



PH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

**El Cuidado de
la Creación con
Hospitalidad
Ecológica.
Cuidado
humano desde
lo no humano.**

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

n.336-337

MAYO/DICIEMBRE

2-3-2023



Año 70. Tercera Época
Mayo/Junio/Agosto/Septiembre/
Octubre/Noviembre/Diciembre
Número 336-337. Volumen LIV

Consejo de Redacción

Dirección

Calixto Plumed Moreno O.H.

Director adjunto

José María Galán González-Serna

Coordinadores

Humanización

Isabel Grimal; Josep Antoni Boix

Pastoral de la Salud y Social

Begoña Moreno Guinea; Susana Queiroga

Ética de la Salud y Social

Carmen Massé; José María Bermejo OH

Redacción - Maite Hereu

Administración - Dolores Sáenz

Consejo Asesor

Humanización

Jesús Pineda OH; Anna Ramió; Raquel Sisas

Ética de la Salud y Social

Jacinto Bátiz; Margarita Bofarull, rscj;

M^a Pilar Núñez-Cubero; Anna M. Prats;

Manuel de los Reyes López

Pastoral de la Salud y Social

Amador Fernández OH; Marije Goikoetxea,

José Luis Méndez; Mercé Puig-Pey

Dirección y Redacción

Curia Provincial

San Juan de Dios de España

Edificio San Juan de Dios

Av. Concha Espina, 32 28016 Madrid

Teléfono. 91 387 44 99

laborhospitalaria@sjd.es

Fotografías

Cristina Alcalá Hémica

Pixabay

Abstracts

Manners Traduccions

Información y suscripciones

laborhospitalaria@sjd.es

www.laborhospitalaria.com

www.laborhospitalaria.com

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



00/ Editorial. p6

Discurso del Papa Francisco:
El bien común en la era digital. p10

Discurso del Papa Francisco a los
miembros de la Pontificia academia
para la vida. p14

Cuidado de la Creación para
una Hospitalidad Holística. p16

01/ Ecología integral: terapia ecológica.
Calixto Plumed Moreno O.H. p22

02/ Implicaciones a corto plazo
de la inteligencia artificial
en la atención sanitaria.
Diego Urgelés Puértolas. p36

03/ Tecnologización sanitaria
y fragmentación del cuidado.
Josep Antoni Boix Ferrer. p44

04/ La relación de confianza
en salud mental.
Montse Esquerda y Josep Pifarré. p52

05/ El cuidado desde lo humano.
Julio de la Torre. p62

06/ ¿Relación yo-tú
en la intervención social?.
Juan A. Diego Esquivias O.H. p70

07/ Experiencias. p74

7.1/ Humanizar la arquitectura de forma lúdica.
Proyecto de ambientación del nuevo Pediatric
Cancer Center de Barcelona. .

Rai Pinto – Dani Rubio Arauna.

7.2/ Historia y tecnología al servicio del

paciente (o) cuando las luces se apagan.

Susana Calle y Xavier Guindano Laborda.

7.3/ La tablet en el trabajo social clínico.

José Luis Carcedo Marín.

7.4/ La animación sociocultural como

herramienta de cambio.

David Oreiro.

08/ Recursos. p88

Recomendaciones bibliográficas.

Alicia Castro y Sonia Marín.

Normas de Publicación

Normas generales para la presentación de artículos.

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

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

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

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

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

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

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

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

de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

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

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

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

Acceso al fondo bibliográfico y pautas de suscripción

La microsite www.laborhospitalaria.org permitió en su momento tener acceso al fondo bibliográfico de la revista desde 1972 para todos los interesados en temas de humanización, ética y pastoral de la salud, dejando para los suscriptores el acceso a los contenidos de los dos últimos años. Sin embargo, este 2019 los Hermanos de San Juan de Dios han decidido abrir la publicación online a todos los internautas, eliminando el pago de la suscripción online por los contenidos de los dos últimos años.

Se mantiene la suscripción en papel con la que recibir la publicación por correo postal al precio de **36€** para España y **50€** o **50\$** para el resto de países. Para suscribir sólo hay que mandar un correo electrónico a laborhospitalaria@ohsjd.es con los datos personales, dirección donde recibir la revista y número de cuenta para domiciliar el pago.

Para cualquier duda o consulta pueden ponerse en contacto a través de nuestro correo electrónico: laborhospitalaria@sjd.es o llamar al 936 303 090 (ext. 12482)

Precio de las suscripciones

LH Año 2024	Papel / Digital	36 € - España
		50 € - Europa
		50 \$ - USA

Les informamos que sus datos serán responsabilidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y se tratarán para el envío de publicaciones, y bajo la legitimación de su consentimiento. No se cederán datos a terceros, excepto que sea obligación legal. Si desea ejercer sus derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos reconocidos, o para más información, pueden contactar con sanjuandedios.dpo@sjd.es



editorial

El Cuidado de la Creación con Hospitalidad Ecológica. Cuidado humano desde lo no humano

Terapia génica, nanomedicina, inteligencia artificial (IA), ... las nuevas tecnologías están propiciando avances inéditos en numerosos ámbitos de nuestro entorno y en la propia vida. Asistimos a una revolución médica, asistencial y personal.

Todos estamos en el mismo barco: la especie humana, los animales y las plantas; todos los seres que tienen vida y lo inanimado. Es decir, somos un todo y hay que seguir dando la razón a **José Ortega y Gasset** cuando nos advierte:

“Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo”.

Por lo tanto, nos atrevemos a afirmar que, constituimos una unidad de destino en lo universal.

De ahí que la Ecología Integral, sea

—
 Dar una respuesta al clamor de la tierra, al clamor de los pobres, a la economía ecológica, al cambio de nuevos estilos de vida más sencilla, a una educación ecológica, asumiendo una espiritualidad ecológica y, en definitiva, en un empeño comunitario y la participación activa en el cuidado de la creación.

Tenemos en consecuencia estos grandes desafíos: el cambio de las condiciones de vida del hombre en el mundo tecnológico; el impacto de las nuevas tecnologías sobre la definición misma de “hombre” y de “relación”, con particular referencia a la condición de los sujetos más vulnerables; el concepto de “conocimiento” y las consecuencias que se derivan.

Estamos inmersos en una sola y compleja crisis socio-ambiental. El problema ecológico está muy relacionado con la nueva concepción antropológica que el mundo moderno oferta en la humanidad, donde el hombre se ha posicionado en el centro de la creación, sintiéndose superior y atribuyéndose el derecho de utilizar el resto del orbe para alcanzar sus propios beneficios.

Se precisa una seria reflexión sobre el valor mismo del hombre. Es necesario, en particular, reiterar con decisión la importancia del concepto de conciencia personal como experiencia relacional, que no puede prescindir ni de la corporeidad ni de la cultura.

En la red de las relaciones, tanto subjetivas como comunitarias, la tecnología no puede suplantar el contacto humano, lo virtual no puede sustituir lo real y tampoco las redes sociales el ámbito social. No podemos ceder a la tentación de hacer prevalecer lo virtual sobre lo real.

Cuidar es un verbo de acción, y donde necesariamente hay un sujeto que recibe el cuidado. Las raíces del cuidado no son exclusivamente humanas, pero sí que son sustantivamente homínidas. El cuidado es una constante desde las primeras comunidades humanas y configura el hecho mismo de la civilización: sin el cuidado mutuo no es posible el desarrollo humano, y no sería posible tampoco la supervivencia de la especie.

Habremos de tener cuidado en que no desaparezca la privacidad, ya que estaría implicada la libertad. ¡Ojo que la libertad está en peligro si nos dejamos invadir por el totalitarismo de las nuevas tecnologías! Estemos alerta para que la ciencia no deje de estar al servicio del hombre y no al revés, porque la ciencia y la tecnología va más deprisa que el ser humano. Hay que defender que el progreso esté y siga siendo humano.

