embriones humanos jóvenes por clonación y embriones partenogenéticos ([www.sciam.com](http://www.sciam.com)).

La activación partenogenética se activaría con calcio ionoforme después de 2 a 3 horas de la fusión eléctrica en la fase de metafase II y lavados por diferentes sustancias.

La implantación del embrión se realiza hacia el 5º día, al iniciarse la fase de blastocisto, y puede consistir en una simple transferencia del embrión (generalmente varios, con un número óptimo de 3 embriones) o por micromanipulación, tratando el trofoblasto para favorecer la implantación del embrión, técnica denominada “**hatching**” del blastocisto o “**implantación asistida**” (**SAH**).

Hoy se han desarrollado técnicas complejas para favorecer el desarrollo del embrión y su implantación ulterior. Así tenemos:

- 1) el paso por 3 medios de cultivo secuenciales que reproducen el medio ambiente natural del camino que ha de recorrer el embrión por la trompa, hasta llegar al útero.
- 2) la vitrificación previa a la criotransferencia ulterior mediante una congelación rápida fase de 2PN.
- 3) la congelación ultrarápida o vaporización con N-3 antes de la inmersión.

Todos los tratamientos para favorecer la reproducción asistida, no están exentos de riesgos: inmediatos (reacciones de hiperestimulación del ovario o riesgos derivados de la aspiración de los folículos) o tardíos (patologías ováricas o mamarias) todavía sin evaluar.

Debemos considerar que no todos los métodos de asistencia a la reproducción tienen las mismas implicaciones éticas, tampoco existe el derecho a un hijo, ya que sólo se tiene derecho a una cosa, a las cosas, pero nunca se tiene derecho a alguien.

Sin embargo entre permitirse todo o abstenerse de todo, hay una importante deliberación a realizar antes de acceder o dejar de aceptar aquellas técnicas que no implican a terceros. (**Ver Labor Hospitalaria nº 273, 3-2004, La reproducción asistida en el siglo XXI: ¿bebés a la carta?**)

### 3. La limitación de la reproducción.

Siempre a lo largo de la historia, algunas parejas han puesto límites a la reproducción.

La Biblia nos relata, en el libro I de las Crónicas, el pecado de Onan (coitus interruptus) y el onanismo posterior. Hipócrates y la Escuela de Cos dieron centenas de recetas contraceptivas y Aristóteles escribía que cuanto más se prolonga la vida, más se necesita la contracepción.

Pero es, ya en el siglo XX, una vez que se perfila la sociedad de bienestar, que nuestras sociedades pierden el “útero social” y no hay cabida para las familias numerosas. La limitación de la natalidad, se impone y surgen múltiples métodos contraceptivos.

Esta sociedad del siglo XX-XXI tiene un marcado carácter hedonista que considera la sexualidad como placer y que ha llevado a una disociación entre sexualidad y reproducción. Reclama, al mismo tiempo, el ejercicio de la autonomía en las decisiones sobre el cuerpo, entre ellas, el control de la reproducción.

Hace una búsqueda utilitarista del placer como felicidad, cuando sostiene una concepción psicológica de la sexualidad y no como moralidad. Valora el aspecto lúdico de lo sexual.

Se ha dado en ella el paso de una sexualidad anti-hedonista y reproductora a la sexualidad hedonista y no-reproductora de la que son buen exponente los grupos **DINKS**: “**double income, not kids**”. Y promete el mito de la realización sexual como camino más rápido para conseguir la felicidad: la mejor realización de la persona.

Es desde esta óptica que se puede constatar como la industria de la sexualidad mueve millones en películas, videos, libros, revistas...

explotando el deseo sexual de hombres y mujeres. El gasto en este campo, según algunos expertos, ocupa el segundo puesto en el ranking mundial, sólo después del armamento.

Más que de limitación de la fertilidad habría que hablar de Orientación y Planificación:

Orientación: Información y consejo a las parejas sobre como planificar su familia desde la óptica de una paternidad responsable: “*amar a los hijos y atender debidamente la tarea de la educación y formación de los mismos*”.

Planificación: derecho de la pareja a tener los hijos que desee y poder espaciar los nacimientos.

Los métodos son múltiples: métodos tradicionales; métodos naturales; métodos de barrera; métodos hormonales: monofásicos -bifásicos-trifásicos en parches -anillos- implantes; la intercepción (métodos que no impiden la fecundación, pero dificultan la implantación); la contracepción (método que elimina una gestación implantada); la administración de Anticuerpos antiesperma y antizona pelúcida; la esterilización definitiva; métodos masculinos hormonales y definitivos (vasectomía); y métodos mixtos o vacunas para ambos.

La decisión final ha de ser siempre de la pareja teniendo en cuenta diversas consideraciones: médicas, psicológicas, personales, familiares, sociales y religiosas, después de haber recibido una información objetiva y completa de cada método, que tenga en cuenta los aspectos médicos y los aspectos éticos.



## 4. La reproducción no deseada y la interrupción del embarazo.

Hoy grupos de mujeres, llamadas “activistas” o “feministas”, reclaman el cacareado derecho reproductivo, como el derecho a decidir el cómo y cuándo de la reproducción, y es cierto que nadie tiene derecho, salvo consejo médico, a influenciar una pareja sobre su deseo genésico y el número de hijos que ellos han decidido tener, pero hoy se invoca ese derecho para interrumpir un embarazo y deshacerse de una vida humana ya en camino, y llamada a desarrollar un proyecto de persona con todos sus derechos.

El aborto o interrupción del embarazo, viene siendo practicado desde la más remota antigüedad por diversas razones que más adelante señalaremos. La práctica del mismo ha sido sancionada durante 40 siglos, el tiempo que va entre el **Código de Ur Namu (Caldea)** en el s. XX a. de J.C., hasta bien entrado el siglo XX en el que comienzan a introducirse la primeras leyes a favor del aborto.

Las razones o motivos hacían referencia a un “control de nacimientos” o al rechazo a un “embarazo no deseado”, aún cuando no se definiera con esa terminología, por razones socio-económicas, sobre todo en colectivos marginales o marginados.

También se recurría al aborto para encubrir, las consecuencias de relaciones extraconyugales, o lo que aparecía como una deshonra a los ojos de la sociedad si una mujer soltera quedaba embarazada o para la familia cuando la gestante era una menor no emancipada y por tanto a cargo de sus padres.

Hoy, el aborto ha adquirido unas proporciones insospechadas, se le despoja, en muchos casos, de toda valoración moral, e incluso se banaliza

la vida. Hemos entrado en el siglo XXI de la mano de unas sociedades autonomistas, que reclaman el ejercicio de la autodeterminación sobre el propio cuerpo, proclaman la libertad sexual conquistada en mayo de 1968, mientras la ciencia intenta definir a partir de qué momento el embrión o el feto deja de estar en estado constituyente, para poder llegar a expresar en toda su extensión el propio programa genético, bajo la influencia de la epigenética y mediante el diálogo materno-fetal.

Las reacciones en ambos sentidos han hecho correr ríos de tinta y de palabras y es de temer que la polvareda levantada, se quede en lucha política que impida ver con claridad todos los engranajes y valores que están en juego, para que el conocimiento de ellos, oriente nuestras actitudes y decisiones hacia un respeto de la vida naciente, y también al respeto que toda persona merece, sea de una u otra tendencia que condicione sus decisiones, pues vivimos en una sociedad plural y secular.

### 4.1. Aspectos médicos

La **Organización Mundial de la Salud -OMS- (1977)** ha definido el aborto como la muerte, por expulsión o extracción de la madre, del producto de la concepción, es decir de un embrión o de un feto de peso inferior a 500 grs. independientemente del tiempo del embarazo. Este peso fetal de 500 grs. viene a corresponder a unas 22 semanas de amenorrea. La muerte sería: **Precoz**: si acaece desde la concepción hasta la semana 12; y **Tardía**: después de esa semana 28. Las pérdidas precoces, suelen deberse a causas ovulares y las tardías a causas maternas.

En general hablamos de:

- **Aborto: hasta la semana 22, en la literatura anglosajona hasta las 20**
- **Parto inmaduro de la semana 22 a la 24 ó 25**
- **Parto prematuro de la 24-25 a la 34**

- *Parto pretérmino de la 35 a la 38*
- *Parto a término de la 38 a la 41*
- *Parto postérmino (gestación cronológicamente prolongada) desde la semana 41*

Dentro del aborto tenemos que considerar: el Aborto espontáneo o no voluntario y el Aborto provocado (**o INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**).

**a) Aborto espontáneo**

Corresponde a aquellos embarazos que se pierden por causas intrínsecas, independientes de la voluntad de los progenitores. Si nos atenemos a la edad gestacional algunos hablan de **aborto temprano** cuando todavía no ha sido diagnosticado el embarazo. Según la **OMS**, el embarazo comienza cuando el embrión ha completado su implantación en la cavidad uterina materna, aunque no se puede ignorar que el cigoto y el embrión preimplantatorio están ya, en ese momento, en período de embriogénesis.

En la vida real y en las mejores condiciones aproximadamente un tercio (27%) de los óvulos fecundados muere antes de ser diagnosticado en el período que va de la concepción a la implantación y puede manifestarse como un retraso menstrual mínimo seguido o no de una "regla" más abundante.

Mientras que hablaríamos de **aborto post-diagnóstico**, cuando el embarazo se pierde después de haber sido diagnosticado y representa aproximadamente un 10%. Hoy el embarazo puede ser diagnosticado antes de que la implantación se haya completado, es decir antes de que la mujer presente una amenorrea.

La pérdida espontánea de la gestación puede presentarse de diversas maneras, y así se habla de:

- **Amenaza de aborto:** cuando existen signos de alarma: saco ovular de límites imprecisos o irre-

gulares; vesícula plana de límites irregulares; crecimiento lento o exagerado de la vesícula; alteración de la refringencia; implantación baja; huevo no-embriionado; muerte del embrión (ausencia de latido cardíaco).

- **Aborto inevitable:** cuando las condiciones obstétricas muestran que no se podrá conservar ese embarazo (metrorragia importante, dilatación cérvix...).
- **Aborto en curso:** cuando se ha iniciado ya la expulsión (saco ovular en cérvix...).
- **Aborto consumado** cuando se ha realizado la expulsión pudiendo ser completo, si la imagen ecográfica denota un útero vacío o incompleto, si quedan todavía restos embrionarios o placentarios en el interior.
- **Aborto diferido:** cuando se observa la interrupción del desarrollo, y no se percibe el latido fetal, pero no se dan todavía signos de expulsión.
- **Aborto iterativo** o habitual, varios abortos espontáneos seguidos.

En el aborto espontáneo los niveles hormonales maternos, generalmente han iniciado un descenso, signo de la inviabilidad embrionaria o fetal.

Etiología del aborto espontáneo. Las causas pueden ser múltiples:

- 1) **Ovulares** o del propio embarazo que representan el 50% de los abortos espontáneos, también llamados antiguamente, "huevos abortivos" por no poder desarrollarse, lo cual constituye una forma de selección natural y que pueden ser debidas a:

**Aberraciones cromosómicas:**

- **monosomías** ..... 15%
- **trisomías**..... 54%
- **trisomías dobles**..... 3%
- **triploidias**..... 19%
- **tetraploidias**..... 4%
- **anomalías en la estructura cromosómica**

Malformaciones congénitas incompatibles con la vida estén ligadas o no a la herencia.

2) *Maternas*: estas causas pueden deberse a:

1. *Alteraciones del ovario:*

insuficiencia del cuerpo lúteo

2. *Alteraciones de la trompa:*

déficit en sustancias nutritivas

3. *Alteraciones uterinas:*

3.1. *orgánicas:*

malformaciones del aparato genital

3.2. *funcionales:*

insuficiencia hormonales  
o del endometrio

4. *Procesos generales del organismo materno:*

- infecciones específicas
- infecciones inespecíficas (fiebre)
- afecciones de los sistemas orgánicos
- trastornos carenciales (anemias, avitaminosis, malnutrición)
- trastornos endocrinos: páncreas, tiroides, hipófisis, suprarrenal
- factores psicossomáticos

5. *Agresiones extrínsecas:*

- radiaciones
- medicamentos
- intoxicación profesional
- toxicomanías
- traumatismos

3) *Fallo del diálogo materno-embrio-fetal*

en el que se han de dar circunstancias locales, hormonales, genéticas e inmunológicas, que pueden ser susceptibles de alteración y de fallo del intercambio y aceptación entre ambos.

El tratamiento a seguir va orientado al mantenimiento del embarazo, según la causa: reposo en cama ante una amenaza de aborto, tratamiento hormonal si procede o un estudio hormonal o genético en caso de aborto iterativo o de repetición.

b) *Aborto provocado o interrupción voluntaria del embarazo*

Se trata de la expulsión o extracción voluntaria de la gestación. Y se han catalogado según las "causas", mal llamadas por algunos, "indicaciones".

*Aborto terapéutico*

Un aborto provocado puede considerarse terapéutico cuando la continuidad del embarazo pone en peligro la vida de la mujer gestante y cuando la prosecución del embarazo suponga un riesgo tan grave para la madre, que haga previsible la pérdida de su vida.

En este caso debe tenerse un grado de certeza de que la interrupción irá seguida de la curación o mejoría ostensible de la enferma (**Gonzalez Merlo**).

Es decir cuando de no hacerlo se perdería la vida del feto y de la madre conjuntamente con él.

Un ejemplo de ello puede ser la evacuación del útero en caso de amniorrexis espontánea con feto no viable, a los primeros signos de corioamnionitis o infección endouterina. Estos casos no pueden ser catalogados de aborto provocado, sino de tratamiento de una enfermedad intrauterina.

*Aborto "humanitario" o "ético"*

Es el aborto provocado cuando el embarazo ha sido consecuencia de una acción violenta, como por ejemplo, la violación. No es frecuente, por el mismo ambiente de violencia y por la coincidencia con la fase ovulatoria y habría que considerar otras alternativas humanitarias como la adopción, situación difícil de aceptar.

*Aborto psicossocial*

Es el aborto provocado por razones de carácter social o psíquico: problemas de vivienda, razones económicas, mujeres solteras, relaciones extraconyugales, razones del momento... es en sí un embarazo no-deseado.

El aborto es empleado como un método más de control de la natalidad. Ha sido la causa más

frecuente de demanda de aborto en el mundo y frecuentemente por razones poco relevantes.

#### *Aborto selectivo o eugenésico:*

El embarazo es en sí deseado, pero ante un feto portador de malformación única o múltiple se solicita un aborto. Estas malformaciones pueden ser graves, serias o leves y hay que considerar que la connotación moral es diferente cuando se trata de una malformación grave, sin ninguna o con muy poca expectativa de vida al nacimiento.

El 50 % de todos los abortos aparecen como "legales" pero es difícil de evaluar porque países como China y la URSS no los declaran, ni tampoco conocemos las cifras de los países pobres o en desarrollo.

#### *Técnicas que se emplean para el aborto*

- Evacuación mediante raspado.
- Aspiración uterina o succión: minisucción llamada "regularización menstrual"
- Solución hipertónica en el L.A.
- Prostaglandinas en administración intraovular, intravenosa o intramuscular. Hoy: prostaglandinas intravaginales o por vía oral tipo **Mifepristona (RU-486)** o **Misoprostol**.

#### *Secuelas*

Aunque éstas han mejorado al hacerse con mayor seguridad, todavía existe un grado de

#### **1. MORTALIDAD:**

que en condiciones higiénico sanitarias óptimas representa el 0,4 / 100.000 en abortos legales a las 8 s.a. 17 / 100.000 en abortos legales a las 16 s.a. CAUSAS: sepsis, hemorragia, perforación uterina.

#### **2. MORBILIDAD:**

- Sinequias o adherencias intrauterinas.
- Infección, y Enfermedad Inflamatoria Pélvica.
- Incontinencia o insuficiencia del cervix.

- Alteraciones de la coagulación.
- Problemas psicológicos más o menos importantes; **CULPABILIDAD**, hasta en un 59 %, según el **Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Londres**.

Hasta bien avanzado el siglo XX, el mayor número de abortos se daba por razones psico-socio-económicas, y con una "compasión" hacia la madre en dificultad, se aconsejaba el aborto como posibilidad liberadora, como si no se pudiera ofrecer a los marginados de la sociedad una mejor ayuda que la "humanitaria" de facilitarles el aborto.

Otras veces se condenaba a la mujer, haciendo un sinnúmero de reflexiones, incluso de tipo religioso, totalmente inadecuadas a la realidad.

No se había llegado a conseguir que todo el mundo pudiera coincidir en un hecho: en que todos habíamos de trabajar para hacer que el aborto fuera lo más perentorio posible, creando unas condiciones sociales más justas para todos.

Y sin lograr el control de esta situación, desde el final del siglo precedente y el comienzo del nuevo milenio, se plantea hoy la interrupción voluntaria, "IVE", o la interrupción legal del embarazo "ILE" desde otras vertientes.

#### *El aborto a lo largo de la historia*

##### *a) El aborto fortuito*

El "Código de Ur-Nammu" (Caldea, s.XX. a. de J.C.); "Lipit-Ishtar" (Mesopotamia, s.XIX a. de J.C.) y el "Código de Hammurabi" (Babilonia) establecen sanciones para "los que con sus malos tratos causan el aborto a una mujer".

##### *b) El aborto provocado*

En Grecia, Aristóteles en su "Política", se inclina por un "límite fijo para la procreación" y si alguna persona tiene un hijo en contra de esas normas "debe practicarse en ellas el aborto" (para él la línea divisoria entre el aborto legal y

el ilegal quedará señalada por el hecho de que el embrión tenga o no sensación y esté vivo).

Motivo del aborto: razones políticas que cada ciudad tenga un número limitado de habitantes. De esta época es el Juramento de Hipócrates y no adquirió auténtica vigencia hasta el cristianismo: *“Me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos y practicaré mi arte de forma santa y pura”*.

#### c) El aborto contestado

El cristianismo rechaza el aborto por razones morales. Es incuestionable que la moral cristiana estuvo presidida desde sus orígenes por el principio de “defensa de la vida”.

**Justino** a mediados del s. II definía al cristiano como aquel que profesaba la doctrina de defender la vida y medio siglo más tarde **Tertuliano** escribe que a los cristianos les está prohibido el destruir un feto por tratarse de *“un hombre que está en camino de serlo”* (Apol. 9,8). La oposición cristiana al aborto es un sólido testimonio en favor de su preocupación por la vida.

#### d) El aborto justificado

La modernidad fué seguida de una progresiva secularización de la vida y por tanto de una divergencia creciente entre las instancias eclesiásticas y civiles: la ciudad de Dios y la ciudad terrena.

**Malthus** en su tesis sobre la discordancia, *“producción / población”* lanza el interrogante ¿quien tiene derecho a la vida? *“¿acaso pueden exhibir mayores derechos los embriones no nacidos que las personas adultas que todos los días mueren de hambre?”*.

**Francis Place** se declara partidario de un estricto *“Birth Control”*, pero aún entonces -mediados del s. XIX- las leyes tanto en Europa como en América siguen rechazando el aborto libre, y las legislaciones más permisivas sólo contemplan el caso del *“aborto terapéutico”*.

#### e) El aborto legalizado

La despenalización y la legalización acontecen bien entrado el siglo XX

1) *Ley rusa*: por razones sociales en 1920 con la planificación demográfica.

2) *Ley nazi*: ya en 1920 con Alfred Hoche se introducía la *“posibilidad de la destrucción de la vida sin valor”*. Pero es la ley nazi de 1933, modificada en 1935 la que introduce el aborto por *“razones eugenésicas”* o perfeccionamiento de la raza.

#### 3) Legislación abortista de los países occidentales:

Los países escandinavos, en 1935, admiten por razones de salud el *“aborto terapéutico”* muy ampliado; las razones pueden ser de tipo físico, psíquico o social. Por SALUD se entienden todos los aspectos del bienestar humano.

La Ley danesa en 1937 lo entiende así y luego la Ley sueca en 1938. Y sólo 10 años más tarde, la O.M.S. en 1946 definiría la salud como: *“estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”*.

La década de los 70, una vez que se considera motivo suficiente para el aborto cualquier tipo de amenaza al bienestar pueden suprimirse las leyes despenalizadoras y decretar simplemente su legalización. Ya no se tipifican motivos, dado que todos son válidos y el aborto pasa a ser objeto de una relación privada entre un médico y un paciente.

El bienestar se constituye en criterio para diferenciar lo bueno de lo malo; lo justo de lo injusto; lo deseable de lo indeseable. Ha surgido toda una cultura y una ética del bienestar, con el Estado como árbitro supremo y el médico como juez.

Hoy, la mayoría de los países europeos tienen el aborto despenalizado o legalizado, hasta una edad gestacional variable que difiere de unos a otros.

Y algunos países imponen un período de reflexión: de 1 semana en Francia; 3 días en Bélgica... entre la demanda de una interrupción legal del embarazo, y la realización de la misma.

En nuestro país, la **ley 9/1985** dice:

*El aborto no será punible si se practica por un médico con el consentimiento de la mujer, cuando concurren algunas de las circunstancias siguientes:*

1. *que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o para la salud de la embarazada.*
2. *que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación, previsto en el artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.*
3. *que sea probable que el feto haya de nacer con graves patologías físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el pronóstico desfavorable conste de un dictamen emitido por dos médicos especialistas distintos del que intervenga a la embarazada.*

El primer supuesto ha permitido que el aborto fuera libre en nuestro territorio porque ¿qué es “enfermedad grave” física o “psíquica” de la madre? Y ¡sin límite de tiempo!

Hubo después del 85 un proyecto de ampliación de esta ley, incluyendo otro supuesto, “**por razones socio-económicas**”, que no prosperó, pues de hecho la salud “psíquica” de la madre, permitía prácticamente el aborto a demanda.

Hoy el proyecto de reforma de esta ley tiene el trasfondo de La nueva sociedad del siglo XXI.

La llamada sociedad del bienestar es una sociedad que reclama el ejercicio de la autonomía

en las decisiones sobre el propio cuerpo y sobre el mundo que nos rodea, sobre el qué, cuándo y cómo de nuestros proyectos incluido el control de la reproducción. Pero ¿da esta autonomía el derecho a la destrucción de otro cuerpo?.

Más aún se habla de derecho reproductivo, y es comprensible que nadie puede imponer a una pareja el número de hijos para constituir su familia y que se debe ayudar a las parejas infértiles a llenar el hogar con el gozo de los hijos, pero de la misma manera que no existe el “derecho a un hijo”, sino los derechos del hijo, el derecho reproductivo no puede incluir el derecho al aborto, como grupos feministas preconizan con el slogan “**nosotros parimos, nosotras decidimos**”.

Vivimos en una sociedad plural y secular. No somos una sociedad de código único, sino de código múltiple, de “extraños morales” donde no cabe una comunidad dotada de contenido. Las personas no tenemos en común suficientes premisas morales o normas de demostración e inferencia moral para resolver las controversias morales a través de una argumentación racional válida.

Mientras que en las sociedades de “amigos morales” las personas comparten suficientes elementos morales concretos para poder solventar sus diferencias a través de argumentos racionales válidos o a través del recurso a una autoridad moral, que ambos reconocen como derivada de una fuente distinta del consenso o el acuerdo entre las partes.

No toda la sociedad hace la misma valoración del aborto, ni es receptiva a poder aceptar un juicio al respecto.

La conquista de la libertad sexual ha llevado a la sociedad a una nueva valoración sexual como el paso de una sexualidad anti-hedonista y reproductora a otra hedonista y no-reproductora (**DINKS: “double income, not kids”**); una consideración lúdica de la sexualidad y no comprometida con la responsabilidad de un embarazo.

**El progreso de la ciencia.** Un mejor conocimiento del proceso de la vida desde su inicio más temprano ha llevado a plantear la gran cuestión: ¿a partir de qué momento esta nueva vida contiene todos los elementos propios de un individuo humano?

El conocimiento de la genética y de los programas genéticos que el embrión y después el feto han de realizar para poder expresar el propio programa contenido en su código genético, bajo la influencia de los factores epigenéticos y mediante el diálogo entre la madre y el hijo, ha llevado a desestabilizar el cuándo del inicio de la vida, más un proceso que un momento.

Hace pocos años, la discusión estaba en las 2 primeras semanas de la vida, al concluir la implantación, definir la individuación, e iniciar el desarrollo de lo que será el esbozo del sistema nervioso central propio de la especie humana.

En este momento ese inicio se ha trasladado hasta la semana 8ª o 10ª a partir de la fecundación, en virtud de los programas genéticos. Pero se pide el aborto libre hasta las 14 semanas.

Dos objeciones, sin embargo, aparecen en este entretendido, la primera es que la ciencia apasiona y el desarrollo embrio-fetal también. Es maravilloso el diálogo materno-fetal, pero no se puede constatar, por razones éticas y científicas, al no poder analizar el día a día del desarrollo embrio-fetal, para precisar en qué momento se cumplen los distintos programas fetales.

Y no se puede olvidar que la ciencia es una forma de conocimiento de la naturaleza, basada en la observación, fundada en la lógica y confirmada por la experiencia, que busca un grado de certeza en la interpretación de esos fenómenos.

La segunda objeción, es que la mayoría de mujeres que han iniciado un embarazo, -y hoy es posible saberlo antes de los primeros 14 días, es decir, antes de que la implantación se haya completado-, éste sigue espontáneamente su curso normal a las órdenes del código genético y de la estrecha relación madre-hijo, si las patologías no lo impiden o si no se interrumpe de forma voluntaria. ¿no dice el poeta que la barriga no ha aumentado todavía y el hijo brilla ya en los ojos de la madre?

### Dimensiones del aborto

La valoración cuantitativa se expresa en cifras o TASAS y hablamos de:

- Tasa bruta de abortos: nº de A /1.000 habitantes.
- Tasa general de abortos: nº de A /1.000 mujeres en edad fértil (entre los 15 y 44 a.de edad)
- Proporción abortos / nacimientos: nº de A / nº de niños nacidos vivos. Esta proporción está entre 1/4 a 1/3 Se han dado cifras de 4/1 pero es anecdótico. La frecuencia viene condicionada entre la máxima restricción contraceptiva a la máxima permisividad abortiva. En el mundo se inducen entre 30 a 55.000.000 / año.

En nuestro país<sup>1</sup> el porcentaje de interrupción voluntaria del embarazo "IVE", entre los 15 y los 19 años ha pasado a ser del 0,14% en 1987 al 14,87% en 2007. La media de edad de las mujeres que abortan está entre los 20 y los 29 años, y en esta media de edad, generalmente se trata de mujeres solteras.

A partir de los 30 años, el mayor número de "IVE" corresponde a mujeres casadas, viudas o divorciadas, de las cuales el 51% manifestaban no vivir en pareja.

1- He tomado como fuente los datos de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, de 2007 por vivir en esta autonomía, pero las cifras son extrapolables al resto de las autonomías. En cuanto a la frecuencia en número ocupan los tres primeros puestos las comunidades de Baleares, Cataluña y Madrid de forma alternativa según el año. Las últimas del rango, Ceuta y Melilla, Galicia y Cantabria

El 96,9% por ciento de las "IVE" se realizan en centros privados extrahospitalarios y sólo el 3,1% en centros hospitalarios.

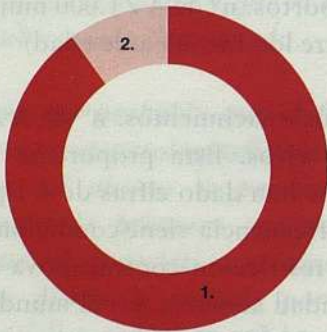
Si nos atenemos al nivel de educación, el 33,2% de las mujeres tiene un nivel de primer ciclo de Secundaria. Y según la situación laboral, el grupo más numeroso, corresponde a trabajadoras por cuenta de otro; y siguen las que realizan sus labores, las mujeres en paro, las estudiantes, las

profesiones laborales y las tasas más bajas se dan en las empresarias.

En cuanto al motivo de la solicitud, el 97% corresponde a ese gran cajón de sastre que representa el concepto de salud física y psíquica de la madre y sólo el 3,0% a la suposición de malformación fetal. La práctica de "IVE" por casos de violación no llega al 1/10.000, solo 2 sobre 23.799 casos de demanda.

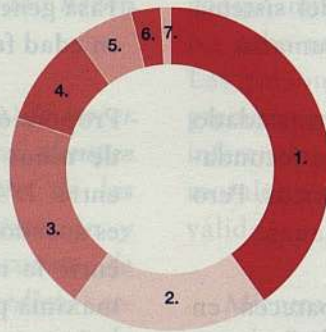
**Figura 1:**  
Aborto legal según causas

- 1. Salud materna
- 2. Malformación fetal



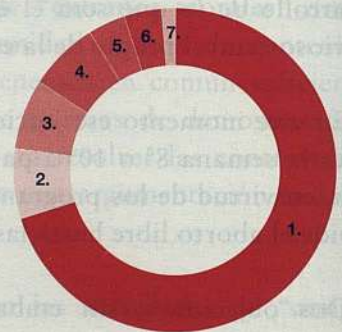
**Figura 2:**  
Aborto legal según nivel de estudios

- 1. 2.ª. Primer ciclo
- 2. 2.ª. Segundo ciclo
- 3. Primaria
- 4. Escuelas secundarias
- 5. Universidad
- 6. Sin estudios
- 7. Otros

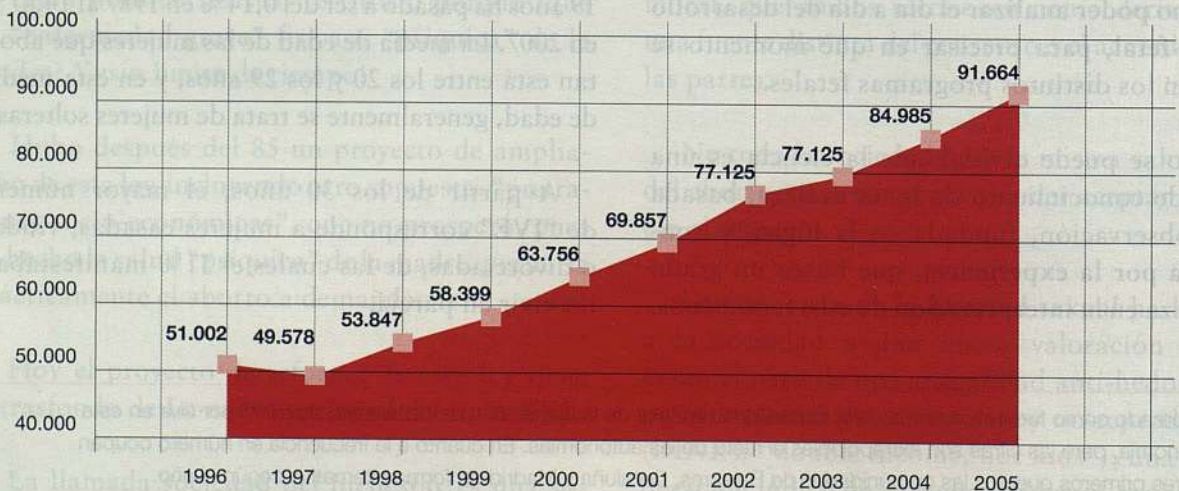


**Figura 3:**  
Aborto legal según situación laboral

- 1. Trabajadora por cuenta de otro
- 2. Estudiante
- 3. En paro
- 4. Sus labores
- 5. Empresaria
- 6. Profesión liberal
- 7. Otros



**Figura 4:**  
Total de casos de interrupción del embarazo





## Aspectos éticos

El aborto, dice el teólogo americano **Richard McCormik**, es un asunto:

- moralmente problemático
- pastoralmente delicado
- jurídicamente espinoso
- sin normas claras desde la perspectiva médica
- humanamente angustioso
- periodísticamente sujeto a abuso
- tratado con prejuicio a nivel de los individuos y
- ampliamente realizado

Despierta apasionadas discusiones, cuando se habla de liberalizar las leyes que lo prohíben.

Desborda la discusión académica y se convierte en terreno de lucha y opiniones encontradas en favor de unos derechos humanos: los del feto; los de la madre; los del médico; los de la sociedad en general.

Las discusiones se centran en: cuándo comienza la vida humana y qué protección hay que dar al feto cuando hay valores en conflicto.

En el aborto: la cuestión principal no es cuándo comienza la vida humana, sino cómo la sociedad debe valorar la vida humana no nacida. Lo que está en juego es el derecho a la vida del más vulnerable y necesitado.

Las graves proporciones que alcanza el aborto inducido y las justificaciones que se dan para ello, nos fuerzan a admitir que nos encontramos ante una realidad trágica.

Desde una **Ética cristiana** y más concretamente católica, la Iglesia ha expresado esta situación en el texto siguiente:

*Dios, señor de la vida, ha confiado a los hombres la insigne misión de conservar la vida, misión que ha de llevarse a cabo de modo digno del hombre. Por tanto la vida desde su concepción ha de ser salvaguardada con el máximo cuidado... (GAUDIUM SPES, 51).*

Un poco en la misma línea se manifiesta en Francia "**Le Comité Consultatif National d'Éthique**", que considera al embrión persona potencial y así lo expresa en su Informe nº 08.

*"El embrión humano desde la fecundación pertenece al orden del ser y no del tener, de la persona y no de la cosa o del animal. Debería ser considerado éticamente como un sujeto en potencia, como una alteridad de la que no se puede disponer sin límites y cuya dignidad señala los límites al poder o dominio por parte de otros".*

**M. Alain Claeys** en su grupo de estudio para la revisión de las leyes de bioética de Francia en 2001, señala: "*sobre la noción de pre-embrión, el informe reconoce una ausencia de significación*". Y añade el genetista **Pr. Axel Kahn** en el mismo informe. En efecto "*el embrión no cambia de naturaleza*".