La IA ya está aquí: es el presente, no el futuro. No hay marcha atrás. Estamos ante un cambio de paradigma que está remodelando completamente la sanidad. Las transformaciones ya están tomando forma, y aunque los primeros pasos sean graduales, nos dirigimos hacia una disrupción completa del modelo asistencial tal y como lo conocemos. Nos veremos obligados a reconsiderar conceptos que hasta ahora parecían inalterables, como el papel de los diagnósticos en nuestra comprensión de la salud. Pero, ante todo, la inteligencia artificial nos obliga a un reencuentro con nuestra humanidad, a una reflexión profunda sobre lo que significa ser humanos en la era de las **máquinas pensantes**.

El documento que aportamos en **Labor Hospitalaria** “Cuidado de la Creación para una Hospitalidad Holística. Reflexión sobre Ética Medioambiental”, de la Comisión General de Bioética, presentado a toda la Orden Hospitalaria y a la Congregación de las Hermanas Hospitalarias el 8 de septiembre, es el resultado de una reflexión que se viene desarrollando sobre el cuidado de la tierra en el contexto de la Hospitalidad.



“Cuidado de la Creación” presenta su contenido estructurado en torno a la ética medioambiental, sus raíces y fundamentos bíblicos, y finaliza con una propuesta descriptiva para el mundo de la Hospitalidad, basada en la Encíclica [Laudato Si’](#).

Se insiste que,

“Como hospitalarios, estamos llamados a “cooperar como instrumentos de Dios en el cuidado de la creación” de todas las maneras posibles. Estamos llamados a abrirnos a nuestro entorno, a escuchar con atención a todas las criaturas que habitan este pequeño planeta, nuestra casa común; debemos ser compañeros de diálogo, aportando nuestra contribución específica a la curación de nuestro mundo y de las personas que viven en él”.

Un mundo mejor es posible gracias al progreso tecnológico si éste va acompañado de una ética basada en una visión del bien común, una ética de libertad, responsabilidad y fraternidad, capaz de favorecer el pleno desarrollo de las personas en relación con los demás y con la creación.

Sin embargo, el desafío más grande que hemos de abordar, con la llegada de la inteligencia artificial, no es tecnológico, sino humano. El riesgo no está en la adopción de estas herramientas, sino en olvidar que la esencia de la asistencia reside en las personas. Las profesiones asistenciales son un acto de humanidad. No podemos permitir que la fascinación por la técnica nos distraiga de nuestra misión fundamental: aliviar, acompañar y cuidar. Porque la IA puede cambiar la forma en que diagnosticamos y tratamos, pero no debe alterar el por qué lo hacemos.

No olvidemos que la asistencia y el cuidado es un acto de amor. Cada decisión y cada acción, desde el escuchar al enfermo o usuario en un primer contacto, hasta el gesto del bisturí

durante una intervención quirúrgica, debe estar impregnado de este entendimiento.

Cabe preguntarse, llegados a un futuro donde la IA sea una realidad que se nos impone, ¿sería concebible, rentable y óptimo que autómatas autoconscientes aglutinaran el repertorio completo de cuidados posibles, deviniendo una suerte de supercuidadores? Porque, al fin y al cabo, como cuidadores, al acercarnos a quien sufre, solo podemos concebir el dolor que, de alguna manera, en alguna medida, alguna vez, también nosotros hayamos sentido.

¿La IA es una amenaza? ¿Es un peligro contra los derechos de autor y otras creaciones? Siempre que aparecen estas cuestiones, han aparecido soluciones creativas que han ayudado a superar las crisis y los temores: plataformas de **streaming** y otras. Se ha recuperado el equilibrio y las formas, diversas y enriquecedoras.

¿A dónde vamos y quiénes seremos en el futuro hipertecnologizado que hemos comenzado? Afectará a nuestra existencia, afectará a todas las esferas humanas, o mejor, a todo lo que nos hace humanos. Pero no hay que caer en el derrotismo como si estuviéramos en camino de un genocidio existencial, como llama [César Antonio Molina](#).

Está bastante claro y es evidente que, con los avances tecnológicos, va disminuyendo la capacidad de pensar y reflexionar y, como consecuencia, va disminuyendo la dimensión espiritual del hombre. El hombre tiene el riesgo de resultar un dios con prótesis de todo tipo. Pero no hay que caer en la creación de una sociedad, de una humanidad sin esperanza.

La cultura se ha identificado como creación de las personas. ¿Cómo va cambiar esta cultura la IA y la creatividad? No lo sabemos, aunque ya lo estamos sospechando. Hemos de estar atentos a los aspectos éticos que seguirán siendo humanos. Hay que compaginar la formación ética, la honradez con la legislación que, a veces, suele resultar tiene un carácter punitivo más

que formativo: pues la letra entra mejor con una óptima información y formación que con un castigo, dolor o multa. Seamos realista y optimistas: según Elon Musk el 20% de cosas malas traerá la IA, frente al 80% de positivas.

El futuro depende de la educación en valores, en nuevos hábitos higiénicos, en respeto a los demás. Aprender de la historia, para no repetir lo que hemos hecho, ya que las consecuencias pueden ser similares. A desterrar la indiferencia y, a integrar la espiritualidad. A tomar conciencia de la vulnerabilidad de la persona. A considerarnos integrantes del mundo ([Laudato Si’](#)) y sabremos dialogar mediante las conversaciones y los pactos.

Es importante conservar el legado ético de pasadas generaciones, creando conciencia y pensamiento crítico ante eventualidades pasadas. Se necesita afirmar en las nuevas generaciones una conciencia madura basada en criterios de valores.

El campo educativo, independientemente su modalidad y nivel, es uno de los campos privilegiados y potenciales en la conservación de la cultura, ética y ecología, en fin, del patrimonio humano.

Ahora habremos de decir que no hay otra alternativa que cambiar, cambiar a otro estilo de vida, pues con el que hemos llevado, ya conocemos sus efectos. Cambio cognitivo y cambio comportamental, no hay otra solución. Lo que pasa es que nos falta la voluntad de aprender.

Ronda una idea que está muy directamente relacionada con el fondo de la intervención social. En San Juan de Dios cuando alguien llega a uno de nuestros dispositivos no debemos pretender o buscar especialmente que “**la persona cambie**” sino que, debemos volcar, sí, todas nuestras energías en crear un ambiente, presentar unos espacios, instalaciones, tener un ambiente laboral y relacional de tal forma cuidados que “**se puedan producir cambios en las personas**”. Es una ecología humanizada.

En la presente publicación de [Labor Hospitalaria](#), se encarnan experiencias que están sirviendo para encontrar algún sentido a cuanto nos está sucediendo y en especial ante la invasión de la técnica que nos debe impulsar, más que al pesimismo, a la asimilación e integración de la misma con una dimensión de acogida en Hospitalidad que nos caracteriza. Sencillamente porque nos está moviendo el espíritu de la Hospitalidad ecológica que siempre hemos respirado.

[Calixto Plumed Moreno, O.H.](#)
Director

*El papa Francisco a los participantes
en un seminario sobre
“El bien común en la era digital”
Sala Clementina.
Viernes, 27 de septiembre de 2019*



Doy la bienvenida a todos los participantes en el Encuentro sobre el “**Bien Común en la Era Digital**”, promovido por el **Pontificio Consejo para la Cultura y el Dicasterio para el Servicio del Desarrollo Humano Integral**, y agradezco al cardenal Ravasi su presentación. Los notables avances en el campo de la tecnología, especialmente en el de la inteligencia artificial tienen cada vez más implicaciones significativas en todos los ámbitos de la actividad humana; por lo tanto, considero que los debates abiertos y concretos sobre este tema son más necesarios que nunca. En mi Encíclica sobre el cuidado de la casa común, tracé un paralelismo básico: el beneficio incuestionable que la humanidad puede obtener del progreso tecnológico (cf. **Laudato si'**, 102) dependerá de la medida en que se utilicen éticamente las nuevas posibilidades disponibles (cf. **ibid.**, 105). Esta correlación requiere que, paralelamente al inmenso progreso tecnológico en curso, haya un desarrollo adecuado de la responsabilidad y los valores.