La Iglesia ha rechazado siempre y decididamente la praxis del aborto en virtud del Derecho del feto a la vida. Condena el **aborto directo**, la expulsión o extracción directa del embrión o feto.

Admite el llamado **aborto indirecto**, en casos concretos de enfermedad materna:

Cáncer del útero con indicación para retirar el órgano con la gestación o la Gestación ectópica o extrauterina. En caso de conflicto de valores entre la vida de la madre y la vida del feto se debe tratar a la madre aun cuando el tratamiento tenga como consecuencia indirecta la expulsión del feto.

Se aplicaría el principio del doble efecto, administrando el tratamiento indicado para la madre aunque tenga como efecto secundario el aborto, siempre y cuando no haya otro tratamiento para el caso sin este efecto.

También admite el **Aborto terapéutico** -que hoy se plantea escasamente-, por las buenas terapias médicas y sobre todo porque el feto es viable entre las 24,3 y las 25 s.a.- cuando la supervivencia de la madre se encuentra comprometida

por la sobrecarga del embarazo. Una de los casos más frecuente es aquel en que de no actuar se perderían las dos vidas. Un ejemplo de ello puede ser el de una madre embarazada con trasplante renal previo y en el que el riñón comienza a fallar como sobrecarga del embarazo.

Otras solicitudes hacen referencia a casos difíciles que hieren la sensibilidad del ser humano como la violación, el incesto, o el diagnóstico prenatal de una anomalía congénita.

Cada caso ha de resolverse a nivel individual y no hay nadie que tenga una respuesta clara, definitiva y universalizable. Se puede y se debe hacer el análisis de los "motivos" y de la "intención", sin condenar, pero sin aprobar, con compasión, firmeza y respeto de la libertad (que no quiere decir participación).

La última decisión es de la madre y prevalece la conciencia personal debidamente formada. Al mismo tiempo que los profesionales tienen el derecho a la objeción de conciencia.

Con todo la Iglesia deberá defender el principio de defensa de la vida y su primacía, colocándose al lado del más indefenso y débil, y puesto que da valor a esta vida incipiente, pide para ella "el respeto que merece la persona", y afirma la dignidad del ser humano, como ser a imagen y semejanza de Dios. Y está en su perfecto derecho.

Su misión está en proclamar el valor de la vida de forma positiva, sin condena alguna. Puede y debe aconsejar y animar a sus miembros al respeto de los compromisos que como familia eclesial han contraído. Y entre ellos el valor de la vida.

En cuanto a la legislación, no se puede olvidar que el derecho en un país está principalmente para proteger la vida, la libertad y la propiedad de sus ciudadanos. No todo lo que es moralmente aceptado por un grupo de ciudadanos ha de ser legislado, ni todo lo legislado tiene la misma valoración ética para los diferentes grupos de ciudadanos y diferentes confesiones.

No puede darse una ley "para asegurar que ninguna mujer irá a la cárcel, por la práctica de un aborto". Este planteamiento, requiere otro tipo de procedimiento.

Un comportamiento merece legislarse cuando lesiona el bien común de manera sustancial; cuando la ley puede urgirse de manera equitativa y la urgencia del cumplimiento de la ley no ocasiona mayores males que los que intenta reprimir.

En una sociedad pluralista ninguna ética puede aspirar a determinar ella sola el orden jurídico, sino por consenso de mínimos o de máximos, y ninguna iglesia, ninguna asociación civil y ningún ciudadano puede dejar de aportar sus propias convicciones y creencias al dialogo.

Una aportación esencial a la disminución del número de abortos en una sociedad, tiene que ir dirigida a una educación integral, que eleve el nivel socio-económico de todos sus ciudadanos, con una mejor distribución de los recursos económicos y del trabajo para permitir la viabilidad de la familia y el crecimiento de los hijos; que ofrezca una educación que permita comprender el manejo de los medios para evitar los embarazos no deseados, y no tener que recurrir al aborto; una educación sexual, basada en la formación y no sólo información sobre la sexualidad, en la dinámica psicoafectiva de las personas, el control emocional y totalmente orientada a una educación a dar la vida con todo lo que ésta conlleva; y facilitar el acceso libre a una adecuada orientación y planificación.

**Concluimos este apartado**, considerando que el aborto supone la eliminación de una **vida humana**, que aún cuando aparezca en estado constituyente, encierra la posibilidad de orquestar su propio desarrollo a las órdenes del código genético, de la epigenesis y del diálogo materno-embriionario y luego fetal, si las condiciones patológicas no lo detienen o si una intervención voluntaria no lo extrae.

El planteamiento que se está haciendo, es más político que de ayuda al ciudadano de a pié.

Algunos de los motivos o razones que se invocan son inaceptables. De la libre disposición del cuerpo no se deduce la destrucción de otro cuerpo por pequeño que sea. El derecho reproductivo, no puede incluir el derecho al aborto. Y no vale el principio: "*nosotras parimos, nosotras decidimos.*"

Hoy vivimos en una sociedad plural y secular en la que no todos comparten los mismos valores.

La Iglesia da valor a la vida desde su inicio y se erige en defensa del más débil en este caso del embrión y del feto. Y debe animar y sostener a los cristianos en esta misma defensa, SIN CONDENAR, sino con un mensaje positivo de llamada a defender la vida desde el primer momento y decir no al aborto porque va en contra del derecho a la vida, porque su legalización aumentará el número y no reducirá los males que pretende evitar ya que muchos lo interpretan como un método más de contracepción.

Pero si la ley se amplía no cambia nada para el cristiano en cuanto a él mismo. Las decisiones tienen que ser tomadas por la razón iluminada siempre por la fe.

Queda el recurso a jugar un papel activo para conseguir que las estructuras sociales y educativas cambien y esto es obra de todos.

Se ha de dar siempre la misericordia y compasión hacia aquellos que eligen o que se ven en la triste "solución" de abortar, manifestando un respeto hacia la libertad (sin participación) que no es ni aprobación, ni condenación. Simplemente amor evangélico sin exclusión

## 5. Conclusión.

Son múltiples las actitudes de como una mujer puede abordar su capacidad de reproducción. La alegría de ser madre; la nostalgia y el dolor si la fertilidad no llega; la imposición de un límite; la decisión banal o dolorosa de una interrupción del embarazo.

Aunque algunas de esas situaciones imponen, a la mujer, una disminución de la función reproductiva, ello no disminuye para nada la grandeza de la mujer, con su capacidad de ser madre.

Se puede afirmar que de todos los derechos de una mujer el más grande es el de ser madre. Y aun cuando el hijo puede venir o no, su corazón y su mente permanecen abiertos, por su capacidad de ser madre, a otro género de fecundidad y de maternidad.

Cierro con unas frases poéticas dedicadas a la madre y mujer:

*Mujer, se espera tu inteligencia y tus entrañas para guiar y gobernar el mundo, para marchar a la cabeza de esta humanidad que, a veces, parece expirar*

*Madre, esperanza nueva, despiértate..., esboza los pasos de la danza, celebra la fuente de la vida que no se seca nunca.*

*La Humanidad te espera..., espera tus brazos para abrazarla, tus manos para sentir sus caricias y curar las heridas de sus pies,*

*Tu energía para hacernos caminar por senderos nuevos,*

*Tu ilusión para avanzar hacia un futuro mejor, sembrado de fulgores de eternidad*

## BIBLIOGRAFÍA

- ORNELLAS,  
*P. Et les évêques du groupe de travail sur la Bioéthique: Bioéthique, Propos pour un dialogue*, en Ed. Desclée de Brouwer, Lethielleux (2009)
- DEXEUS, J.M Y BARRI, P.N.  
"Fertilidad". Editorial Masson, 1993
- EXODO, *El Aborto*, nº 98 Abril (2009)
- STUDIES IN PROFERTILITY SERIES,  
"Female Reproductive Aging".  
The Parthenon Publishing Group, New York. 2000
- FLECHA, J.R.:  
*La Fuente de la vida*, Edit. Sígueme (2002)
- FOC NOU, L'avortament nº, 421 Maig (2009)
- GARY CUNNINGHAM, AND AL.  
«Williams Obstetrics»,  
22nd ed. The Mc Graw-Hill Companies, USA  
2008
- GRACIA, D.:  
*Ética de los confines de la vida*.  
Edit. El Búho, Bogotá (1998)
- KAHN, A.  
"L'homme, ce roseau pensant..."  
*Essai sur les racines de la nature humaine*.  
Nil éditions. Paris 2007
- KAHN, A.. ET JACQUARD, A.  
« L'avenir n'est pas écrit »  
Bayard Editions, Paris 2001
- *Les études du Conseil d'Etat; La révision des lois de Bioéthique*.  
*Etude adoptée par l'Assemblée Générale Plénière*. Paris (2009)
- MCKORMICK, R.:  
*Notes on Moral Theology: The Abortion Dossier*, en "Theological Studies", 35 (1974)
- MCKORMICK, R:  
*El principio del doble efecto en Concilium*,  
12 (1976)
- NUNES, R. E MELO, H.  
*Genética e Reprodução Humana*,  
Edit. Gráficas Coimbra, 2000
- NÚÑEZ, M.P.:  
*Limitación de la Fertilidad: aspectos médicos, aspectos éticos, en el libro: A ética e o Direito no início da vida humana*.  
Edit. Gráficas Coimbra, 2001
- *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana, Revista Oficial de la Sociedad Española de Fertilidad, Organó divulgativo de la Sociedad Española de Contracepción*, años 2006 a 2008
- SEGO (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)  
*Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción* (2003)
- VERSPIEREN, P:  
*La vida humana, origen y desarrollo en Publicaciones de la FIUC (Federación Internacional de Universidades Católicas)* editado por la UPCO (1989)
- VIAFORA, C. E ONGARO, F  
"Sessualità e riproduzione: tutto sotto controllo?"  
Edit. Collana Promossa. Padova. Italia 2004

# Asistencia a padres en la muerte perinatal: riesgo de ruptura entre lo heredable y lo heredado.

> Margarita Ibáñez.

*Unidad de Cuidados Centrados en el Desarrollo.  
Servicio de Neonatología. Hospital Sant Joan de Déu.  
Esplugues de Llobregat (Barcelona).*

Parece evidente que vivimos un período de abundante reflexión, y su consiguiente publicación, sobre el tema del duelo. Es probable que gran parte de este apogeo se deba al desarrollo de los cuidados paliativos. También a la dificultad que nuestra sociedad manifiesta en afrontar las diversas pérdidas que se dan en toda vida humana y, sobre todo, la vida humana de los seres más cercanos. Expulsada del escenario de la realidad cotidiana la muerte, el duelo se hace cada vez más profundo o cuesta más hacer una correcta elaboración del mismo.

Dentro de este amplio abanico de reflexiones no suelen abundar las que hacen referencias a la pérdida de un niño en situación de perinatalidad.

Y sin embargo resulta de suma importancia la elaboración correcta del duelo dada la influencia que el mismo tiene con posterioridad tanto en los padres como en los niños que en futuro puedan tener ambos.

La Dra. Margarita Ibáñez, psicóloga del Hospital St. Joan de Déu de Esplugues (Barcelona) y miembro de la Unidad de Cuidados Centrados en el Desarrollo del Servicio de Neonatología de dicho hospital, nos presenta una interesante y documentada reflexión que viene avalada por la experiencia adquirida en la práctica diaria. ▶

Reflexionar sobre la herencia y lo heredado en una jornada de peri natalidad va a permitirnos centrarnos en uno de los aspectos que más o menos abiertamente orientan las acciones sanitarias que dedicamos a los neonatos con riesgo médico y a sus familias.

Esta perspectiva se fundamenta por un lado sobre los conocimientos que derivan de las investigaciones sobre el desarrollo psicosocial del niño y sobre los factores de riesgo que lo pueden comprometer y por otro lado sobre los avances de la investigación genética que han permitido precisar las nuevas concepciones sobre el peso del entorno en la expresión de la potencialidad genética, y así poder delimitar más precisamente el equilibrio entre lo innato y lo adquirido.

En relación a los aspectos genéticos y del entorno que están involucrados en el desarrollo psíquico, **Sameroff (1993)** utiliza la noción de “**environtype**” para incluir el entorno formado por los lazos relacionales y psico-emocionales creados en los cuidados que el niño va a recibir en los primeros años de vida.

El “**environtype**” es un factor de riesgo o de protección determinante para el desarrollo psíquico. Muchas investigaciones estudian el entorno psíquico del cuidador principal como mediador de la expresión de ciertos genes, así pues como mediador entre lo heredable y lo heredado.

Los datos relevantes sobre la importancia de los cuidados para el desarrollo psíquico del niño en peri natalidad han mostrado que:

- 1). El lazo “**padres-niño**” tiene una influencia significativa sobre la cualidad del desarrollo psicológico, social y cognitivo del niño y debe ser estimulado desde el nacimiento, incluso en las situaciones de riesgo médico.
- 2). La muerte perinatal es un acontecimiento vital que puede convertirse en un factor de riesgo para la salud mental de los adultos y para la salud mental de los niños nacidos después de esta

muerte perinatal, pérdida difícil de elaborar psicológicamente. Estos conocimientos guían las prácticas actuales de integración de los padres en los cuidados del bebé en las unidades neonatales, así como las centradas en el soporte del desarrollo de sus competencias parentales.

El trabajo de los equipos psicológicos alrededor de la muerte perinatal es un ejemplo claro de estas prácticas: el trabajo asistencial tiene, en estos casos, como objetivo reducir el impacto transgeneracional de un duelo no resuelto en los padres, sobre los hijos nacidos después de esta muerte.

A través de permitir que lo heredable, que en parte es la idea de transmisión de un linaje familiar y que está presente en el proyecto de tener un hijo, no se superponga con la herencia particular de un aspecto patológico de un hijo que no puede sobrevivir.

Esta experiencia de accidente de lo heredable debería terminar con la muerte del niño enfermo cuando el duelo pueda ser elaborado. En síntesis podemos decir que la muerte perinatal debe ser vivida como un accidente en la transmisión del linaje familiar, y no ser vivida como un fracaso en la capacidad de transmitir un linaje saludable.

## **1. Las prácticas asistenciales recomendadas en la muerte perinatal.**

La guía de la **Sociedad de Pediatría Canadiense (2007)** para el soporte a las familias que han vivido una muerte perinatal, reconoce el impacto positivo de las acciones asistenciales para evitar duelos patológicos a largo término en los padres. La mayoría de equipos neonatales desarrollan acciones asistenciales dirigidas a los padres y a la

familia para facilitar la aceptación de la realidad de la muerte del neonato.

Esta guía diferencia entre la pérdida física y la pérdida simbólica. La primera tiene que ver con una cosa tangible, y es una pérdida siempre reconocida por los otros, contrariamente a la pérdida simbólica que, no obstante, también desencadena un proceso de duelo. Esta guía hace también referencia a los tres estadios del duelo:

### 1. Denegación y rebeldía frente a la pérdida:

tiene lugar los primeros días en los que la persona superviviente desea evitar la toma de consciencia de la muerte del ser querido e intenta con fuerza restituir el lazo afectivo con la persona muerta. Los sentimientos dominantes son la rabia y la hostilidad y pueden ser dirigidos hacia el equipo asistencial o sobre ellos mismos con el sentimiento de no haber hecho suficiente para haber evitado la muerte del ser querido.

### 2. El periodo de confrontación y de desorganización,

donde el sentimiento de duelo y de pérdida es vivido más intensamente, donde aparece la consciencia de finitud. Es el momento penoso de rememoraciones respecto a la persona perdida. Es un periodo doloroso, pero necesario para el trabajo del duelo que ayuda a la persona enlutada a retirar los lazos de apego de la persona desaparecida.

### 3. El periodo de acomodación o de reorganización,

en el transcurso del cual desaparecen los síntomas de duelo y emerge una reinvestidura social y emocional del mundo. La persona desaparecida y la muerte no son olvidadas, pero el enlutado aprende a vivir con el conocimiento de la muerte y de sus implicaciones. Este proceso de uno o dos años como mínimo, indica la elaboración del duelo ya que la persona tiene placer por vivir y puede mirar hacia el futuro de nuevo.

Esta guía resalta que la muerte de un bebé es especialmente difícil de elaborar ya que comporta múltiples pérdidas simbólicas que se asocian a la pérdida física del neonato, bebé.

Con la muerte perinatal los padres se sienten fracasados en sus sentimientos asociados al proyecto de procreación y de generar vida, de continuidad transgeneracional, de expectativa de vida para el recién nacido, de expectativa de su relación como padres, los sentimientos asociados a los cambios corporales en el embarazo, a la vinculación a los aspectos reales e imaginados del bebé y los ligados a la construcción de la estima de sí mismos.

Culturalmente la pareja cuyo primer embarazo termina con la muerte del recién nacido no ha completado el rito de pasaje hacia el rol de padres que simboliza en parte el estatuto adulto (Kowalski 1987).