De lo contrario, un paradigma dominante -el «**paradigma tecnocrático**» (cf. **ibid.**, 111)- que promete un progreso incontrolado e ilimitado se impondrá y quizás incluso eliminará otros factores de desarrollo con enormes peligros para toda la humanidad. Con vuestros trabajos, vosotros, habéis querido contribuir a prevenir esta deriva y a hacer concreta la cultura del encuentro y del diálogo interdisciplinario. Muchos de vosotros sois actores importantes en diversos ámbitos de las ciencias aplicadas: tecnología, economía, robótica, sociología, comunicación, ciberseguridad, y también filosofía, ética y teología moral. Precisamente por eso, expresáis no sólo diferentes habilidades, sino

también diferentes sensibilidades y enfoques variados de los problemas que fenómenos como la inteligencia artificial abren en los sectores de vuestra competencia. Os agradezco que queráis encontraros entre vosotros en un diálogo inclusivo y fecundo, que ayude a todos a aprender unos de otros y no permita a ninguno encerrarse en sistemas preconfeccionados.

El principal objetivo que os habéis fijado es ambicioso: alcanzar criterios y parámetros éticos básicos, capaces dar orientaciones sobre las respuestas a los problemas éticos que plantea el uso generalizado de las tecnologías. Soy consciente de que, para vosotros, que representáis tanto la globalización como la especialización del conocimiento, debe ser arduo definir algunos principios esenciales en un lenguaje que sea aceptable y compartido por todos. Sin embargo, no os habéis desanimado en el intento de alcanzar este objetivo, enmarcando el valor ético de las transformaciones en curso también en el contexto de los principios establecidos por los Objetivos de Desarrollo Sostenible definidos por las Naciones Unidas; de hecho, las áreas clave que habéis explorado ciertamente tienen repercusiones inmediatas y concretas en la vida de millones de personas.

Es común la convicción de que la humanidad se enfrenta a desafíos sin precedentes y completamente nuevos. Los nuevos problemas requieren nuevas soluciones: el respeto de los principios y de la tradición, de hecho, debe vivirse siempre con una forma de fidelidad creativa y no de imitaciones rígidas o de reduccionismo obsoleto. Por lo tanto, creo que es digno de elogio que no hayáis tenido miedo de enunciar, a veces también

de forma precisa, los principios morales tanto teóricos como prácticos, y que los desafíos éticos examinados se hayan abordado precisamente en el contexto del concepto de “bien común”. El bien común es un bien al que aspiran todas las personas, y no existe un sistema ético digno de ese nombre que no contemple ese bien como uno de sus puntos de referencia esenciales. Los problemas que habéis sido llamados a analizar conciernen a toda la humanidad y requieren soluciones que puedan extenderse a toda la humanidad.

Un buen ejemplo podría ser la robótica en el mundo laboral. Por un lado, podrá poner fin a algunos trabajos fatigosos, peligrosos y repetitivos -**pensemos en los que surgieron a principios de la revolución industrial del siglo XIX**- que a menudo causan sufrimiento, aburrimiento y embrutecimiento. Sin embargo, por otro lado, la robótica podría convertirse en una herramienta puramente eficiente: utilizada sólo para aumentar beneficios y rendimientos, privaría a miles de personas de su trabajo, poniendo en peligro su dignidad.

Otro ejemplo son las ventajas y los riesgos asociados con el uso de la inteligencia artificial en los debates sobre las grandes cuestiones sociales. Por una parte, se podrá favorecer un acceso más grande a las informaciones fiables y garantizar, pues, la afirmación de análisis correctas; por la otra, será posible como nunca antes, hacer circular opiniones tendenciosas y datos falsos, “**envenenar**” los debates públicos e incluso manipular las opiniones de millones de personas, hasta el punto de poner en peligro las mismas instituciones que garantizan la convivencia civil pacífica. Por eso, el desarrollo tecnológico del que

todos somos testigos requiere que nos reapropriemos de nosotros mismos y reinterpretemos los términos éticos que otros nos han transmitido. Si el progreso tecnológico causara desigualdades cada vez mayores, no podríamos considerarlo un progreso real. Si se convirtiera en enemigo del bien común, el llamado progreso tecnológico de la humanidad, conduciría a una desafortunada regresión a una forma de barbarie dictada por la ley del más fuerte. Por lo tanto, queridos amigos, os doy las gracias porque con vuestros trabajos os comprometéis en un esfuerzo de civilización, que también se medirá por el objetivo de reducir las desigualdades económicas, educativas, tecnológicas, sociales y culturales.

Habéis querido sentar las bases éticas para garantizar la defensa de la dignidad de cada persona humana, convencidos de que el bien común no puede dissociarse del bien específico de cada individuo. Mientras una persona sea víctima de un sistema, por muy evolucionado y eficiente que sea, que no consiga valorizar la dignidad intrínseca y la contribución de cada persona, vuestro trabajo no estará terminado. Un mundo mejor es posible gracias al progreso tecnológico si éste va acompañado de una ética basada en una visión del bien común, una ética de libertad, responsabilidad y fraternidad, capaz de favorecer el pleno desarrollo de las personas en relación con los demás y con la creación.

Queridos amigos, gracias por este encuentro. Os acompaño con mi bendición. ¡Qué Dios os bendiga a todos! Y os pido por favor que recéis por mí. Gracias.

*El papa Francisco a los miembros
de la Pontificia Academia para la Vida.
Sala del Consistorio.
Lunes, 20 de febrero de 2023*



¡Os doy una cordial bienvenida! Doy las gracias a monseñor Paglia por las palabras que me ha dirigido y a todos vosotros por el empeño que dedicáis a la promoción de la vida humana.

¡Gracias! En estos días reflexionaréis sobre la relación entre persona, tecnologías emergentes y bien común: es una frontera delicada, en la cual se encuentran progreso, ética y sociedad, y donde la fe, en su perenne actualidad, puede aportar una valiosa contribución. En este sentido la

Iglesia no deja de animar el progreso de la ciencia y de la tecnología al servicio de la dignidad de la persona y para un desarrollo humano «integral e integrador»¹. En la carta que os dirigí con ocasión del vigésimo quinto año de fundación de la Academia os invitaba a profundizar precisamente sobre este tema²; ahora quisiera detenerme a reflexionar con vosotros sobre tres desafíos que considero importantes al respecto: el cambio de las condiciones de vida del hombre en el mundo tecnológico; el impacto de las nuevas tecnologías sobre la definición misma de “hombre” y de “relación”, con particular referencia a la condición de los sujetos más vulnerables; el concepto de “conocimiento” y las consecuencias que se derivan.

Primer desafío: el cambio de las condiciones de vida del hombre en el mundo de la técnica. Sabemos que es propio del hombre actuar en el mundo de forma tecnológica, transformando el ambiente y mejorando las condiciones de vida. Lo recordó **Benedicto XVI**, afirmando que la técnica «**responde a la misma vocación del trabajo humano**» y que «**en la técnica, vista como una obra del propio talento, el hombre se**

reconoce a sí mismo y realiza su propia humanidad»³. Esta, por tanto, nos ayuda a comprender cada vez mejor el valor y las potencialidades de la inteligencia humana, y al mismo tiempo nos habla de la gran responsabilidad que tenemos respecto a la creación.

En el pasado, la conexión entre culturas, actividades sociales y ambiente, gracias a interacciones menos densas y efectos más lentos, tenía menos impacto. Hoy, en cambio, el rápido desarrollo de los medios técnicos hace más intensa y evidente la interdependencia entre el hombre y la “**casa común**”, como ya reconocía **san Pablo VI** en la **Populorum progressio**⁴.

Es más, la fuerza y la aceleración de las intervenciones es tal que produce mutaciones significativas -porque hay una aceleración geométrica, no matemática-, tanto en el ambiente como en las condiciones de vida del hombre, con efectos y desarrollos no siempre claros y predecibles.

Lo están demostrando varias crisis, de la pandémica a la energética, de la climática a la migratoria, cuyas consecuencias se repercuten las unas sobre las otras, amplificándose mutuamente. Un sano desarrollo tecnológico no puede no tener en cuenta estas complejas relaciones.

Segundo desafío: el impacto de las nuevas tecnologías sobre la definición de “hombre” y de “relación”, sobre todo respecto a la condición de los sujetos vulnerables. Es evidente que la forma tecnológica de la experiencia humana se está volviendo cada día más predominante: en las distinciones entre “natural” y “artificial”, “biológico” y “tecnológico”, los criterios con

los que discernir lo propio del ser humano y de la técnica se vuelven cada vez más difíciles. Por eso es importante una seria reflexión sobre el valor mismo del hombre. Es necesario, en particular, reiterar con decisión la importancia del concepto de consciencia personal como experiencia relacional, que no puede prescindir ni de la corporeidad ni de la cultura. En otras palabras, en la red de las relaciones, tanto subjetivas como comunitarias, la tecnología no puede suplantar el contacto humano, lo virtual no puede sustituir lo real y tampoco las redes sociales el ámbito social. Y nosotros estamos cediendo a la tentación de hacer prevalecer lo virtual sobre lo real: es una mala tentación.

También dentro de los procesos de investigación científica, la relación entre la persona y la comunidad tiene implicaciones éticas cada vez más complejas. Por ejemplo, en ámbito sanitario, donde la calidad de la información y asistencia al individuo depende en gran medida de la recopilación y estudio de los datos disponibles. Aquí debemos afrontar el problema de combinar la confidencialidad de los datos de la persona con el intercambio de la información que le concierne en interés de todos.

De hecho, sería egoísta pedir que seamos tratados con los mejores recursos y habilidades de los que dispone la sociedad sin ayudar a aumentarlos. Más en general, estoy pensando en la urgencia de que la distribución de los recursos y el acceso a la atención beneficien a todos, de manera que se reduzcan las desigualdades y se garantice el apoyo necesario, especialmente para los sujetos más frágiles, como los discapacitados, los enfermos y los pobres.

Por eso es necesario monitorear la velocidad de las transformaciones, la interacción entre los cambios y la posibilidad de garantizar un equilibrio global. Además, no necesariamente este equilibrio es el mismo en las diferentes culturas, como parece asumir la perspectiva tecnológica cuando se impone como lenguaje y cultura universal y homogénea -esto es un error-; en cambio, el esfuerzo debe ir dirigido a «**procurar que cada uno crezca con su estilo propio, para que desarrolle sus capacidades de innovar desde los valores de su cultura**»⁵.

Tercer desafío: la definición del concepto de conocimiento y las consecuencias que se derivan. El conjunto de los elementos hasta aquí considerados nos lleva a preguntarnos sobre nuestras formas de conocer, conscientes del hecho que ya el tipo de conocimiento que ponemos en acto tiene en sí implicaciones morales. Por ejemplo, es reductivo buscar la explicación de los fenómenos sólo en las características de los elementos individuales que los componen. Se necesitan modelos más articulados, que consideren el abanico de relaciones que tejen los hechos singulares. Es paradójico, por ejemplo, al referirse a tecnologías de potenciamiento de las funciones biológicas de un sujeto, hablar de un hombre «aumentado» si se olvida que el cuerpo humano remite al bien integral de la persona y por tanto no puede identificarse solo con el organismo biológico. Un enfoque erróneo en este campo termina, en realidad, no por “aumentar” sino por “comprimir” al hombre.

En la **Evangelii gaudium** y sobre todo en la **Laudato si'** he revelado la importancia de un conocimiento a medida del hombre, orgánico, por

1. Cart. enc. *Laudato si'*, n. 141.

2. Cfr. *Humana communitas*, 6 de enero de 2019, nn. 12-13.

3. **Benedicto XVI**, Cart. enc. *Caritas in veritate*, n. 69.

4. Cfr. n. 65.

5. Cart. enc. *Fratelli tutti*, n. 51.

ejemplo subrayando que «el todo es superior a la parte» y que «en el mundo todo está conectado»⁶. Creo que tales ideas pueden favorecer un pensamiento renovado también en ámbito teológico⁷; en efecto, es bueno que la teología siga superando enfoques eminentemente apologeticos, para contribuir a la definición de un nuevo humanismo y favorecer la escucha recíproca y el mutuo entendimiento entre ciencia, tecnología y sociedad.

La falta de un diálogo constructivo entre estas realidades empobrece efectivamente la confianza mutua que está en la base de toda convivencia humana y de toda forma de «amistad social»⁸. También me gustaría mencionar la importancia de la contribución que ofrece a este fin el diálogo entre las grandes tradiciones religiosas.

Tienen una sabiduría milenaria que puede ayudar en estos procesos. Habéis demostrado que sabéis captar el valor, por ejemplo, promoviendo, incluso en los últimos tiempos, encuentros interreligiosos sobre los temas del «fin de la vida»⁹ y la inteligencia artificial¹⁰.

Queridos hermanos y hermanas, ante los desafíos actuales tan complejos, la tarea que tenéis por delante es enorme. Se trata de partir de las experiencias que todos compartimos como seres humanos y estudiarlas, asumiendo las perspectivas de la complejidad, del diálogo transdisciplinario y la colaboración entre diferentes sujetos. Pero nunca debemos desanimarnos:

sabemos que el Señor no nos abandona y que lo que hacemos está enraizado en la confianza que depositamos en Él, «que ama la vida» (Sb 11, 26).

Vosotros habéis trabajado mucho en estos años para que el crecimiento científico y tecnológico se concilie cada vez más con un paralelo «desarrollo del ser humano en responsabilidad, valores, conciencia»¹¹: os invito a continuar por este camino, mientras tanto os bendigo y os pido, por favor, que recéis por mí. Gracias.

6. Exhort. ap. *Evangelii gaudium*, nn. 234-237; *Cart. enc. Laudato si'*, n. 16.

7. Cfr. *Constit. apost. Veritatis gaudium*, nn. 4-5.

8. Cfr. *Cart. enc. Fratelli tutti*, n. 168.

9. Cfr. *Declaración conjunta de las religiones monoteístas abrahámicas sobre la problemática del final de la vida*, 28 de octubre de 2019.

10. Cfr. *Firma de la Rome Call for AI Ethics*, 10 de enero de 2023.

11. *Cart. enc. Laudato si'*, n. 105.



*Comisión General de Bioética.
Orden Hospitalaria
de San Juan de Dios.*

Cuidado de la Creación para una Hospitalidad Holística. (Resumen)



Documento completo en inglés:
https://www.ohsjd.org/Resource/DraftEnvironmentalEthicsCaringforCreationFinalSeptember2023_5.pdf

El documento “**Cuidado de la Creación para una Hospitalidad Holística - Reflexión sobre Ética Medioambiental**”, de la **Comisión General de Bioética**, presentado por el **Hermano Hugues Assou** a toda la **Orden Hospitalaria** y a la **Congregación de las Hermanas Hospitalarias** el 8 de septiembre, es el resultado de una reflexión que esta comisión viene desarrollando sobre el cuidado de la tierra en el contexto de la hospitalidad.