Los estudios muestran que la muerte de un niño es un factor de riesgo para un duelo no resuelto en el adulto. El duelo parental es especialmente complicado. La edad del hijo no tiene relación con las complicaciones, se trate de un recién nacido, un bebé, niño adolescente o adulto (Rando 1989, 1993).

Cada padre tiene su forma personal de vivir el duelo y ambos tienen ritmos diferentes para superar las diferentes etapas. Los estudios muestran que la incongruencia entre la pareja aumenta de forma importante entre el segundo y cuarto año posteriores a la muerte del hijo y se reduce después del quinto año (Fish 1986).

Asistir a los padres en ocasión de una muerte perinatal para ayudarles a superar el proceso de duelo tiene una dimensión preventiva tanto para la salud mental de los padres como la salud mental de los niños nacidos después de dicha muerte perinatal.

El duelo no resuelto en el estado mental de una madre o de un padre se ha mostrado como un

importante factor de riesgo para el desarrollo de un niño nacido después de una muerte perinatal.

Un adulto (hombre o mujer) que se desarrolla como padre bajo un estado psicológico y mental de duelo no resuelto por la muerte perinatal de otro hijo tiende a proyectar masivamente las representaciones creadas para este primer hijo sobre el segundo intentando negar la pérdida.

Además sus capacidades interactivas en el periodo pre verbal del bebé presentan alteraciones que según investigadores sobre el desarrollo del apego (Main, Lyons Ruth) tienen influencia en la aparición del apego desorganizado en el niño que comporta un factor de riesgo importante para el desarrollo psicosocial del niño.

Los estudios longitudinales han asociado que el haber nacido después de una muerte perinatal aumenta la tasa de trastornos adaptativos y psicopatológicos, y que las actitudes de sobre protección y ansiosas en los padres son un claro factor de riesgo para dichos trastornos (Bourne 1983, Lewis 1979, Wilson 1982, Forest 1982).

## 2. Reflexiones sobre el trabajo en el Servicio de Neonatología del Hospital Sant Joan de Déu (HSJD).

Actualmente, en Cataluña, la Conselleria de Salut ha incluido en los objetivos de la salud mental la asistencia preventiva en las Unidades Neonatales, dirigidos a los bebés nacidos prematuramente con menos de 1500gr de peso, y otros bebés con dificultades médicas perinatales graves.

En este contexto nosotros trabajamos en el **Servicio de Neonatología del HSJD** dentro del programa

de los "cuidados centrados en el desarrollo y en la familia". Después de un año de colaboración intensa nos dimos cuenta de que el equipo neonatal pedía la intervención psicológica de sostén a los padres sobre todo en las situaciones de riesgo vital en el neonato.

Los progresos médicos crean un nuevo entorno en el primer periodo de creación de la relación padres hijo que tiene un impacto sobre la transición de lo heredable de los genes y del linaje familiar a lo heredado por un individuo concreto. Una situación particular es el nacimiento de un bebé con un alto riesgo vital, que probablemente no habría sobrevivido sin ayuda médica.

Guiados por los imperativos de la asistencia el bebé sobrevive durante un periodo sin perder el alto riesgo vital. Durante el tiempo que transcurre entre el nacimiento y el futuro incierto del bebé, se impone a los padres una relación con él, lo que es una experiencia difícil.

El objetivo del trabajo del equipo asistencial tanto médico como psicológico es ayudar a los padres en la transición a su rol de padres para que pueda hacerse en las mejores condiciones posibles aunque se haga en relación a un bebé muy enfermo o que incluso no podrá sobrevivir.

Por parte del equipo médico facilitar un lugar a los padres al lado de la incubadora, en los cuidados básicos del bebé cuando se pueda y la proximidad física y de cuidados en el momento final del bebé son prácticas asistenciales que facilitan el trabajo de vinculación y de duelo del bebé imaginado en los padres.

Por parte del equipo psicológico facilitar a los padres el reconocimiento de sus emociones, representaciones y sentimientos como padres, positivos y negativos hacia su bebé es una práctica asistencial también dirigida a facilitar el trabajo de duelo de éstos respecto al hijo recién nacido. Esta experiencia relacional de los padres, contradictoria y dolorosa de vincularse y desvincularse del bebé con grave pronóstico vital es reconocida



por el equipo y se considera en la dimensión de ser ya un acto de renuncia generosa parental, que la salud de su hijo les impone en un estadio muy precoz del proceso de sentirse padres.

Afrontar la experiencia de vincularse con un bebé enfermo que quizás no sobrevivirá es considerado un acto de generosidad parental ya que conlleva asumir un sufrimiento individual en favor del hijo enfermo y de los hijos que nacerán después (en este tiempo de vida del bebé el equipo médico precisa diagnósticos, valora si se puede tratar la problemática del bebé y se realizan estudios genéticos de la enfermedad neonatal que orientarán respecto a nuevos embarazos). Podemos decir que ayudamos a los padres a vivir una experiencia que exige una actitud parental que es más propia de estadios posteriores del proceso de parentalización, que surgen después de un tiempo de relación con su bebé, que de los primeros momentos de encuentro padres bebé.

Esta actividad asistencial se considera una prevención secundaria, es decir dirigida a una población de riesgo.

¿De qué prevenimos en este trabajo asistencial? y ¿a qué población dirigimos esta prevención? Prevenimos de trastornos psicopatológicos a largo término y de trastornos de la parentalidad en los adultos, asociados a un duelo no resuelto. De trastornos de la adaptación y/o del desarrollo en los niños nacidos después de una muerte perinatal.

Si los padres no superan la primera fase del duelo puede aparecer una confusión en las representaciones sobre su bebé, en las que se intenta depositar sus proyectos procreadores, parentales y de transmisión de vida construidos durante el embarazo del primer bebé, muerto, sobre el segundo embarazo en el que el bebé será sólo un cuerpo de reemplazo del primer bebé.

# Abantia

Instal.lacions específiques d'establiments sanitaris

Instal.lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)

Instal.lacions de seguretat

Instal.lacions contra incendis

Instal.lacions de comunicacions

Instal.lacions de control

c/Asturias, 8-10

08830 Sant Boi de Llobregat

Telf. 93 552 14 00 Fax. 93 552 15 00

Los estudios epidemiológicos sobre los factores de riesgo han mostrado que en esta situación el desarrollo psíquico de este segundo hijo puede estar alterado.

Trabajar para la preparación del duelo de una muerte anunciada en la unidad neonatal va a confrontarnos -al equipo asistencial- a estimular el vínculo de los padres con el bebé enfermo en el corto periodo de tiempo de vida que compartirán y encarar esta parentalidad asumiendo el lado triste de la enfermedad y la muerte final.

Haciendo esto los padres pueden conseguir hacer el relato biográfico de la corta vida del bebé compartida, integrarlo en el linaje familiar como un individuo enfermo que no ha conseguido vivir, como un accidente de su transmisión transgeneracional de su capacidad procreadora.

En este reconocimiento del bebé real el trabajo de duelo puede iniciarse. Por el contrario si no trabajamos en esta perspectiva hay el riesgo de que los padres organicen su experiencia de forma defensiva quedando bloqueados en el primer estadio del duelo, el de negación, negando el impacto de la muerte del bebé, minimizando la pérdida real del cuerpo del bebé poco habitado por una relación real con él bebé y negando la pérdida simbólica de su proyecto de hijo y de apertura al proceso de convertirse en padres.

Los equipos deben conocer que el duelo perinatal conlleva para los padres una pérdida real de objeto tangible y reconocible (el cuerpo del bebé, el niño real) y una pérdida simbólica de objetos intangibles (el niño imaginario, su proyecto procreador, creativo, parental, de transmisión de un linaje familiar).

Que se bloquee el proceso de duelo en el primer estadio, el de negación de la pérdida, influye de forma importante en la aparición del apego desorganizado en el hijo nacido después, según han mostrado los investigadores del apego (Main 1990, Lyons Ruth 1990).

A su vez se ha demostrado que el apego desorganizado está relacionado con la aparición de la psicopatología precoz del desarrollo. Para ayudar al trabajo de duelo es necesario ayudar a los padres al proceso de parentalización del niño real, aunque esté muy enfermo y que su vida vaya a ser corta.

Ayudar a la transición entre el bebé imaginario y el bebé real aparece según estudios como un objetivo asistencial prioritario.

Las personas no podemos renunciar al lazo afectivo con un ser querido sino hemos tenido este lazo, que se construye en una relación real de convivencia en el tiempo.

En este proceso de construcción de la relación de los padres con su bebé es importante hacerles tomar consciencia de la situación artificial debido a la técnica medica, que les permite entrar en relación con un bebé cuyo destino habría sido seguramente morir en el nacimiento.

Esta situación médica de mantener vivo a un bebé no viable por sí sólo, para intentar asistir aspectos que le permitirán ser viable, exige un trabajo psicológico suplementario a los padres, la aceptación de sus reacciones más primitivas de rechazo de un neonato con poca salud, los estudios muestran que la fuerza de vinculación desciende mucho en los padres con los bebés poco viables, pueden también aparecer sentimientos de rechazo.

Este bajo interés de vinculación y los sentimientos de rechazo (más etológicos) entran en contradicción con los valores morales más evolucionados de los padres, esta contradicción puede desencadenar culpabilidad que se puede transformar en fuente de sufrimiento psicológico y puede perturbar el trabajo de duelo, en el caso de muerte del bebé.

Iniciarse en el proceso de devenir padres con un niño gravemente enfermo impide también el desarrollo del sentimiento de omnipotencia propio del cuidador de un bebé, ser muy dependiente.

Nuestro trabajo tiene como objetivo ayudar a los padres a percibir al de entrada como un individuo, una persona independiente de sus cuidados directos, una persona cuya principal identidad reposa sobre su resistencia biológica.

Uno de los momentos que más se repite en las sesiones de soporte a los padres que realizamos es cuando aparece la representación del bebé solo, aislado, luchando por su propia cuenta para la vida, frases como *“hemos de esperar para ver como supera este momento”*; *“vamos a ver cómo responde a este tratamiento”* se repiten sin cesar y sostiene esta representación de un individuo sólo que se debate entre la vida y la muerte.

Estas imágenes frecuentemente compartidas entre los padres y el equipo médico nos permiten sostener a los padres para que puedan afrontar y aceptar estas vivencias de soledad extrema.

Nombrar al bebé como alguien que lucha por cuenta propia para la vida permite a nuestro entender iniciar los esbozos biográficos del bebé, que van a individualizarlo y diferenciarlo del bebé imaginario, y van a convertirlo en único, como alguien más fuerte, más débil, más valiente, con más suerte o menos suerte...

Para concluir podemos afirmar que el fin último de esta práctica asistencial es que los aspectos saludables heredables se conviertan en herencia real en los individuos, y que los aspectos enfermos heredables que no podemos evitar se conviertan en herencia de un individuo determinado, el niño enfermo, y que no se convierta para los padres en una experiencia no superable psicológicamente de pérdida de la capacidad de generar individuos en un linaje, cuya influencia negativa atraviese las generaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- BOURNE, S. 1983.  
*Psychological impact of stillbirth.*  
The Practitioner, 277, p. 53-60.
- FETUS AND NEWBORN COMMITTEE,  
CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. 2001.  
*Guidelines for health care professional supporting families experiencing a perinatal loss.*  
Paediatrics & Child Health, 6(71): 469-477  
(revised in 2007).
- FISH, W. 1986.  
*Differences of grief intensity in bereaved parents.*  
In Rando, T.A. *Parental Loss of a Child.*  
Champaign: Research Press.
- FORREST, G.C., STANDISH, E. BAUM, J.D., 1982.  
*Support after perinatal death- a study of support and counselling after perinatal bereavement.*  
BMJ, 285, p. 1474-1479.
- KOWALSKI, K. 1987.  
*Perinatal loss and bereavement. In: Sonstegard, L. Kowalski, K. Jennings, B. eds. Crisis and Illness in Childbearing (Women's Health), vol 3.*  
New York: Grunde and Stratton.
- LEWIS, E., 1979.  
*Untitled.*  
International Journal Child Abuse 3, p. 327.
- LYONS-RUTH K, CONNELL D, GRUNEBaum H,  
Botein S. 1990 *Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment.* Child Development.,61:85-98
- MAIN, M.; HESSE, E. 1990  
*Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?*  
In: Greenberg M, Cicchetti D, Cummings
- EM., editors. *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention.* University of Chicago Press; Chicago.: pp. 161-184.
- RANDO, T.A. 1986.  
*Parental Loss of a Child.*  
Champaign: Research Press.
- RANDO, T.A. 1993.  
*Risks and therapeutic implications associated with death of a child and AIDS-related death.*  
In Rando, T.A., ed. *Treatment of Complicated Mourning.* Champaign: Research Press.
- SAMEROFF, A. 1993.  
*Models of development and developmental risk.*  
In C.H. Zeanah (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health* (pp 3-13), New York, NY, US. Guilford Press
- WILSON, A.L. FENTON, L.J., STEVENS, D.C., SOLE, D.J. 1982  
*The death of a newborn twin- an analysis of parental bereavement.*  
Pediatrics 70. p. 587-591.

## Desde la queja a la cura: un relato de fuerte implicación afectiva.

> M<sup>a</sup> Dolores Mansilla Pozuelo.  
*Escuela Universitaria Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.  
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.*

La autora ha intentado hacer un recorrido por ese camino de ida y vuelta que es el de la queja, el dolor, la enfermedad y la tarea de los profesionales sanitarios de acompañarlo.

En este escenario del dolor, de la enfermedad y de la carencia se produce uno de los encuentros humanos más significativos y relevantes: el que se da entre el que sufre y el que le acompaña en ese sufrimiento.

De ahí el título de este artículo: la fuerte implicación afectiva. Es mucha la corriente de emociones que se pone en juego entre ambas orillas, es muy fuerte a veces el choque de expectativas y es también frecuente que la frustración y la angustia tiñan el camino de dicho encuentro. ▶

## 1. Configurando el escenario del dolor.

### 1.1.-El contacto con la persona que sufre.

Acercarnos a la experiencia de dolor, sea nuestro o del otro, es descender ese velo que guarda celosamente nuestra parte más vulnerable, es adentrarnos en el desván de nuestra existencia, donde, tal vez cubierto de polvo o telarañas o bajo telas que envuelven volúmenes imprecisos, se encuentra lo más nuestro: el miedo, la indefensión, las ganas de hacernos pequeños para que nos protejan y recojan, las lágrimas no lloradas tal vez desde hace demasiado tiempo, en definitiva, las infinitas quejas de lo que soñamos que fuera nuestra vida.

Todo eso que dejamos fuera para configurar una imagen socialmente rentable y valorable, explota, nos desnuda y se hace presente con toda su fuerza cuando caemos enfermos.

Es claro que vivimos de espaldas a esa realidad, habitamos una sociedad falazmente mágica, donde parece que todo tiene arreglo. Son tan fáciles las soluciones de la técnica que si no las usamos, la culpa es nuestra.

Los estilos educativos hacen creer al niño que todo es posible, que siempre se podrá responder a sus deseos y que existe esa varita mágica que convierte lo feo en hermoso sólo con desearlo.

De igual forma, los medios de comunicación nos hacen constantes “consumidores” de tragedias, que por “suerte” nos quedan demasiado lejos. Ya nos hemos acostumbrado a “digerirlas”.

Ahí estamos como espectadores de situaciones ante las que nos tenemos que defender y ocurre que a veces la vida nos pone en el lugar de protagonistas de lo que más tememos. El dolor y el sufrimiento.

En palabras de J.K. Owen (1978) *“Parece como que el hombre y la mujer de hoy no están preparados para el sufrimiento. Exigen ser curados, y si no lo son, su reacción es agresiva”*.

En el escenario del dolor, de la enfermedad y de la carencia se produce uno de los encuentros humanos más significativos y relevantes: el que se da entre el que sufre y el que le acompaña en ese sufrimiento.

De ahí nuestro título: la fuerte implicación afectiva. Es mucha la corriente de emociones que se pone en juego entre ambas orillas, es muy fuerte a veces el choque de expectativas y es también frecuente que la frustración y la angustia tiñan el camino de dicho encuentro.

### 1.2.-La palabra del enfermo: haciendo presente la realidad del dolor.

Estar enfermo es encontrarse, a veces sin tiempo para pensarlo, con la otra cara de la realidad, con la otra condición humana. Dónde había recursos ahora hay carencia, dónde alegría y vitalidad, ahora tristeza y apatía, dónde libertad y autonomía, ahora dependencia y postración.

En definitiva se ha recorrido el espacio desde el ser dueño de mi vida a que sean otros los que tomen decisiones para devolverme las parcelas de mi persona perdidas en este tiempo.

Es fácil suponer que la primera reacción, muy esperable, según nuestra expectativa social, es la rebeldía: *“Yo no he hecho nada para que me pase esto. A mí no me tiene por qué ocurrir”* Esto casi nos lleva a suponer que el que está enfermo es porque se lo merece. Como si la salud fuera cuestión de méritos o de voluntarismo.