“**Cuidado de la Creación**” presenta su contenido estructurado en torno a los conceptos que se

analizan: la ética medioambiental, sus raíces y fundamentos bíblicos, y finaliza con una propuesta descriptiva para el mundo de la hospitalidad, basada en la Encíclica Papal **Laudato Si’**.

Desde el principio, su introducción nos lleva a una analogía con la parábola del **Buen Samaritano (Lucas 10: 25-37)**, afirmando que nuestro planeta, nuestra casa común, parece haber “**caído en manos de malhechores que lo despojaron**” de sus atributos, lo hundieron y “**huyeron dejándolo medio muerto**” (**Lucas 10: 30**).

De hecho, esta parábola evangélica es un punto de referencia fundamental para la espiritualidad juandediana. El texto dice que la actitud de bondad del samaritano se realiza en su implicación: se detiene, ve, siente compasión, actúa y se implica en la situación que encuentra. En este sentido, el mundo que habitamos también está siendo saqueado hoy, y la solución debe pasar por acercarnos al problema, comprender nuestro papel y responder activamente. Implicación y acción son palabras clave en todo el documento.

Para el ministerio de la Hospitalidad, el reto es saber cómo la Familia Hospitalaria puede ofrecer a la Iglesia y al mundo una “**nueva Hospitalidad**” que responda al grito de la tierra. Esta pregunta vuelve a centrar a la Orden Hospitalaria en la respuesta a los más pobres y en la invitación que Dios nos hace a responder, en el contexto de la vida fraterna, al grito del hombre y al grito de la tierra.

No se trata de una cuestión nueva para la Orden Hospitalaria. Como indica el documento “**Cuidado de la Creación**”, la **Carta de Identi-**

dad de la Orden (2000) presenta un claro llamamiento al cuidado de la Creación, en la medida en que subraya que el respeto de la vida humana se deriva de las “**responsabilidades para con los recursos de la biosfera**”. Sin embargo, en términos de acción, el foco principal se ha mantenido en el cuidado de los enfermos y los necesitados, sin que haya habido un amplio desarrollo en el campo de la ética medioambiental.

En este sentido, esta reflexión y este llamamiento son importantes, ya que la inacción pone en peligro el medio ambiente y, en consecuencia, la vida y la dignidad de los más vulnerables y de las generaciones futuras.

La reflexión de la **Comisión General de Bioética** en este texto responde a las recomendaciones del último Capítulo General, es decir, crear una guía de reflexión sobre ética medioambiental que complemente el Código Ético de la Orden y sirva también para concretar lo definido en la Carta de Identidad.

El texto “**Cuidado de la Creación**” pretende, por tanto, ofrecer orientaciones de ética ambiental para que la Orden Hospitalaria y la Congregación de Hermanas Hospitalarias puedan responder a los desafíos ecológicos de hoy. Se invita a ambas instituciones a fomentar actitudes estratégicas que creen relaciones responsables con el medio ambiente, en el que vivimos y compartimos el carisma, y del que sólo somos administradores. El texto añade:

«**Como hospitalarios, estamos llamados a "cooperar como instrumentos de Dios en el cuidado de la creación" de todas**

las maneras posibles. Estamos llamados a abrirnos a nuestro entorno, a escuchar con atención a todas las criaturas que habitan este pequeño planeta, nuestra casa común; debemos ser compañeros de diálogo, aportando nuestra contribución específica a la curación de nuestro mundo y de las personas que viven en él». (página 4 del documento)

De raíz juandediana, el documento afirma que quizá no sea fácil atribuir a la vida de San Juan de Dios la expresión de la atención a la ecología. Sin embargo, se presta mucha atención a los componentes medioambientales de su atención a los enfermos, ya que no se limitaba a tratar sus cuerpos, sino que les garantizaba cobijo, comida caliente, colchones y mantas.

Incluso en el episodio del incendio del Hospital de Granada, después de salvar a los enfermos, su preocupación era también salvar todo lo material que podía; o, habiendo sido pastor, San Juan de Dios tenía un sentido contemplativo de todo lo que le rodeaba, abriendo su sensibilidad a las dificultades del prójimo.

A lo largo de la historia de la Orden, ha habido varios ejemplos de preocupación por la ecología (humana), como los baños para enfermos de la piel en el hospital de **Antón Martín**, o el uso de plantas medicinales por parte de los especialistas religiosos (farmacéuticos), o incluso la preocupación de **San Benito Menni** por el equilibrio entre la belleza, la armonía, la luz y las plantas, los colores y los materiales, revelando un sentido de “**complementariedad entre la ciencia y la caridad**”. La preocupación de San Benito Menni por el equilibrio entre belleza, armonía,

luz y plantas, colores y materiales, revelando un sentido de

«Complementariedad entre ciencia y caridad, entre la belleza del servicio y la verdad del cuidado de las personas, transmitida en una estética digna que nos conduce simultáneamente a la dimensión espiritual y al amor misericordioso y compasivo de Jesús por los más vulnerables y los enfermos» (p. 5 del documento).

Con todas estas consideraciones introductorias, se justifica la pregunta ¿cómo podemos, como hospitalarios, establecer un marco para la Ética Medioambiental? La respuesta puede resumirse en cuatro puntos principales.

1) Concepto de ética medioambiental - Este concepto sitúa la ética ecológica como la extensión de la posición moral, en relación con Dios, la persona, los demás seres humanos y la creación. Inspirándose en autores como E. Haeckel o J. Bate, el concepto se basa en las interrelaciones entre los cuatro enumerados en la frase anterior, relaciones que requieren evaluación y se basan en valores, normas y comportamientos que, en consonancia con las condiciones ecológicas, contribuyen al bienestar de los seres humanos y otras formas de vida.

2) Raíces bíblicas de la ética medioambiental - Las dos fuentes son, por supuesto, el Antiguo y el Nuevo Testamento. Estas fuentes bíblicas nos recuerdan nuestra responsabilidad de cuidar la tierra. Muestran el humilde reconocimiento

de que los seres humanos no son el centro de las cosas, desafiando la visión antropocéntrica que exalta a la humanidad por encima del resto de la creación y conduce invariablemente a la explotación.

El hombre ya no es la medida de todas las cosas. Esto hace necesario discernir la identidad y la vocación humanas: somos anfitriones de una visión de paz y contemplación para descubrir la presencia de algo superior; se nos prohíbe destruir innecesariamente; estamos llamados a la reverencia, el respeto, la consideración por la armonía y el equilibrio.

El documento “Cuidado de la Creación” invita, pues, al lector a visitar el **Libro del Génesis** y meditar profundamente sobre la relación que en él se establece entre el hombre y la creación. Esta relación está muy lejos de interpretarse únicamente en términos de sometimiento: en cambio, existe una relación mutua entre la humanidad y el resto de la creación.

Al hombre se le asigna un doble papel de cultivar (trabajar, arar, roturar) y custodiar (cuidar, proteger, supervisar y preservar). El medio ambiente garantiza la supervivencia del hombre y el hombre garantiza el medio ambiente manteniéndolo fecundo (Noé). Otros libros del **Antiguo Testamento** contienen compromisos con el medio ambiente: el **Libro del Deuteronomio**, el **Levítico**, los **Salmos** y los **Profetas**.

En el Nuevo Testamento, hay referencias en todos los evangelistas y en San Pablo.