Caer en la cuenta de que la enfermedad es algo mío, que la llevo conmigo y que es la realidad que ahora configura mi existencia, es algo que cuesta, a lo que nos resistimos, porque tal vez en el fondo pensemos, con omnipotencia infantil, que

lo malo nos es ajeno o que tenemos en nuestras manos el alejarlo.

La palabra del enfermo está hecha de indefensión, de lo impuesto, es la palabra de alguien que vive su vida en una brecha, truncado, desarraigado, inútil. Ha perdido los parámetros en los que se mostraba su valía, ha perdido los anclajes a un escenario en el que “saber hacer”, “saber decir” y “saber estar” constituían la razón de su ser en el mundo.

Es interesante la reflexión que presenta J. A. García-Monge (1998), cuando distingue entre dolor y sufrimiento:

*“El dolor es dolor. Por el sufrimiento mal elaborado damos un poder al dolor sobre nuestra persona encerrándolo y replegándolo sobre nosotros mismos con más saña y violencia que el dolor natural. Parece como si la razón y los sentimientos, en lugar de aminorar el dolor, o al menos dialogar con él, lo convirtiesen en sufrimiento llevándolo a las capas más hondas de nuestro ser”.*

Poder dialogar con el dolor, sería como poder hacerlo con nuestra persona en su totalidad. La fragmentación de nuestra personalidad es lo que nos hace vivir extraños a nosotros mismos, de forma que cualquier cosa no esperada y prevista convulsiona nuestra consciencia y nos sume en la confusión y la desesperanza.

Es una antigua falacia humana el pensar que se puede vivir de espaldas al sufrimiento y toda suerte de símbolos mágicos han acompañado a la persona desde su origen para hacerle creer que eso es así. Tal vez lo más moderno sea el pensar que todo esto no deja de ser una responsabilidad individual.

Ese vivirnos ajenos y extraños, con nuestra imagen fragmentada en tantos y tantos espejos que nos van poniendo en los recodos del camino, tal vez sea una de las notas distintivas de nuestro ser actual. Ya hace tiempo nos avisaban los existencialistas de que uno de los dramas de la persona

contemporánea sería el de no poder quedarse solo, quieto, sin hacer nada en una habitación. Eso le pasa al enfermo, está obligado a hacer lo que parece que no podemos hacer: estar quieto en una cama, en una habitación, sin estar acompañado y distraído con los múltiples estímulos a los que estamos acostumbrados. Eso que nunca elegiríamos, la enfermedad nos lo da elegido.

El dolor implica soledad. He aquí el gran fantasma con el que nos pasamos luchando a lo largo de nuestra vida. Ya desde nuestra infancia, incluso antes de que podamos hacer algo por nosotros mismos, se nos anima “a no estar solos... búscate amigos”. “Es una persona solitaria”, decimos cuando nos referimos a alguien que no presenta un comportamiento muy normal.

La soledad del dolor nos sobrecoge también desde la certeza de que es algo difícil o casi imposible de compartir. Nos debatimos permanentemente, estando enfermos o no, entre la enorme necesidad de ser escuchados y el vértigo ante la intimidad del encuentro, ante poner en manos de otro lo que es más mío.

Nos refugiamos a veces, en un rechazo anticipado: “¿A quién le va a interesar mi vida...cada uno va a lo suyo...la gente no quiere oír penas”. La tentación del “todo bien, gracias” es demasiado fuerte a veces y las sucesivas capas con las que vamos cubriendo nuestra verdad convierten nuestra palabra en un cliché.

Sin embargo, y aunque parezca paradójico, en el dolor y el sufrimiento hay una enorme escuela de aprendizaje vital, una enorme energía de crecimiento personal.

Tal vez la clave de este desarrollo esté en nuestra capacidad de pedir y recibir ayuda y en la escucha de los entresijos de nuestra queja. Nunca tan hermosa una puesta de sol como la que precede a muchos amaneceres de salud renovada.

*“En la enfermedad no sólo se ven las orejas al lobo, sino también el inmenso tesoro de la persona (...).*

*La enfermedad es una crisálida de la que siempre se puede salir con alas (...),*

*La enfermedad te desarraiga de todo, menos de ti mismo. En ella se ve que no eres nada de lo que tienes (...). El dolor ablanda, es buena ocasión para darnos otra forma”*

(J. Burgaleta, 1998)

*¡De cuantas flores amargas he sacado blanca cera!*

*¡Oh tiempo en que mis pesares trabajaban como abejas”*

(A. Machado, Obras completas. 1969)

En definitiva, parece que es necesario un aprendizaje que se escapa cuando pensamos en aquello que es necesario para manejarse por la vida. Es el aprender a vivir el dolor y la frustración. Los que trabajamos con jóvenes nos lamentamos todos los días al constatar que no están preparados para que las cosas salgan mal, cayendo en la más absoluta indefensión cuando creen haber puesto los medios para conseguir sus objetivos y no ha salido así. No soportarían que les dijéramos: *“¿Qué pasaría si te pones enfermo?”*.

De esas cosas no se habla. Se rebelarían ante alguien que les entristece y asusta. Sin embargo parece claro que incluir en nuestro lenguaje la palabra dolor, nos haría crecer en recursos para vivirlo.

### **1.3.-El contacto con la Institución: ¿vengo a que me curen o a curarme?**

¿Cuántas veces hemos preguntado ansiosamente en un hospital por la consultas externas debajo del letrero donde se lee claramente CONSULTAS EXTERNAS?. ¿A que huele realmente ese “olor a Hospital” tan insoportable?

Con lo bien que huele en cantidad de otros sitios atestados de gente. ¿Cómo es posible que, siendo razonablemente cuidadosos en nuestra vida diaria tengamos que volver tres veces, ante

la insistencia de la secretaria, a por las gafas, luego a por la tarjeta y después a por el papel con la hora de la próxima cita?. ¿Están las sillas y otros objetos tan certeramente puestos en nuestro camino para que nos tropecemos tanto?

¿Es posible que hasta nuestras más elementales habilidades sensoriales pasen a funcionar de forma lenta?. Siempre recordaré a aquel enfermo que escuchó: *“Esto está muy mal”*, cuando el médico, ante las pruebas que le había mandado, le decía *“Está todo normal”*.

Todo esto es posible porque estamos en un Hospital. Enfermos o con un familiar enfermo y a lo que realmente huele el Hospital es a ansiedad, ese sí que es un olor amenazante, que nos lleva los pies corriendo hacia la calle.

Pasamos a ser otros: indefensos, confusos, incapaces de expresarnos con claridad. Todas estas sensaciones son expuestas preciosamente por J.L. Sampedro (1995) desde su experiencia en el Monte Sinaí.

*“Lo que allí me aguardaba era una formidable acumulación de aparatos y pantallas rodeando a una cama articulada y enlazados entre sí por una embrollada red de tubos y cables... Todo un complejo técnico a la espera de capturarme, como una araña en su tela o los pétalos de una flor carnívora... recuerdo con claridad y extrañeza mi despreocupación ante lo que pudiera sucederme.*

*Asombro y curiosidad sí, pero ninguna inquietud, como si el seriamente enfermo no fuera yo. Y eso a pesar de que previamente mi recorrido hospitalario en la silla de ruedas que me recogió del taxi había sido un laberíntico recorrido a lo largo de sucesivos corredores, bajando pisos en un ascensor para ascender luego en otro, cruzándome con camillas ocupadas, atravesando recintos con enfermos en espera de atención médica y leyendo letreros alusivos a terapias y enfermedades.*

*Si hubieran querido desorientarme tras haberte capturado, no hubieran hallado mejor escondite*



*que aquel dédalo de pasillos, salas y galerías entrevistas por donde era absorbido, cada vez más adentro, mi corazón enfermo hacia el secreto de la pirámide, hacia la más escondida cripta de los faraones embalsamados”*

Ingresar en un hospital es pasar a formar parte de una gran organización con normas establecidas y roles definidos fuertemente jerarquizados. Es pasar a ejercer un nuevo rol para el que no estamos preparados.

Ante el enfermo circulan rápidamente un gran número de personas que saben lo que tienen que hacer, lo que nos tienen que preguntar, ellos saben quienes somos nosotros, de que sufre nuestro cuerpo, el que no sabe nada es el “protagonista” de todo este proceso. Su vida ha cambiado de forma drástica, se queda sin referentes y le faltan recursos para adaptarse a esta nueva situación.

Recientemente se viene insistiendo mucho en la información al paciente, no sólo acerca de su enfermedad sino del centro asistencial en el que está. A veces uno recibe una especie de “manual de instrucciones” con un cierto sabor a estrategia de marketing del sitio en cuestión.

Calcular la cantidad y cualidad de información que necesita cada persona es todo un reto para el personal sanitario. Sólo desde una relación de escucha y empatía se puede acertar con la “dosis” verdaderamente terapéutica.

La sobreinformación tiene que ver a veces con la propia necesidad de defenderse de los sanitarios que se sienten amenazados por las actitudes reivindicativas de los pacientes. La falta de información nos sume en la certeza de haber perdido nuestro nombre para pasar a ser un número.

Aunque la vivencia imperante en muchos momentos es de soledad, también es cierto que el hospital nos sume en un universo nuevo de relaciones entre personas. Entre aquellos que se encuentran compartiendo el rol de enfermos surge de forma inmediata una tendencia hacia el

encuentro y la comunicación, que muy difícilmente se daría en la vida cotidiana.

Pasamos a hablar de cosas personales con gente desconocida, ellos son en muchos casos los únicos compañeros de este viaje. El largo tiempo y a veces el pequeño espacio físico nos lleva a una interacción muy personal.

Hace algún tiempo puede reflexionar sobre todo esto a lo largo de un día en las urgencias de un gran hospital, a las que acudí acompañando a un familiar. Entramos en una sala donde fuimos acogidos por nuestros acompañantes: el grupo de personas que esperaba ser atendido.

Tras breves minutos de observación, ya fuimos preguntados por el motivo de nuestra consulta e informados del tiempo que llevaban esperando y cuando era previsible que nos atendieran a nosotros.

Es clara la sensación de empezar juntos una larga andadura que nos ocupará todo el día entre idas y venidas a pruebas, consultas, etc. La clave está en la espera, en el expectante silenciosa cada vez que suena el timbre de la megafonía con la esperanza de que sea tu nombre el que se haga presente.

A medida que nos íbamos constituyendo como verdadero grupo, iban emergiendo los roles más activos:

- *El experto en el proceso: “ahora le llaman sólo para pedirle los datos”, luego ya le pasan para la placa”.*
- *El que empatiza y acompaña: “esto es para pasarlo y hay que echar paciencia”.*
- *El que recoge el malestar: “aquí te mueres y nadie se entera”.*
- *El que ofrece su experiencia personal: “me mandaron a mi casa la semana pasada y ya estoy aquí otra vez...”*

- *El que habla en nombre del enfermo:*  
“*si a veces el que está malo es el que menos se entera...lo que llevo yo aquí con mi marido*”.

En las dos primeras horas ya sabíamos cada uno la historia de los demás. Se incluía a los que venían nuevos y se despedía deseando suerte a los que se iban. Todo parecía fluir con tranquilidad hasta que hubo en el grupo un claro bloqueo: alguien entró esperando para ser atendido en Psiquiatría.

Para eso no estábamos preparados y aunque la mujer se expresaba con bastante claridad acerca de su condición de deprimida y no hizo “*nada raro*”, el grupo no la aceptó. La gente se calló, las miradas se desviaban...una vez más se había hecho presente el fantasma y el estigma de la enfermedad mental.

Fue un verdadero grupo de encuentro desde nuestra común situación de enfermos o acompañantes. Nuestro reto era manejarnos en un sistema desconocido y todos respondimos a la necesidad del apoyo social que los otros nos brindaban.

El grupo nos dio un marco dónde expresar nuestra ansiedad y nuestra confusión y nos orientó los límites en el espacio y en el tiempo.

De ese primer momento de nuevas relaciones breves en el tiempo, podemos pasar a ese espacio más largo que supone el estar ingresados. Desde esa situación nos instalamos en el lugar que nos da entidad en el hospital: nuestra habitación.

Ella es la que nos da el nombre: el número que aparece en la puerta y en ella, normalmente, nos vamos a encontrar con nuestro compañero de viaje: la persona con la que la compartimos. No hay encuentro más intenso que el que se establece desde la soledad y el dolor.

Esta persona pasa a ser totalmente relevante en nuestra vida, compartimos sus idas y venidas, conocemos a su familia, le damos nuestros datos si nos ausentamos.

También ambas familias pasan a relacionarse, a compartir experiencias. Pocas veces tan abiertos y receptivos como cuando el tiempo se abre pesado ante nosotros y el espacio nos fuerza a la cercanía.

Todo esto nos habla de que necesitamos hacernos alguien ante el anonimato, que necesitamos que otro sepa nuestro nombre cuando lo sentimos ignorado, precisamente por aquellos que tratan de reparar nuestro cuerpo dañado. No tengo un cuerpo, soy un cuerpo que tiene un nombre.

En la genial película “**Patch Adams**”, cuando el profesor va visitando enfermos con sus alumnos, se para ante una mujer en una camilla de urgencias y dice, desde el otro extremo al que se encuentra la paciente: “*grave caso de diabetes no controlada, con complicaciones circulatorias(...), no se descarta la amputación*”. La expresión de la mujer refleja un pánico que nadie recoge.

Los estudiantes preguntan sobre pruebas complementarias y uno de ellos, de primer curso, que se ha colado sin permiso en la clase práctica pregunta: “*¿cómo se llama la paciente?*”. El profesor, sorprendido, abre la carpeta y le dice “*Margaret*”. Se acerca a la cabecera de la cama, le coge la mano y le dice: “*Hola Margaret*”.

Se puede hacer poesía del tiempo vivido en un hospital:

*En el hospital el tiempo es otro tiempo.*

*Sigue pautas distintas:*

*leche caliente a las cuatro y a las once,  
desayuno a las nueve,*

*tantos medicamentos en vasitos de plástico,  
tomar la tensión por la mañana y por la noche,  
visita de os médicos a las diez más o menos  
la comida la una, tan temprano...*

*Lo que desaparece es la impaciencia.*

*La habitación es un vagón de ferrocarril*

*y el tren no va a llegar a su destino*

*antes de tres semanas.*

*Una visita ha observado*

*Que el Madrid que se ve desde este décimo piso*

*Es un óleo de Antonio López.(...)  
Estas enfermedades se llevan muchas cosas.  
Lo que queda  
me atrevo a llamarlo esencial.  
Por ejemplo: estás viva. Te amo.  
(J. Riechman. Amarte sin regreso.1995)*

## **2. El lugar del profesional: acompañando el dolor de los otros, escuchando su propio dolor.**

### **2.1.-Poniéndole nombre al dolor: el encuentro con la persona.**

*“En cada enfrentamiento con los problemas, las tragedias, los sufrimientos (...), que constituyen mi pan de cada día, trabajo- mi trabajo- para recrear con mi palabra una realidad de armonía, de sosiego, de alegría, de benevolencia, de esperanza, de dignidad personal, de valores estéticos y espirituales.*

*Nuestra labor es arar, cultivar en el terreno de lo real, el recoger el fruto, a veces temprano, a veces tardío de lo posible. Afirma Jünger que conocer a una persona es como descubrir el Amazonas, el Himalaya o el Ganges. Después de recorrer largas extensiones, uno regresa cargado de tesoros y de riquezas encontradas. Dice también Jünger que del mismo modo que el orfebre graba en las joyas su sello, así cada encuentro con un ser humano, deja en nosotros una señal “*  
**(E. Jiménez, Viajes hacia uno mismo. 1996).**

Es claro para todos los que trabajamos con y para los demás, que es nuestra persona, nosotros mismos, la principal herramienta de trabajo.

Entrar en el escenario del dolor, de la carencia, de la muerte, no es sólo un ejercicio de sabiduría y destreza, es una situación de intercambio emocional que a veces llega a alcanzar tan intensidad que satura nuestros recursos.

Nuestro trabajo, tal vez ninguno lo sea, no es simplemente con la cabeza, con lo racional, es también nuestra carne la que está en el asador. Cuesta mucho responder a mensajes de dolor y de muerte. Mantener la mirada ante la desesperación o el sin sentido, sostener la mano que contagia ansiedad.

¿Cómo acompañar sin contagiarse, empatizar sin sobrecargarse, ser auténtico sin angustiarse?. Parece un verdadero arte, para muchos algo casi mágico o imposible. Quizá la respuesta esté en ese trabajo con nosotros mismos, en ese ordenar mi espacio para que otros, conmigo, encuentren el suyo.

En definitiva, en saber encontrar el sentido profundo que tiene esta maravillosa aventura que es la de ser para otros el soporte de la brecha que en la vida abre la enfermedad.

Sabemos que entre personas no existen los encuentros neutros. Nuestro sistema perceptivo se lanza a velocidad vertiginosa a “saber” quien es el otro, en muchos casos a “etiquetar al otro”. Es como si necesitáramos orientarnos en ese universo enorme y cambiante de caras, quejas y presencias.