3) Principios fundamentales de ética medioambiental - El texto presenta ocho principios fundamentales:

- A)** Universo sacramental: el mundo presenta la presencia del Creador a través de signos visibles y asequibles.
- B)** Respeto a la vida: todas las criaturas forman parte del plan divino, donde el respeto a la naturaleza y el respeto a la vida humana son inseparables. El respeto a la vida y, sobre todo, a la dignidad de la persona humana se extiende al resto de la creación, a las demás especies, al ecosistema.
- C)** Bien común planetario: un mundo interdependiente, los bienes de la naturaleza pertenecen a todos, todos se ven afectados y todos son responsables.
- D)** Solidaridad: exige sacrificar nuestros intereses personales por el bien de los demás y de la tierra que compartimos. Esto fomenta la cooperación y una estructura justa de reparto comunitario.
- E)** El propósito universal de las cosas de la creación: la obligación de trabajar por un sistema económico justo, con un reparto equitativo de la generosidad de la tierra y del esfuerzo humano con todas las personas. Las cosas de la creación están pensadas para el bien de toda la familia humana y no sólo para unos pocos.
- F)** Opción por los pobres: lo que nos da la pasión por buscar un mundo más equitativo y sostenible.
- G)** Desarrollo auténtico: ofrecer una dirección de progreso que respete la dignidad humana y limite el crecimiento material.

H) Justicia entre generaciones: la solidaridad intergeneracional es un bien común que se extiende a las generaciones futuras, ya que el mundo que hemos recibido pertenece también a quienes nos sucederán.

4) Matiz práctico - la llamada de **Laudato Si'** - Al responder a la pregunta “¿cómo podemos, como hospitalarios, establecer una articulación de la Ética Ambiental?”, este será el punto que tendrá mayor impacto en todo el texto. Para responder a la pregunta de qué debemos hacer, la matriz se divide en dos parámetros: una evaluación de nuestro estilo de vida y el desafío de vivir un nuevo estilo de Hospitalidad.

En cuanto a la evaluación de nuestro **estilo de vida**, a la luz de lo que señala **Laudato Si'**, es decir, la referencia a que la degradación de nuestro estilo de vida nos obliga a hacer este examen, hay seis áreas que requieren nuestra especial atención:

- A)** Contaminación y cambio climático, incluida la gestión inadecuada de residuos y basuras.
- B)** Escasez de agua: un derecho humano básico
- C)** Pérdida de biodiversidad
- D)** La degradación de la calidad de vida y el deterioro social
- E)** Desigualdades globales, más pobres y más marginados
- F)** La escasa respuesta a los problemas medioambientales, por qué somos tan lentos en reaccionar y la influencia de la tecnología financiera.

En cuanto al reto de tener un **nuevo estilo de hospitalidad**, nos fijamos en dos parámetros: el liderazgo carismático (profético) y los retos de la propia encíclica, que luego se basan en acciones concretas.

Así, como primer parámetro, el liderazgo carismático implica siete pasos fundamentales: **(1)** desarrollar el liderazgo asegurando el apoyo de líderes clave en todo el ministerio; **(2)** fomentar una conversión ecológica mediante la educación y una espiritualidad que permita ver, conocer y amar la creación como Dios la ve; **(3)** crear un equipo que dirija los objetivos y acciones ecológicas; **(4)** implicar en la acción al mayor número posible de personas; **(5)** diseñar y elaborar proyectos viables; **(6)** estar abierto a aceptar retos, aunque impliquen decisiones difíciles; **(7)** revisar lo conseguido y reorientar para continuar las acciones.

Como segundo parámetro, la propia Encíclica **Laudato Si'** contiene objetivos que deben guiar acciones que se asumen, en particular, como respuesta al **“grito de la tierra”** y al **“grito de los pobres”**. Estos objetivos se basan en avanzar hacia una economía ecológica y estilos de vida sostenibles, reformular la formación en un sentido ecológico y transformador, adoptar una espiritualidad ecológica que nos ayude a **“descubrir a Dios en todas las cosas”**, con especial énfasis en implicar a la comunidad y fomentar la participación y las acciones sinodales en respuesta al **“grito de la tierra”**.

Sobre este último punto, el documento plantea a continuación líneas de actuación dedicadas a tres sectores: la Orden Religiosa, los Centros Asistenciales y las Comunidades:

- Dentro de la Orden, las acciones se centran, por ejemplo, en promover la formación sobre temas de ecología integral, fomentando actitudes transformadoras dentro de la institución y en red con otras instituciones eclesiales, basándose en técnicas de comunicación testimonial.
- En el marco de los Centros, la atención se centra en las respuestas al impacto que las instalaciones y procesos vinculados a la producción de cuidados tienen sobre el medio ambiente y sobre las personas más vulnerables al cambio climático y la contaminación. Aquí se ofrecen al lector diversas propuestas de aplicación a nivel de centro, incluyendo el diseño de objetivos y propuestas de actuación (en materia de residuos, energía, agua, entre otros).
- En el contexto de las Comunidades, y por extensión como propuesta a las familias, un listado de acciones concretas para una mejor gestión y cuidado de aspectos que van desde el uso del agua, la energía, los electrodomésticos, entre otros, hasta los momentos de liturgia y oración, añadiendo propuestas de reflexión y seguimiento.

Cada cristiano y cada comunidad deben ser un instrumento de respuesta al grito de los pobres, como nos exhorta el Papa Francisco. En este sentido, el documento **“Cuidado de la Creación”** termina ofreciendo una nueva relevancia a las obras de misericordia, adaptándolas a una lectura ecológica y a las consecuencias del cambio climático al que nos enfrentamos hoy en día.





01/ Ecología integral: terapia ecológica.

Calixto Plumed Moreno, O.H.,

Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico.
Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Este artículo aborda la intersección de ecología, ética y espiritualidad, explorando temas que van desde la importancia de la memoria histórica de los ancianos hasta la necesidad de una educación ecológica integral. El texto destaca la visión del Papa Francisco sobre la ecología humana y propone un enfoque bioético para abordar la crisis socio-ambiental. Además, se examina la economía ecológica, la terapia ocupacional centrada en la ecología y la llamada a una conversión personal hacia un estilo de vida más sostenible. La conexión entre espiritualidad, hospitalidad ecológica y responsabilidad individual en la preservación del medio ambiente se presenta como un hilo conductor. Este análisis holístico busca promover un cambio de mentalidad hacia la interdependencia y la solidaridad, esenciales para abordar las complejas crisis globales.

Palabras clave: Ecología, Ética, Economía, Crisis.

This article considers the intersection of ecology, ethics and spirituality, exploring topics that range from the importance of the elderly's historical memory to the need for an integral ecological education. It highlights Pope Francis's vision of human ecology and proposes a bioethical approach to the social and environmental crisis. Likewise, it examines the ecological economy, ecology-centred occupational therapy and the call for a personal conversion to a more sustainable lifestyle. The connection between spirituality, ecological hospitality and individual responsibility in environmental conservation is seen as the guiding thread of this reflection. This holistic analysis seeks to foster a change of mentality towards interdependence and solidarity, which are essential to deal with our complex global crises.

Key words: Ecology, Ethics, Economy, Crisis.

Somos un todo conjunto.

No vamos a hablar de panteísmo. De manera general, el panteísmo puede ser considerado como una ideología filosófica o como una concepción del mundo. No queremos hablar de ello cuando decimos que “**somos un todo conjunto**”.

Pero tampoco lo vamos a hacer sobre el provincialismo reduccionista y miope; porque el nacionalismo no es más que un eslogan de etapa, para imponer la identidad de los grupos sociales, pero no es valioso como objetivo último. Nos quedamos con la humanidad que es la mejor opción para el hombre según [Malika Assimi](#). Formamos parte de la humanidad y algo más, somos parte del universo.

Según una concepción ecológica, todos estamos en el mismo barco: la especie humana, los animales y las plantas; todos los seres que tienen vida y lo inanimado. Es decir, somos un todo y hay que seguir dando la razón a Ortega cuando nos advierte:

“Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo”.

Por lo tanto, nos atrevemos a afirmar, si somos conscientes, que constituimos una unidad de destino en lo universal.

Ahora bien, en las cosas cruciales hay que tener unidad; en las cosas importantes hay que tener diversidad, ya que de la heterogeneidad pueden surgir las grandes obras enriquecidas. La diversidad de opiniones es necesaria para un conocimiento más objetivo.

Somos muy conscientes de la afirmación de [Yuakim Mubarak](#) que llegó a decir que, de todos los factores de unidad entre los hombres, es cierto que hasta nuestros días la religión es el más poderoso. Otra cosa es caer en el fanatismo y entonces no hablamos de la religión verdaderamente vivida.

Pero no está bien visto llegar a ser obsesivos y buscar ante todo la unanimidad ya que resultaría tan lóbrego como desear que siempre sea trece y martes. Por lo tanto, ni panteísmo, ni monismo, ni uniformidad. Variedad que enriquece, pero teniendo claros los objetivos al estilo de [Juan de Dios](#) ya que “**todos tiramos a un blanco**” que es acoger a los demás, esto es ser hospitalarios.

Y huir de la indiferencia, votar por el bien común y cuidar este mundo que habitamos y del que formamos “**un todo conjunto**”. Pongamos algunos ejemplos.

01/

Ecología y vulnerabilidad: recuperar la memoria histórica de los ancianos.

Existe un factor muy importante para el cuidado del medio ambiente; también el de una reflexión ética sobre cómo percibir la vida y el derredor, la memoria histórica. Una sociedad sin historia, desvincula su presente y futuro,

porque no ha logrado enlazarlo con su pasado. En muchas culturas y sociedades, los ancianos representan una riqueza muy valiosa, porque son pozos de tradición, acervo y sabiduría.

El encuentro generacional es necesario, para que las nuevas descendencias puedan anclarse en puertos seguros, aún más, para que las nuevas generaciones no olviden los errores del pasado y los eviten, remediándolos, buscando salidas a los desafíos que la misma historia les provoca.

El diálogo con la tercera edad es una llamada a las futuras generaciones, para que no desconozcan lo que se está gestando. En la obra [El ciclo vital](#) completado de [Erik Erikson](#), su esposa Joan, añade un capítulo más en el libro de su esposo, en donde describe una situación muy notable sobre la presencia de los ancianos en la vida familiar:

Algo ha ido terriblemente mal
¿Por qué ha sido necesario enviar a todos
nuestros viejos “fuera de este mundo”
a un tan remoto hogar para que en él
lleven sus vidas recibiendo cuidados y
confort físico? Todo ser humano va con
rumbo a la vejez, con todas sus alegrías
y con todos sus pesares. Pero ¿cómo
vamos a aprender de nuestros ancianos
la manera de prepararnos a este final
de la vida, al que todos debemos en-
frentarnos solos, si nuestros modelos
a imitar no viven con nosotros? [...].

La memoria histórica representa un legado ético de considerable patrimonio, porque además de la herencia de la tradición humana, es importante narrar cuáles han sido los límites de la vida humana, donde existen vacíos por subsanar, sabiendo contemplar un futuro venidero que no deja de retar hacia la edificación de nuevas posibilidades que merecen profundizarse con ahínco y coraje.

02/

Ecología ideológica, ecología física y social.

A través del movimiento comunitario de salud mental, la psiquiatría ha tenido una oportunidad de ejercer influencia sobre el fenómeno de las enfermedades mentales. No obstante, es necesario balancear la función de control social que tiene la psiquiatría con su función como agente de cambio social.

La psiquiatría nunca se practica en un vacío social. Pocos psiquiatras se dan cuenta de que el manto carismático colocado sobre sus hombros ha sido puesto en ellos por la sociedad, la cual espera de los psiquiatras que lleven a cabo ciertas funciones sociales vitales que hacen referencia al control de la conducta desviada.

Con el fin de desarrollar una perspectiva ecológica, es necesario, en primer lugar, identificar el ecosistema del cual los profesionales de la salud mental somos parte. Quizás nuestro ecosistema nos es más evidente en su aspecto físico.

Todos estamos enterados de las crecientes crisis en nuestra ecología física. El aire que respiramos está siendo cada vez más contaminado por productos de los motores de combustión interna; el agua que bebemos lo es por desperdicios industriales, la tierra que supuestamente amamos por la defoliación progresiva.

Estamos enterados también de muchos rasgos de nuestra ecología social. A nivel doméstico somos testigos corrientemente de graves perturbaciones tales como las crisis urbanas, las revueltas estudiantiles, y muchos aspectos de la rápida transición social: cambios en normas de conducta, en los patrones sexuales, en las afiliaciones -políticas y en muchos otros sucesos tales como el decaimiento del tamaño de la fa-

LH n.336 - 337

milia incluso de la familia nuclear. A nivel internacional vemos luchas entre “los que tienen” y “los que no tienen”, nacionalismo resurgente y mini-nacionalismo.

Quizás nosotros estamos menos enterados de nuestra **ecología ideológica**; de los grandes sistemas de creencias poseídos en común por millones de personas, que son la infraestructura de nuestras percepciones del mundo, de nuestro conocimiento propio y del de los demás, de los significados que nosotros damos a la vida y a la muerte, y de los cambios hechos por el hombre en la **ecología física y social**.

03/

Un bosquejo de patrón de comportamiento ecológico.

Con el firme deseo de ahondar en el problema ecológico y su relación con la vulnerabilidad, brindando una propuesta educativa para venideras generaciones desde una perspectiva bioética, se presentan estas ideas:

- El pronunciamiento del papa Francisco sobre el tema ecológico, manifiesta la preocupación de la Iglesia por el cuidado de la tierra, por medio del cultivo de una **ecología humana** que, apoyada en los principios bioéticos, genere cambios significativos y reales para el cuidado del medio ambiente.

- La actitud de diálogo, en la que hace hincapié **Laudato Si'**, es indispensable a la hora de esbozar el tema ecológico, porque a través de la interlocución entre: ciencias naturales,

tecnología, economía, políticas internacionales, concepciones religiosas y bioética, se pueden promocionar potenciales soluciones para hacer frente a todas las realidades de vulnerabilidad.

- La finalidad de la encíclica no es solo la de resaltar los principales problemas ecológicos y ofrecer alternativas esperanzadoras donde todos debemos de tomar parte y sentirnos corresponsables en devolverle vitalidad al cosmos, por medio del desarrollo sostenible e integral, recuperando la dimensión ética que ha perdido la sociedad.

- Es notorio que no existen dos crisis, una social y otra ambiental, sino una sola y compleja crisis: la socio-ambiental.

- El problema ecológico está muy relacionado con la nueva concepción antropológica que el mundo moderno oferta en la humanidad, donde el hombre se ha posicionado en el centro de la creación, sintiéndose superior y atribuyéndose el derecho de utilizar el resto del orbe para alcanzar sus propios beneficios.

- Es importante conservar el legado ético de pasadas generaciones, creando consciencia y pensamiento crítico ante eventualidades pasadas. Se necesita afirmar en las nuevas generaciones una conciencia madura basada en criterios de valores.

- El campo educativo, independientemente su modalidad y nivel, es uno de los campos privilegiados y potenciales en la conservación de la cultura, ética y ecología, en fin, del patrimonio humano.

—

En las cosas cruciales hay que tener unidad; en las cosas importantes hay que tener diversidad, ya que de la heterogeneidad pueden surgir las grandes obras enriquecidas. La diversidad de opiniones es necesaria para un conocimiento más objetivo

04/

Antropología del desarrollo, ética social y ecología. Ecología humana e integral, buen vivir.



Es la auténtica calidad de vida como un buen vivir que implica una armonía personal, familiar, comunitaria y cósmica, y que se expresa en su modo comunitario de pensar la existencia; en la capacidad de encontrar gozo y plenitud en medio de una vida austera y sencilla, así como en el cuidado responsable de la naturaleza que preserva los recursos para las siguientes generaciones.

De esta forma, se nos presenta una ecología humana e integral, unida inseparablemente a una verdadera antropología y bioética global, por la que se visibilizan las vitales fases y dimensiones que constituyen la vida de la persona. El hombre, en su ser varón y mujer, está conformado por esta ecología y naturaleza humana, con su diversidad y complementariedad de aspectos bio-físicos, corporales, sociales, históricos, culturales, espirituales y trascendentes.