Todos esos rostros esperan tanto de nosotros que a veces la tentación es la de parapetarse tras nuestros símbolos de poder y esquematizar de manera prefijada la relación a mantener.

No es eso lo que nos dicen nuestros alumnos, cuando con toda la ilusión puesta y todos los sueños por estrenar nos piden cada año el ingreso en nuestra **Escuela de Enfermería y Fisioterapia.**

Lo que dicen es “quiero ayudar a los demás” y todos citan una experiencia personal, la enfermedad

propia o del familiar que les ha hecho caer en la cuenta de lo grandioso de este papel.

Todos traen envuelta cuidadosamente, como en papel de regalo, la imagen de esa persona sanitaria que se acercó desde lo que era, no sólo desde lo que sabía o desde lo que representaba. *“Ese llamarme por mi nombre o cogerme la mano y... claro que pinchaba sin hacer daño”.*

Siempre recordaré el caso de aquel niño, ya me lo contó de adulto, que tuvo que quedarse solo en un hospital extranjero para que le hicieran la rehabilitación después de una complicada intervención. El fisioterapeuta no sabía el idioma del niño, el tratamiento era doloroso.

Todo parecía en contra de cara a establecer una relación personal, hasta que surgió la idea genial: antes de cada sesión verían juntos un ratito de deporte en la tele. Este chico recordaba con enorme emoción como disfrutaba de ese rato, sin hablar, pero sintiéndose realmente acompañado.

En la muy conocida película **“El príncipe de las mareas”** cuando el protagonista le dice a la psiquiatra: *“¿Cómo es posible que se pase usted el día escuchando las desgracias de la gente, no le resulta agobiante?”*. Ella le contesta *“No, si puedo ayudarles”*.

## **2.2.-Mi equipaje para el acompañamiento. El conocimiento de mí mismo.**

Cuando yo estoy empezando a usar algo nuevo en mi trabajo, me surgen mis preguntas ¿cómo funciona, como se usa, para que casos se emplea, en su caso cómo se repararía si se estropea, que efectos tiene...?.

Hemos citado antes que en nuestro trabajo la herramienta fundamental somos nosotros mismos ¿qué preguntas nos hacemos aquí?.

No parece fácil, sin embargo es fundamental ese contacto con nosotros mismos para explicarnos

tantos atascos y cansancios como nos surgen a lo largo de nuestra vida profesional dedicada a las personas.

Creo que las destrezas del sanitario más mucho más allá y desde mucho antes que la realización de sus estudios universitarios. Surge de algo mucho más antiguo y profundo.

Es más del ser que del hacer. El genuino interés por los personas, el interés por adentrarse en los misterios de lo humano no es cuestión sólo de asignaturas y de exámenes.

El conocimiento de uno mismo es una aventura fascinante, pero no exenta de riesgos y de sorpresas:

*No mires a los lados. Mira al centro.  
No mires de frente. Mira adentro.  
No mires tanto arriba ni abajo. Mira al fondo.  
No cierres los ojos. Ábrelos.  
No uses gafas negras ni rosas.  
Deja que tu mirada ponga el color.  
No tapes tus oídos.  
Todo sonido tiene un sentido.  
Tal vez disminuye un poco el volumen del ruido de fuera.  
No hables siempre para otros. Háblate a ti.  
No estés siempre en movimiento. Párate.  
No uses tantos “calmantes” .  
Deja que hable tu dolor.  
No sonrías siempre. Deja que salga tu gesto verdadero.  
No digas a todo que sí. Aprende a decir no.  
No digas a todo que no. Aprende a decir sí.  
No andes siempre “viajando”. Quédate en casa.  
No prepares tanto equipaje. Mira el que siempre llevas.  
No quites piedras de tu mochila. Mira de qué están hechas.  
No te echas siempre la culpa. No es justo.  
No eches siempre la culpa a otros. No es cierto.  
No corras tanto. ¿Adonde vas?.  
No busques dis-tracciones. ¿De qué valen?.  
Mírate: ahí estás tú. Eres lo mejor que tienes, a veces lo único.  
Nadie da lo que no tiene.*

*Mira lo bueno tuyo para darlo a los demás.  
Mira lo menos bueno tuyo para intentar saber  
qué significa.*  
(L.Mansilla.Mayo2008)

Saber responder a la pregunta “¿Quién soy yo?” me situaría de una forma coherente y realista ante la ingente cantidad de demandas que recaen sobre nosotros en nuestra tarea diaria.

Aprender a relacionarme desde lo que soy hace auténtica nuestra palabra.

En definitiva, si hay algo que interpele es el dolor, la carencia y la muerte y todo esto existe al otro lado de la puerta que abrimos cada mañana con esos mensajes tan bienintencionados como estereotipados.

### 2.2.1.-Revisando mis propias heridas

Cuando nosotros valoramos la situación de una persona, investigamos su situación, sus quejas, buscamos sus heridas, sus demandas. Algo así tendríamos que hacer con nosotros mismos: buscar nuestras quejas y nuestras heridas.

*“Se puede convivir con los propios fantasmas originales, mejor que intentar ahuyentarlos inútilmente (...), y que, como en los sótanos de Manhattan, les pierdas el respeto y sientas el júbilo merecido de afirmar tu innegable superioridad(...), en realidad, cuando nos decidimos a enfrentar los fantasmas, descubrimos que no había más que una sábana vacía”*  
(F. Jiménez.1996)

Es sugerente el símbolo de la sábana que tantas veces levantamos para atender el cuerpo del paciente.

Cuantos fantasmas circulan por nuestra vida que sólo son sábanas vacías, pero lo que les hace grandes y amenazantes es nuestro miedo a levantarla, a ver que es lo que realmente hay debajo. Por eso sentimos que chirrían y arrastran sus cadenas por los desvanes de nuestra existencia.

¿De qué están hechas nuestras heridas personales, afectivas?. Siguiendo a C.R. Cabarrús (1998): “Una herida se produce por algo que nos fue negado y a lo que teníamos derecho”. Si hay algo con lo que nacemos y morimos, si existe una necesidad que perseguimos satisfacer a lo largo de nuestra vida es la ser reconocidos, queridos. Es la de ser alguien para otros.

Que mi nombre y mi imagen sean significativos para los demás. Creo que todos tenemos, a estas alturas, una buena colección de estrategias de lo más variopinto que fuimos forjando para ser queridos, estas se complican enormemente si el cariño es negado y lo vamos transformando en necesidad de poder, de relieve, de prestigio. Ahí ya nos perdemos.

Puede resultar paradójico el pensar que a veces es el sanitario el que va a curar sus propias heridas a través de la relación que establece con el paciente. Es una forma de enredarse en una mal entendida “satisfacción personal por ayudar al otro”.

Tal vez a veces “intento curarme, curando”:

- Me doy cuenta de que realmente aquí sí sé quién soy. Me dan signos de identidad. Tengo un rol claro. Todo el mundo puede saber que se puede esperar de mí y que no. Hay manual de funcionamiento, protocolos. A veces me pueden hasta quitar la angustia de la decisión. Me protejo en un equipo.
- Fomento, aún de forma inconsciente que el enfermo dependa de mí, me necesite, me quiera más que a otros que le cuidan. Esto es para mí muy claro en personas que trabajan con discapacitados. “Me dan mucho cariño...”.
- Me compensa sentirme útil y poderoso. Lo que yo hago es fundamental. Muchas personas dependen de mí y eso me hace más fuerte.

Ese riesgo de trasladar nuestra necesidad de ayuda a aquellos a los que debemos ayudar, nos habla,

una vez más del riesgo emocional que comporta trabajar con el dolor y el sufrimiento de otros y de la necesidad de contacto con nosotros mismos para hacer de esa relación lo que debe ser: un encuentro terapéutico.

### 2-2-2.-*Librándome de mis miedos.*

Si hay algo humano son los miedos. Vamos con ellos a cuestras y aliviarnos su peso como podemos. Mis miedos me habla mucho de quien soy y a veces gran parte de mi conducta se explica por la necesidad de huir de ellos.

Así vemos cómo:

- Ante el miedo a que me rechacen me refugio en el perfeccionismo. Hacerlo todo bien impide que me corrijan y además me coloca en superioridad respecto a otros. Como esto no es posible, lo probable es convertirse en espía de mí mismo y de la realidad.

Ni nuestro peor enemigo nos juzgaría con ese rigor. Ese querer acumular certezas nos convierte en alguien rígido para manejarse con la incertidumbre constante del trabajo con el enfermo.

- Ante el miedo a que no me quieran, me convierto en exageradamente servicial. Imposible no aceptar a alguien que se pasa la vida haciendo favores aunque no se los pidan. Siempre dispuesto a cambiar el turno, a irse más tarde, a enseñar a los que llegan nuevos. Siempre esperando una recompensa que nunca llega porque nada es capaz de satisfacer su enorme vacío afectivo.

En una sesión de trabajo con sanitarios, a través de la técnica del rol-playing, exploramos este comportamiento con alguien que se ofreció porque normalmente mantenía esta actitud.

Llegó a aceptar extremos tan irracionales de cambios de turnos, dobles jornadas y favores que no eran ni necesarios que a todos, y especialmente a

ella nos quedó clara su falta de asertividad.

¿Qué pasa si me arriesgo a decir que no?. Cuando yo no valoro lo mío no será útil para nadie y mis regalos se tomarán como ejercicio de derechos de los otros, que se sienten libres de disponer de mis recursos. No siempre caemos en la cuenta de que eso lo hemos posibilitado nosotros mismos.

Esta reflexión me parece especialmente interesante cuando hablamos de personas, nosotros, que nos hemos querido dedicar al "ayudar" y pensamos que eso supone renunciar a nosotros mismos.

- Ante el miedo al fracaso, me convierto en el/la triunfador/a por excelencia. Es alguien que busca a toda costa el éxito, a veces por métodos realmente paradójicos.

En esta profesión: "¿Cuál es el criterio de éxito?": ¿Qué la persona se cure siempre?, ¿Qué los familiares nos reconozcan?, ¿qué los compañeros nos admiren?, ¿qué se me promoció en la organización?, ¿qué los jefes me valoren?.

Aquí vemos las múltiples trampas en las que podemos caer buscando el éxito. Tal vez este pro venga de algo más interno y desde luego, es un aprendizaje básico y fundamental el aprender a asumir los fracasos.

*Tal vez tu fracaso sea la oportunidad para darte cuenta de que no sabes a dónde vas.*

*Tal vez tu fracaso te ponga en la pista de tu verdadera realidad.*

*Tal vez tu fracaso te ablande y tus lágrimas refresquen tu piel reseca.*

*Tal vez tu fracaso te haga volver los ojos a los que ya nacen fracasados.*

*Tal vez tu fracaso te indique caminos en los que nunca habían soñado.*

*Tal vez tu fracaso te acerque a las manos tiernas que nunca conociste.*

*Tal vez tu fracaso te ponga en contacto con lo mejor de ti mismo.*

*Tal vez tu fracaso  
te haga mirar la vida del lado de la ternura.  
Tal vez tu fracaso  
te enseñe que lo que más vale es gratuito.  
Tal vez tu fracaso  
te devuelva una imagen más sincera de ti mismo.  
Tal vez, y ojala,  
tus fracasos te sean provechosos  
y puedas sentir que después de las brumas y tinieblas  
vienen los más maravillosos y cálidos días de sol,  
que después de la marcha de las personas  
vienen otras y otras diciendo tu nombre con ternura,  
que después de la fama perdida  
viene el abrazo del que te acepta como eres.  
Tal vez, y ojala  
tus fracasos formen parte de tu historia  
y puedas ver que del conjunto de páginas escritas,  
hay muchas de risas y juegos y complicidades,  
muchas en las que estás  
sonriendo  
viviendo  
compartiendo  
luchando  
y en definitiva, siendo la persona maravillosa  
que tú eres.*

(Lola Mansilla . Noviembre de 2003.)

- Ante el miedo de no tener un rol claro, a ser uno más, nos podemos empeñar en ser “los diferentes”, “los que tienen rarezas” “los que más vale que se salga con la suya que al final la lía”. Parapetarme en el “yo soy así” me proporciona una eficaz barrera para que los otros no me hagan daño. Cualquiera, al llegar nuevo a una Unidad, será rápidamente informado de quien es este personaje. Detrás, como siempre, existe una historia de frustración y dolor no expresado, pero es claro que nadie se va a atrever a preguntar.
- Ante el miedo al vacío o al sinsentido en el que a veces caemos en estas tareas, se puede uno convertir en el “conocedor profesional”. Persona que consume cursillos, libros, artículos, todo tipo de nuevas técnicas, de forma compulsiva, “atracándose de saberes” no siempre pertinentes y a veces contradictorios entre sí.

Si volvemos la mirada a nuestra época escolar es el “empollón” de la clase, el “sabelotodo”. Su relación con el saber es de acumular, no experimenta ni comparte ni vive aquello que sabe.

No es verdadero aprendizaje. Puede llegar a tener bastante poder y sentarse en lugares de toma de decisiones alejados de la práctica y las necesidades diarias del trabajo. Termina, y esto he podido constatarlo personalmente, a tener pánico a ponerse delante de un enfermo.

- Ante el miedo al dolor se puede huir hacia la búsqueda de placer, de risas, de distracción. Claro que sanamente debemos aprender a despegarnos e integrar la corriente de dolor constante que pasa cada día ante nuestros ojos, pero convertirlo en lo contrario no es lo mejor. Recuerdo aquella estudiante de 1º de Enfermería que ante la fuerte experiencia de ayudar a amortajar a una persona, le dio tal ataque de risa que tuvo que salir de la habitación. Me lo contaba confundida, y sin ninguna explicación que dar a su reacción. No había podido con aquello. Tal vez era demasiado pronto.

- Ante el miedo al conflicto me puedo revestir de una apariencia de total armonía. Las balsas de aceite no son muy humanas, ni muy reales. La actitud, sin embargo, de calma y serenidad es parte de las destrezas que tenemos que poner al servicio de nuestros pacientes a sus familiares. Estamos trabajando en contextos de “alto riesgo emocional” y eso nos está calando aun sin darnos cuenta; por ello es fundamental explorar y ordenar nuestros sentimientos.

Este huir del conflicto nos puede llevar, tanto en nuestro grupo de trabajo, como en el cuidado del enfermo a transigir con situaciones que no son buenas para nadie.

Es curioso observar a veces, como cuanto más demandante es una familia, más concesiones le hacemos o cuanto más protesta un enfermo, mejor le atendemos.

Es como si estuviéramos estableciendo la norma de que para obtener cosas hay que ser beligerante.

Vamos viendo como este camino, el del contacto con el dolor y la enfermedad, es una aventura donde lo afectivo se muestra de muy distintos colores, donde existen arañazos y roces que también se marcan en mi piel, donde la ternura y las caricias nos hacen caer en la cuenta de lo misterioso y lo mágico de lo humano.

Todo este bagaje de sentimientos entremezclados a veces se puede convertir en algo oscuro y pesado en nuestro interior, en algo que no podemos nombrar pero que existe de forma fehaciente y que a veces aparece de manera inesperada.

De aquí lo que **C. Cabarrús** llama "reacciones desproporcionadas": *"Brotan del corazón de la herida y la sobredimensionan. Tienden a tener un fuerte impacto emocional y surgen del inconsciente. Suele sorprender mucho su aparición porque no se explica su virulencia respecto a la situación actual y es que responden a temas del pasado (...) salvan de un oleaje fuerte pero luego impiden seguir nadando deprisa"*.

En lenguaje más coloquial hablaríamos de "la gota que colma el vaso". Nuestras "explosiones" nos hablan de lo que existe en nuestro interior y es bueno prestar oído y espacio para esa escucha.

2-2-3.-Mi autoestima: clave de mis recursos emocionales.

*"La persona que se conoce a sí misma, la que confía en su propia capacidad, aún con consciencia de sus limitaciones y puntos débiles y la que afronta la empresa, no comparando su fuerza con la del monstruo, sino armonizándose con su propio poder mental y espiritual. Lo digo con el sabio hindú: cuando lo que hayas aprendido de tu experiencia liberatoria (liberatoria de tus resentimientos, culpabilidades, dependencias y rebeldías) iguale o supere la cantidad de dolor que has inver-*

*tido en ella, entonces sabrás que te has liberado... que has matado definitivamente al Dragón"*.  
(F. Jiménez. Viajes hacia uno mismo.1996)

Es tan manida en la actualidad la palabra autoestima que se hace difícil un acercamiento coherente a la misma. Cuando circula en todo tipo de publicaciones, se usa para describir cualquier situación de agrado o desagrado y es posible mediarla con el primer cuestionario a mano, hablar de autoestima desde otro lugar se hace necesario.

No se trata de un canto más o menos pretencioso a lo genial que soy, ni una vacuna para la depresión o una careta productiva de cara a los demás. Es ni más ni menos que la imagen real que refleja de mí el espejo de mi vida y de mis emociones y el reto de aceptarla.

Se trata de ver mis propias cualidades, pero también mis defectos. Mis puntos fuertes y débiles. Se trata de hacer acumulo de energía para mantener lo primero y trabajar sobre lo segundo. Todo es producto del ir y venir sobre mis cosas y la claves está en hacerlo consciente.

Pero no podemos hablar de mi autoestima como de algo propio y encapsulado en mí mismo. Nuestra autoestima, se genera, crece y decrece en el contacto con los demás.

Gran parte de ella está en manos de los otros y yo soy, a mi vez, guardián de la autoestima de los demás con mis mensajes y reacciones.

Es una necesidad básica desde la infancia el saber quién somos y cómo somos, un niño pregunta insistentemente a su madre acerca de si es bueno, si es guapo, si hace las cosas bien. Parece como si necesitáramos en todo momento que alguien nos refuerce y nos hable de la pertinencia en nuestros actos.

*"Aceptarme es construir sobre la realidad que conozco, que tengo(...) Aceptarse es decirse: este soy yo, ni más ni menos que yo"*  
(J.A. García-Monge, 1998)



Tener una buena autoestima conlleva grandes dosis de realismo por un lado y mirada tierna y compasiva por otro.

Es obvio que muchos son los momentos en la vida que tambalean la idea que tenemos de nosotros mismos, que a veces es difícil sentir confianza en contextos de fuerte amenaza. Sin embargo también es en esos momentos donde podemos aprender y poner a prueba el trabajo hecho hasta ahora.

Nuestro trabajo supone el contacto con personas con gran quebranto de su autoestima. Tal vez nosotros, con nuestra actitud podamos devolverle la imagen de sus recursos y no tanto la de sus carencias.

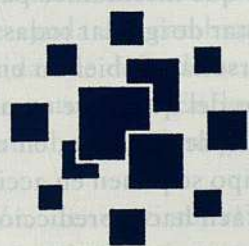
*“Gracias a esa emoción de la esperanza es por lo que vale la pena estar en la vida, por lo que la vida adquiere una significación, a pesar*

*de los riesgos, de los fracasos y de las pavorosas incertidumbres existenciales que comporta.*

*Saber que nuestro camino va a algún sitio, que hay camino o que se va haciendo al andar, como decía Machado, que allá en el horizonte hay luz sobre las cumbres, que nuestro camino nos lleva a nosotros mismos y a los otros, a los demás en la realización solidaria de nuestras potencialidades de desarrollo. La emoción endovivencial de la esperanza es lo único que justifica el SI definitivo a la existencia que todo ser que llega a este mundo está llamado a proclamar.*

*Lo que nos justifica como personas es la capacidad de alentarnos cada día para sobrevolar, como las gaviotas sobre el acantilado, alentados por la esperanza, por encima de nuestras propias decepciones, contrariedades y fracasos y de las ruindades de los demás”.*

(F. Jiménez. A corazón abierto.1996)



# agefred

Una compañía de

# Dalkia

**Mantenimiento Multitécnico  
Gestión Técnica de la Energía  
Instalaciones**

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona  
Tel. 933 340 800 Fax. 933 345 037  
E-mail: [agefred@agefred.es](mailto:agefred@agefred.es)

En este ir y venir con el que a veces vivimos nuestro estado emocional y la imagen que tenemos de nosotros mismos, si creo que es cierto que hay algunos estilos de estar en el mundo que nos hablan de estar bien con uno mismo y con los demás. Es un estar bien humilde y vulnerable, que necesita muchos cuidados, pero que puede estar bien cosido al fondo de nuestro ser.

Estos estilos estarían hechos de :

- Tolerancia: hecha de ternura, de sentido del humor. No es un **"todo vale con tal de que te guste"** tan al uso ahora. Es capacidad de tomar distancia, de confiar en el otro que mira tan distinto las cosas y acogerle, respetarle.
- Ser tolerante es ser paciente, intentar llevar algún espacio de serenidad y calma a las turbulentas aguas en las que se encuentra nuestro enfermo y a los vendavales que se declaran a veces en el pasillo del hospital.

Es convivir con lo que no nos gusta y hacer ese esfuerzo por salir de lo que nos queda de omnipotencia infantil. También a veces es reconocer que el otro **"no quiere curarse... no nos hace caso"**.

- Capacidad de asumir críticas: dejar que los otros opinen, aceptar que no siempre les va a gustar lo que hacemos e incluso abrir la posibilidad a que eso nos sirva de ayuda, nos habla de nuestra flexibilidad.

Nos movemos en entornos tan inciertos a veces con fronteras tan difusas que creo que la aportación de los que hacen con nosotros el camino es algo que no podemos desperdiciar.

No es fácil, a veces tenemos momentos de **"perseguirnos hasta con nuestra sombra"**, pero merece la pena intentarlo. Es cierto que no todo el mundo tiene la mejor intención, pero si hay algo que despierta agresividad es la postura rígida e inflexible del que se siente a salvo en cualquier situación.

- Una buena forma de resumir esta idea sería intentar ser personas **"con las que se pueda hablar"**.

- Atreverse a tomar decisiones: el asumir riesgos de manera realista, con dudas pero desde un análisis de la realidad serio y honrado. Sabiendo que las cosas pueden fallar pero asumiendo responsabilidades.

La angustia de la decisión es algo que existe muy tempranamente en nuestra existencia. Ya el niño siente el vértigo al soltarse de los brazos de la madre, probablemente se caerá, pero si no lo hace nunca aprenderá a andar.

En todas las etapas de la vida nos aparecen estos cruces de caminos: amigos, amores, formación, profesión.

Nuestro trabajo conlleva tomar decisiones que afectan a otros, podemos caer en el riesgo de pensar lo bueno que es que todo esté en el protocolo.

Es curioso todo lo que inventamos para huir de ese miedo para tratar de igualar todas las actuaciones y todas personas, sabiendo en el fondo que el estar al lado del que sufre en un encuentro único y cargado de emoción, en el que mis recursos de todo tipo se ponen en acción y en el que a veces no es fácil hacer predicciones.

- Desear agradar sin miedo a no gustar siempre: resultar cercano y amable no debe impedir que a veces mi forma de actuar no responda a los deseos del otro.

Las necesidades de la persona enferma son a veces difíciles de detectar y se despegan bastante de lo que ella pide, a veces con reivindicación y rabia.

Cuantas veces sus deseos son pura expresión de sus síntomas. Querer complacer a toda costa. Actuar desde la pena ,nos puede alejar de la eficacia y debemos poner en juego nuestras habilidades para que la persona perciba el No como un acto de ayuda.

- Valoración positiva de los demás: habla de mi autoestima el tener una mirada de aceptación y ternura hacia los otros. Hace tiempo, alguien me dijo algo muy cierto: “¿Qué me pasará a mí que me cae mal todo el mundo?”.

Los demás son en muchos casos la pantalla en la que proyectamos nuestras cosas, y así, sin apenas conocerlos nos formamos un juicio que empieza y termina en nosotros mismos, sin apenas participación del otro. Hay un ejercicio de dinámica de grupos que yo uso mucho en mis cursos que se llama “Yo supongo que tú...”.

Es increíble la cantidad de cosas que colgamos de los otros, sin apenas conocerlos. Supone una excelente oportunidad para recuperar nuestras proyecciones.

- Aprender a criticar de forma positiva: decir aquello en lo que no estamos de acuerdo sin ofender, destacando lo positivo, no generalizando, dejando todos los caminos abiertos al cambio.

Reflejar a otros la visión que tenemos de su conducta le ayudará a cambiar o le pondremos en la necesidad de defenderse, depende de nuestro estilo de actuación. En los grupos de trabajo esta es una habilidad muy importante.

- Sensación de sentirse razonablemente bien: sin exageraciones ni triunfalismos, es el sentimiento de tener un buen tono de ánimo. Que me salga más bien una sonrisa y una palabra agradable cuando pienso en cómo estoy. No vivir en la permanente queja.

¿Cuántas serán las veces en que preguntamos unos a otros ese cómo estas?. Una persona de otra cultura me hacía saber que esa no es una pregunta que espera respuesta sino más bien como un “¡hola!”. La verdad es que nadie espera respuesta sobre todo cuando la fórmula actual es: “Todo bien, ¿verdad?”.

Preguntamos a los otros con pocas ganas de escuchar respuestas y dejamos poco espacio

para preguntarnos a nosotros mismos. Tenemos que aprender a hacer hueco para estas otras constantes que son tan “vitales” como las que normalmente medimos.

Y así, con esta maleta de nuestro equipaje emocional, nos encaminamos cada día a nuestra tarea, a meternos en ese clima de alto contenido emocional, donde ofrecemos nuestra persona para que sea alivio de los que están enfermos.

### 3. La relación de ayuda: un encuentro significativo.

*Quiero que me oigas sin juzgarme.*

*Quiero que opines sin aconsejarme.*

*Quiero que confíes en mí sin exigirme.*

*Quiero que me ayudes sin intentar decidir por mí.*

*Quiero que me cuides sin anularme.*

*Quiero que me mires sin proyectar tus cosas en mí.*

*Quiero que me abracés sin asfixiarme.*

*Quiero que me sostengas sin hacerte cargo de mí.*

*Quiero que me protejas sin mentiras.*

*Quiero que te acerques sin invadirme.(...)*

(J.Bucay. Cartas a Claudia.)

Creo que estas frases podrían expresar el deseo de alguien que pide ayuda, que está enfermo, que necesita un acercamiento por nuestra parte, pero que no por ello quiere dejar de ser persona, de decidir sobre su vida.

Quiere mantener intacto su derecho a seguir siendo dueño de sus decisiones y, aún desde el sufrimiento y la carencia, seguir siendo quien es.

En la película “Amar la vida” la protagonista V. Bearing, enferma de cáncer y sola en su habitación, nos recuerda a cada momento quien es: “Soy profesora de Literatura (...) experta en los sonetos de J. Donn”.

Claro que necesita ayuda, pero no quiere perder un ápice de su identidad, de sus roles.

**ROGERS (1961)** hace la primera definición de lo que es la relación de ayuda.

*“Toda relación en la que al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada. En otras palabras, podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o ambas partes, una mejor apreciación de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de los mismos.”*

Creo que parte fundamental del cuidado de la persona enferma es hacerle caer en la cuenta de cómo puede adaptarse, de cómo puede cambiar, de cuáles son sus recursos para afrontar esta nueva situación.

Es lógica y humana la queja y la rebeldía, pero si estas son bien escuchadas, podemos dar paso a la aceptación de que la enfermedad nos abre nuevas vías a la percepción de nuestros recursos.

Todos los días escuchamos a personas que han superado graves enfermedades, cómo ahora valoran lo pequeño y perciben las cosas de otra manera. Nos lo dice **V. Frankl** desde su experiencia límite:

*“Todo lo que amamos nos lo pueden arrebatar, lo que no nos pueden quitar es nuestro poder de elegir qué actitud asumimos ante estos acontecimientos”.*

No todos disponemos de esos recursos afectivos y espirituales como para decir un fuerte SI a la vida en un campo de concentración, pero como profesionales podemos tener en el horizonte la idea de la enfermedad es un hecho biográfico susceptible de ser vivido de múltiples formas y que del dolor se puede hacer una buena oportunidad de aprendizaje ayudando

a la persona a vivirlo y expresarlo sin enquistarlo en su existencia.

Me viene la imagen de la mujer tetrapléjica debido a una agresión de su pareja que desde el no poder moverse descubre sus excelentes dotes para la pintura y pasa a convertirse en una verdadera artista que pinta con la boca. Cuenta cómo alguien la puso en el camino de aquello que podía hacer.

No se trata de sostener falacia de *“todo es posible con tal de que te empeñes”*, es el aprender a cuidar desde la confianza de las posibilidades de toda persona. Tantos desánimos, cansancios e incluso depresiones de los que nos dedicamos a acompañar el dolor de los otros están en esa sensación de tragedia vital diaria en la que sentimos que nada puede cambiar.

Algunas características de la relación de ayuda, podrían ser:

- 1. Ayudar a ver los problemas presentes:**  
hacer una evaluación objetiva de la situación y ver cómo la persona analiza su realidad actual. Qué puede hacer aquí y ahora, cómo se siente en este momento. En ocasiones son cosas muy triviales las que preocupan a la persona en un determinado momento. Se pueden dar soluciones elementales y rápidas.
- 2. Recuerdo a aquella mujer enferma terminal a la que me acerqué por si me quería decir algo y escuché: “Me molesta el roce de las sábanas en los pies”.**
- 3. Ayudar a ser agente y no paciente:**  
toda situación de enfermedad tiene un cierto carácter regresivo que nos lleva a la pasividad y la dependencia. Estos aspectos son a veces causados o acrecentados por nuestra actitud ante el enfermo y por la situación organizativa del Hospital. *“Si me acostumbro a esto nunca volveré a andar”* decía la señora de 83 años cuando después de tres meses hospitalizada el fisioterapeuta le ofrecía un andador.

4. *Ayudarle a ensayar nuevos modelos de conducta:* si hay una palabra que define la situación de enfermedad es la palabra cambio. Empezar a hacer las cosas de otra manera, desaprender hábitos anteriores que tal vez hayan sido fundamentales en nuestra vida, y aprender otros. El “yo siempre hacía esto así” debe dar paso a ver que puedo hacer ahora con un cuerpo “distinto”.

5. *Ayudarle a aumentar y mantener sus destrezas de comunicación:* si hay algo que dificulta el afrontar las situaciones es el aislamiento y la vivencia de soledad. “Cuando uno está enfermo, que solo se siente” le dice el protagonista de la película “Ganas de vivir a su mujer”.

Él intentó negar a su familia, sobre todo a sus hijas el dolor en el que vivía, hasta que cayó en la cuenta de esta era una experiencia que tenían que vivir juntos.

El ánimo depresivo nos lleva a huir del contacto con los demás, es bueno que los que nos acompañan estén atentos a ello. Más arriba hemos hablado de la importancia de esas nuevas relaciones que establecemos desde nuestra situación de enfermos.

La relevancia que adquieren los compañeros de habitación, sus familias, otros enfermos. Estos se constituyen en verdaderos grupos de autoayuda donde se comparten emociones y experiencias desde esa situación común.

6. *Ayudarle a ver el sentido de la crisis:* para que un hecho se convierta en experiencia útil necesita ser analizado, vivido en profundidad. No vale el “olvidarse de lo mal que se ha pasado”, hay que poner nombre a lo vivido. Desde su experiencia de enfermo **J. Burgaleta** expresa:

*“El dolor es el arado que abre los surcos en los que cae la inesperada simiente que luego ves crecer. En la pared blanca de la habitación*

*del Hospital hay una ventana abierta al horizonte. Pasar por una enfermedad es “ganarse otra vez la vida”:*

*Has ganado la punta de maldad que necesitan los buenos para ser buenos.  
has ganado la docena de escaleras, recámaras y dobles fondos que necesitan los cerebros para ser auténticamente imaginativos y precisos.*

*Has ganado un par de Kilos que te sientan como a una diosa anterior a la era de las liposucciones.*

*El cambio de un día a otro es infinitesimal, pero los días se van endeudando con las semanas, las semanas imponen normas a los meses, los meses profieren rigurosas últimas advertencias contra los años, imperceptiblemente y sin claudicaciones han pasado cuatro años y eres otra- la misma, claro y otra- la metamorfosis se ha cumplido.*

*Has esquivado la baba de la muerte, prendida a un hilo de risa y de miedo deslumbrante:  
te has ganado la vida los días en que la vida era tormento y también aquellos en que era juego  
(Riechman, J. Amarte sin regreso. 1995)*

## 4. A modo de conclusión. Algunas palabras finales.

Hemos intentado hacer un recorrido por ese camino de ida y vuelta que es el de la queja el dolor, la enfermedad y nuestra tarea de acompañarlo.

¡Qué mágica e inexplicable es esa relación entre la mano que pide y la mano que da!

Si no hay encuentro humano neutro este será probablemente uno de los más cargados de afectos de múltiples colores e intensidades que fluyen de manera suave o escarpada, rápida o lenta, expresados o silenciados.



Celebración de los 100 años de presencia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios al servicio de la salud mental en Cholula (México). 1910-2010

## **Aportación de experiencias por el sufrimiento. Experiencia de una familia ante la enfermedad del hijo.**

> Claudia Jornada Montalvo.

Para conmemorar la celebración de los 100 años de presencia de la Orden Hospitalaria de S. Juan de Dios en el Sanatorio Ntra. Sra. de Guadalupe, en Cholula (Puebla) México, se organizaron unas Jornadas de Pastoral de la Salud en la propia ciudad.

Dentro del programa de las mismas se diseñó una Mesa en la que se expusieron diversas aportaciones sobre "Experiencias ante el sufrimiento".

Una de ellas es la que recogemos en el presente número de LH.

La Licenciada Claudia Jordana Montalvo expuso la referente a la propiciada por su hermano. Una vida que cambió radicalmente en un instante y que hizo cambiar y resituarse a toda la familia.

Agradecemos a la Lic. Jordana la disponibilidad que tuvo a la hora de autorizarnos la publicación de dicha experiencia que entendemos puede ser de interés para muchos de nuestros lectores. ▶

Mi nombre es **Claudia Jordana Montalvo** y soy hermana de **Enrique Jordana**, quien ha estado en el Sanatorio de Nuestra Señora de Guadalupe desde hace más de 30 años.

Cuando me preguntaron si quería compartir mi experiencia personal y la de mi familia en este foro, me sentí muy honrada y entusiasmada.

Pero a la hora de la verdad, cuando me senté y me pregunte en que me había comprometido, la cosa fue diferente.

¿Por dónde empezar?, ¿cuánto podría decir a quienes me escuchen?, ¿cuánto podría compartir hoy con ustedes de esta experiencia de vivir con un ser trágicamente limitado?, ¿cuántas cosas hay que no pueden comunicarse verbalmente, por qué muchas cosas han de ser sentidas, experimentadas, vistas, y son muy difíciles de expresar con palabras?

He recordado mucho en estos días, hice un recorrido por todos los sucesos que he reunido para relatar. Vienen a mi mente imágenes de hace mucho tiempo; veo un día soleado, una mañana como otra cualquiera, una calle, una puerta abierta. Mi madre se ocupaba en sus quehaceres y mis hermanos jugando con los vecinos.

En lo alto de un árbol mi hermano Francisco observa a otros niños y a Enrique nuestro hermano mayor, que veloz lleva ventaja a los otros chicos en su bicicleta, cuántas risas, ¡qué diversión!, ¡más velocidad!... en la emoción, no pudo evitar voltear atrás y ver la ventaja ganada pero..., de la esquina próxima surgió un automóvil dando la vuelta, ajeno a tanta algarabía, ¡qué sorpresa!... los dos vehículos no pueden ya detenerse, la colisión es inevitable y Enrique sale disparado por el aire sin control, hasta caer bruscamente en el suelo con la cabeza hecha pedazos.

Silencio. Ya no hay más risas, sólo asombro, en lo alto del árbol, Paquito observa con los ojos muy abiertos y con el corazón apretado de angustia.

¿Cuánto tiempo pasó? Cómo todo puede cambiar en un momento. La vida entera puede tomar una ruta distinta en un segundo. Qué frágiles somos.

¿Y qué paso después?

Nuestra familia sufrió una transformación.

¿Qué transformación fue ésta? Una en la que todos sus miembros, uno por uno, fuimos sometidos a la prueba del sufrimiento.

Después del accidente, el ambiente en nuestra casa fue decayendo, recuerdo de muy pequeña que en las Navidades; venían muchas personas a nuestra casa: tíos, primos, amistades. Se encendía la chimenea y en la repisa se encontraban muchas felicitaciones impresas con motivos del nacimiento, estrellas y peregrinos.

Se compartía la cena y los adultos conversaban hasta tarde, no había penas entre nosotros, la vida era simple, alegre y despreocupada, después ya no fue lo mismo.

Todo cambia cuando un miembro de nuestra familia es afectado por la enfermedad, la desgracia o la muerte. No podemos elegir dar la espalda, estamos vinculados por lazos indestructibles y nos arrastra.

Algunos enfermos como Enrique son producto de un suceso y otros han nacido así, pero ese no importa, el proceso al final es el mismo: las preguntas que nos hacemos son las mismas ¿Por qué a mí? ¿Existe Dios? ¿Soy culpable?

En este círculo en el que estamos todos los que hoy nos reunimos aquí, todos somos protagonistas. Pero si de un comienzo se trata, podría decir que es en la familia donde ocurren y nacen estas histerias, es en la familia donde tiene que afrontarse la pena, la pérdida y las consecuencias, es la familia la primera y la última afectada y dónde comienza y termina la responsabilidad, moral, económica y espiritual.



Recuerdo cómo mi casa se volvió un lugar donde se instaló la vigilancia. Todos nos vigilábamos y nos observábamos.

Las emociones fuertes se hicieron presentes, también se hizo presente la amargura, la aceptación forzada, el retomar la vida como se pudiera y cada quien cargó con su parte de la experiencia, yo, escogí el silencio y me recliné en mi mundo interior. El dolor nos aisla, nos hace silenciosos.

A mi mamá, una mujer fuerte, de convicciones y acostumbrada a luchar, le sucedió que en su afán de fortalecerlo, ella hubiera querido que a los demás no nos afectara, que no sufriéramos, que no nos doliera y sé que de haber podido ella hubiera cargado con todo, por nosotros, por protegernos, por amor.

Para enfrentar la situación tomó una actitud estoica y aparentemente controlada, pero se fue

volviendo áspera, dirigente, hiperactiva y poco afectuosa, ser fuerte tiene un precio y no la culpa.

Mi padre, que era un hombre sensitivo, lo aplastó la pena y lo sumió en un letargo que muchísimo tiempo después supimos era depresión crónica, pero no teníamos el conocimiento como ahora de esos trastornos y jamás lo atendimos, nunca pudo superar la pena, de hecho en sus últimos años no vino más a visitar a Enrique porque caía en una tristeza tal que hacía más difícil cada visita.

Enrique estuvo varios días inconsciente, el trauma para su cerebro fue contundente pero al menos al principio todo parecía volver a la normalidad, parecía que el trago amargo había pasado, se recuperó y regresó al colegio pero no pasó más de un año antes de que comenzara a mostrar conductas extrañas. ¿Qué le pasa a Enriquito? que dejó de hablar coherentemente,

# Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15

Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90

08022 BARCELONA

comenzaron los berrinches, las escapadas de casa, la agresión física.

Se volvió cotidiano ver a Enrique casi permanentemente ansioso o destruyendo cosas, mi mamá y mi papá estaban alerta porque en varias ocasiones se salió de la casa y muchas veces se perdió, después de buscarlo durante la noche mi hermano Paco y mi papá regresaban muertos, lo iban a encontrar por fin, muy lejos, dormido entre periódicos en la terminal de autobuses del norte de la ciudad.

Robaba objetos de la casa, era víctima de malvivientes en la calle, era impertinente, insolente y grosero. Yo todo lo veía, pero como no querían que me afectara, cuando ocurrían estas cosas por lo general estaba en mi cuarto.

Sólo oía, oía y oía el llanto de mi mamá, los gritos de mi papa, la angustia de mi otro hermano y yo, no sabía qué hacer, sólo guardaba silencio y me escondía para escuchar mejor metiéndome más entre las cortinas junto a la puerta.

Y pienso en mi mamá como siempre, perseverante en su búsqueda de un diagnóstico favorable, uno que le devolviera la posibilidad de la rehabilitación de Enrique. Pero todas las opiniones coincidieron finalmente: el daño que Enrique sufrió es inoperable, no se cure y nunca podrá ser una persona normal, siempre tendrá que estar medicado, con supervisión especializada y siempre será un ser desvalido.

Ustedes que escuchan mi historia han estado cerca de estas situaciones, sabrán cuán doloroso es...

Finalmente, con mucha fortaleza y miedo mi mamá llegó a la conclusión de que no era posible vivir con él, era peligroso que no pudiéramos controlarlo y todos ya estábamos muy afectados; había llegado el momento de separarlo de la familia para que se le atendiera y los demás pudiéramos vivir lo mejor que se pudiera a pesar de todo. Ella tuvo el valor de tomar esta decisión.

Y así comenzó la búsqueda de un lugar apropiado para Enrique, yo acompañé muchas veces a mi mamá en sus visitas a diferentes instituciones y aunque era pequeña, me impresionaba.

Ningún lugar te gusta, entras y ves adultos convertidos en adolescentes, personas con las actitudes y conductas propias del retraso mental, algunos lugares parecían de un cuento de horror, salones alfombrados apestando a orina, "salas de juego" o jardines con hombres y mujeres con diferentes trastornos, gimiendo, gritando, desnudos, que se acercaban a uno con curiosidad tal que incomodaba. Hubo malos tratos y también indiferencia en esos lugares.

¿En dónde puso sus sueños de ver a su hijo con un uniforme de graduación? ¿Qué hizo con sus ganas de verlo convertido en un hombre tal vez con éxito y una familia?

¿Cómo se acepta el hecho de que tu hijo no sanará? ¿Y el pensamiento que no la abandonó hasta el último día: si a mí me sucede algo, ¿quién se hará cargo de mi hijo?

Yo, mi hermano Paco, mi papá y mi mamá tratamos de hacernos a la idea que ASÍ tenía que ser nuestra vida, pues NADA iba a cambiar. O tal vez sí.

Después de cerca de 10 años de búsqueda, mi mamá supo del Sanatorio de Guadalupe y de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios al Servicio de la Salud Mental, allá en la ciudad de México, pero como no había cupo, Enrique fue admitido en éste que está aquí en la hermosa ciudad de Cholula.

Muchos años han pasado desde entonces, más de 30 desde que Enrique vino a vivir aquí con ustedes, a este lugar donde hay paz, atención y respeto para el enfermo, para la familia y para la misión que Dios ha puesto en sus manos.

Quiero hablarles de mi visión; la que estoy segura es común entre muchas de las familias que

pertenece a la comunidad del Sanatorio de Guadalupe. Quiero hacerlo, no porque sea parte necesaria de mi discurso, sino porque es para mí indispensable reconocer el inestimable valor de su ayuda.

Ayuda que sale de los muros del Sanatorio para llegar a la comunidad, hasta donde estamos los familiares de sus pacientes.

En el caso de mi familia, la tranquilidad de saber que Enrique está integrado en un lugar donde se encuentra bien atendido, nos devolvió a todos la paz, sin embargo; nunca dejamos de sentirnos afligidos por él.

Lo importante es que, gracias a esa paz, pudimos retomar nuestras vidas. El trabajo que ustedes realizan nos permite a nosotros una vida más equilibrada y productiva, porque las familias de sus pacientes están compuestas por personas que luchan, que trabajan, que aportan su parte a este vasto tejido de la vida de la cual formamos parte todos.

Pero en este caso, entre los familiares y ustedes los religiosos, los médicos, profesionales de la psiquiatría, la psicología, las enfermeras, cuidadores y todos los que estamos aquí, entre nosotros y ustedes existe algo especial. Compartimos algo. Estamos ligados por una causa, la misión que nos toca nos involucra a todos.

¿Qué es lo que creo que compartimos? Creo que compartimos la compasión. Una inspiración común en los afectados mentales. De muchas maneras, nuestros esfuerzos e interés se unen en bien de ellos. He aprendido que la compasión es un manto que se da y se recibe muchas veces en este círculo.

Quiero por último, me permitan hablarles de mi experiencia personal con un enfermo mental.

Al tornar la estafeta que mi madre me entregó, no sabía lo que esta tarea podía significar. Necesité tiempo para aceptarlo.

Me llevó tiempo comprender mi compromiso. Sentir la responsabilidad. Continuar la labor.

Pero aprendí mucho. He aprendido muchísimo a través de hacer mía la causa de Enrique. Con el tiempo, esta tarea adquirió un significado que abrió nuevas experiencias a mi vida, experiencias conmovedoras, alegres, reflexiones..., en fin; todo va a dar al corazón.

Se me fortaleció el corazón y me alegro ahora de ser capaz de sobrepasar esa inquietante sensación que da el reconocimiento del ser que vive adentro de cada uno de nuestros enfermos, adentro, en lo profundo, ahí están sin duda todas esas cosas que todos necesitamos para ser humanos: ellos necesitan amor, necesitan no estar solos, comunicarse, necesitan nuestro apoyo...

Para mí, una prueba de lo que digo está en ese poema escrito por mi hermano hace ya algunos años:

### **El Rostro** por Enrique Jordana Montalvo

*Que tu rostro no se oscurezca ni endurezca  
por el frío, que siempre permanezca con tu  
gesto y no se desvanezca como el calor.*

*Que tus ojeras tengan acento propio con  
versatilidad escondida.*

*Que tus ojos no se nublen, que tus pupilas brillen  
en el silencio de la tranquilidad.*

*Que tus mejillas no se marchiten, que fuljan de salud.*

*Que tus labios no se sequen, ni marchiten,  
que luzcan y vivan con humedad discreta.*

*Y vence la vida para que no te venza,  
y del ego no pretendas saber,*

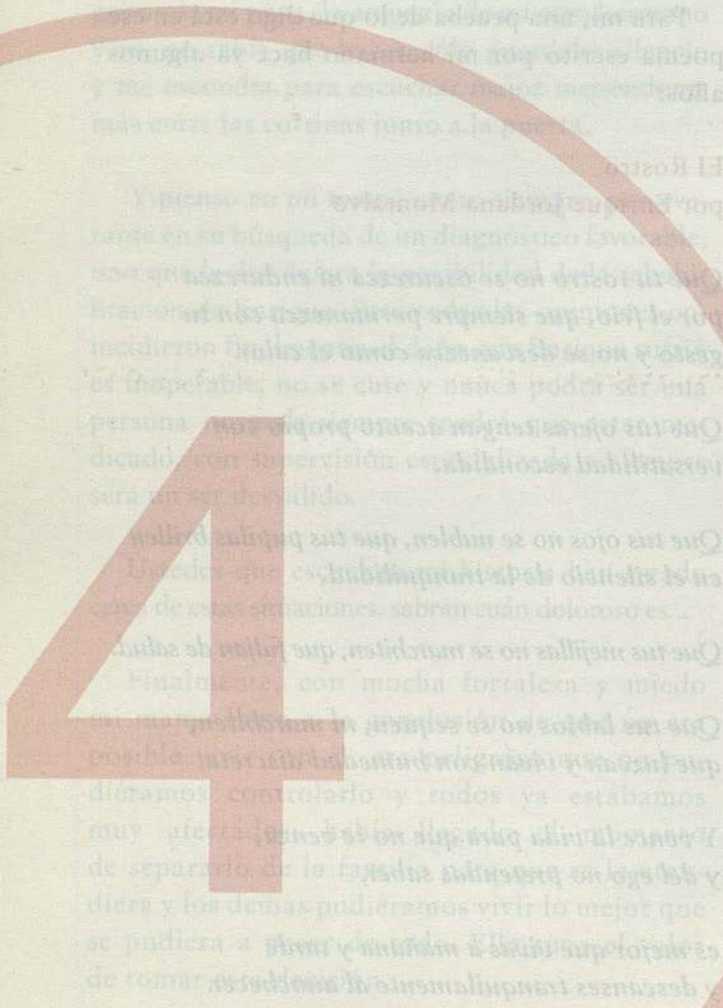
*es mejor que vivas a mañana y tarde  
y descanses tranquilamente al anochecer.*

Creo que esta es una gran oportunidad para todos nosotros de servir. Creo que Dios nos ha dado habilidades de acuerdo con nuestras necesidades y que, el empleo de estas habilidades nos enseña a colaborar y a superar las limitaciones de esta vida.

La compasión de esto nos capacita para brindar algo a los que nos rodean.

Nuestros dones y habilidades nos son dados para permitirnos servir y nuestro servicio a los demás supone nuestro avance espiritual.

Nuestro camino no es triste, está lleno de amor.



[www.sanjuandedios.net](http://www.sanjuandedios.net)





Quisiéramos explicarle muchas cosas sobre nosotros...

Que somos los líderes en el mercado de la Restauración Colectiva.

Que pertenecemos a Compass Group, el mayor operador de restauración a nivel mundial, presente en más de 65 países.

Que en España atendemos a más de 1800 clientes.

# El sabor de la experiencia

Podríamos explicarle muchas cosas más...

Pero no queremos cansarle con datos y cifras, porque lo que ofrecemos es **SERVICIO** y los servicios van dirigidos a **PERSONAS** y las **PERSONAS** sólo acuden a quien les genera **CONFIANZA**.

Eurest Colectividades, S.L.

**Sede Social**  
Camino de la Zarzuela, 19-21  
Aravaca - 28023 Madrid  
Tel.: 91 542 53 39  
Fax: 91 740 25 48

#### Delegaciones y Oficinas

A Coruña Tel.: 981 63 61 74  
Alicante Tel.: 96 568 20 30  
Barcelona Tel.: 93 470 29 80  
Bilbao Tel.: 94 454 15 88  
Girona Tel.: 972 47 40 13  
Las Palmas Tel.: 928 57 44 16  
Madrid Tel.: 91 542 53 39  
Málaga Tel.: 95 236 81 22  
Oviedo Tel.: 98 511 35 80  
Palencia Tel.: 979 16 59 35  
P. Mallorca Tel.: 971 49 14 53  
Sevilla Tel.: 95 418 57 55  
Tarragona Tel.: 977 29 22 73  
Tenerife Tel.: 922 25 60 40  
Valencia Tel.: 96 337 83 10  
Vigo Tel.: 986 26 56 30  
Zaragoza Tel.: 976 22 63 07



## MEDIREST



**Eurest Services**  
Support Services

**Eurest**  
Restauración Sector Empresa

**Scolarest**  
Restauración Sector Educación

**MEDIREST**  
Restauración Sector Salud

**VITarest**  
Comida a domicilio

**VILAPLANA**  
Alta Restauración