Se plantea una antropología del don que acoge el regalo de la vida humana (**LS, 91, 119-120**).



Cuando no se reconoce en la realidad misma el valor de un pobre, de un embrión humano, de una persona

con discapacidad, difícilmente se escucharán los gritos de la misma naturaleza. Todo está conectado. Si el ser humano se declara autónomo de la realidad y se constituye en dominador absoluto, la misma base de su existencia se desmorona (**Cf. LS, 117**).

Se trata de un código antropológico y normatividad humana que, como nos muestra toda esta ecología integral y buen vivir, posibilita desarrollarnos y encontrarnos de forma intercultural, ética, ecuménica e interreligiosa. Al final se traduce en la búsqueda de la civilización del amor, de la globalización de la solidaridad y la paz, frente a toda guerra, violencia e injusticia.

05/

Educación ecológica.



Podríamos hablar de Educación para la alianza entre la humanidad y el ambiente que son los constitutivos esenciales de nuestra realidad. Implicando en consecuencia: reforma del pensamiento (ciencias), reforma del espíritu (sistema educativo), reforma de la vida (sostenible), reforma de la sociedad (modelo de civilización), reforma moral (ética del género humano).

Tenemos capacidad de implementar una “ecología de la vida cotidiana, ecología ambiental, económica, social, cultural y espiritual”, que promuevan y permitan la adopción y mantenimiento de un estilo de vida saludable, que se traduzca en: atención, palabra, estímulo, consuelo y fidelidad. Tenemos el reto de educar

para una conversión ecológica, educar la libertad que es educar para el bien humano en construcción.

El mensaje profético de la **Laudato Si'** es muy significativo. La encíclica constituye una guía moral y espiritual para la creación del nuevo paradigma de un mundo más solidario, fraterno, pacífico y sostenible. Y cambiar hacia una nueva forma de vivir en una relación más armoniosa con la naturaleza, nuestra casa común.

Las nuevas enfermedades, entre otras la Covid-19, están manifestando claramente lo profundamente conectados (en-redados) e interdependientes que estamos todos. Necesitamos comenzar a pensar en el mundo que vendrá después de ellas, precisando de un enfoque integral ante las crisis mundiales.

Pero se nos brinda una buena oportunidad con la síntesis del pensamiento del papa Francisco que realiza en la Carta encíclica **Fratelli tutti** justamente sobre la fraternidad y la amistad social. Mayor confluencia y abundancia de motivos no se pueden pedir y habremos de aprovechar para poder llegar a cumplimentar algunos de los objetivos de **Laudato Si'** y medir cuanto se indica para llegar a una **Ecología Integral**, que es en definitiva:

▼

Dar una respuesta al clamor de la tierra, al clamor de los pobres, a la economía ecológica, al cambio de nuevos estilos de vida más sencilla, a una educación ecológica, asumiendo una espiritualidad ecológica y, en definitiva en un empeño comunitario y la participación activa en el cuidado de la creación.

En consecuencia, estamos defendiendo la implantación de una actitud hospitalaria frente a la vida, desde la concepción hasta la muerte incluyendo todas las etapas.

Tenemos una gran oportunidad para transformar el mundo en un sitio mejor y más habitable, donde se nos permita pensar con paz y progresar en armonía buscando creadoramente otras alternativas de vida.

Que precisamos de una conversión ecológica, lo sabemos; y que tenemos un problema educativo, también resulta ser cierto. Ahí estamos, desde la **Orden Hospitalaria de San Juan de Dios**, velando por llevar a cabo una hospitalidad-responsabilidad ecológica, cuidando del hombre, cuidando del mundo que habita y haciéndolo más humano.

06/

Economía ecológica.

¿Qué es la economía ecológica? No es estrictamente una rama de la teoría económica, sino un campo transdisciplinario (ecología, termodinámica, sociología, economía, ...) que estudia la relación entre los ecosistemas naturales y el sistema económico. Considera que la economía es parte de un sistema mayor, el ecosistema Tierra (o la biosfera), cuyos recursos naturales y capacidad para asimilar desechos son limitados. Realmente todo se reduce a esto: toda la vida está interrelacionada. Todos estamos atrapados en una red, cosidos en una sola prenda del destino. Lo que afecta a uno, afecta a todos indirectamente (**Martin Luther King, Jr.**)

La economía ecológica cuestiona tanto el objetivo como la viabilidad del crecimiento económico ilimitado. Los economistas ecológicos suelen oponer la “sostenibilidad fuerte” que ellos buscan a la “sostenibilidad débil” de la economía ambiental.

La economía ecológica es una economía que adopta una visión de largo plazo y que evalúa

los costos y beneficios considerando los intereses del conjunto de la comunidad.

Algunas características de la economía ecológica:

- Hace de la discusión de la equidad, la distribución, la ética y los procesos culturales, un elemento central para la comprensión del problema de la sustentabilidad.
- Pone énfasis en los conflictos ecológicos distributivos intra e inter generacionales.
- La economía ecológica entiende que “la escala de la economía”, está limitada por los ecosistemas y que gran parte del patrimonio natural, no es sustituible por el capital fabricado por el hombre.
- Se plantea el uso de los recursos renovables (como pesca, leña, etc.), en un ritmo que no exceda su tasa de renovación, así como el uso de los recursos no renovables (como el petróleo y la minería en general), en un ritmo no superior al necesario para su sustitución por recursos renovables.
- Tiene como objetivo conservar la diversidad biológica y entiende que los residuos, sólo pueden ser generados, en una magnitud que el ecosistema pueda asimilar o sea capaz de reciclar.

Y secundando a **Albert Einstein** apuntamos que:

▼

Nuestra tarea debe ser vivir libres, ampliando nuestro círculo de compasión para abarcar a todas las criaturas vivientes y la totalidad de la naturaleza y su belleza. Es decir, siendo hospitalarios radicales.

07/

Terapia ocupacional y ecología. ¿Qué es una terapia ecológica?

La ecoterapia, también llamada terapia verde o terapia centrada en la Tierra, es un conjunto de técnicas terapéuticas que sostiene que formamos parte de una red de vida y que nuestra psicología forma parte del medioambiente.

El **papa Francisco** nos enseña que la ecología humana implica también la necesaria relación de la vida del ser humano con la ley moral escrita en su propia naturaleza, necesaria para poder crear un ambiente más digno.

Es un medio de intervención, actividad que responde a objetivos terapéuticos en las distintas áreas de desempeño y, a la vez, vincular a la terapia ocupacional a una problemática social mayor, el actual deterioro medioambiental. Esto deviene de la reflexión en torno a interiorizar el impacto que las persona ejercen en el medioambiente a través de sus ocupaciones.

Por ejemplo, el arte de cultivar frutas, vegetales, flores y plantas ornamentales. Deriva de la palabra Hortus, huerto o jardín, naturaleza, y Cultura, cultivo o cultura e involucra todos aquellos procedimientos necesarios para que las plantas fructifiquen. Dentro de las actividades hortícolas se incluye también el trabajo de jardinería, la realización de huertas no profesionales y las actividades que involucran contacto con la naturaleza.

Sus objetivos apuntan a un rescate ecológico, desde un desarrollo sostenible, producción alimentaria orgánica, educación medioambiental, entre otros. Desde tiempos antiguos se han destacado los beneficios de la interacción entre el

hombre y el medioambiente: las primeras asociaciones entre el medioambiente y salud provienen de Egipto, “los médicos prescribían a las personas de clase social elevada que sufrían alteraciones mentales o emocionales, paseos por los jardines con el fin de aliviar sus males”; en la Edad Media personas que debían ser internadas y que no tenían los recursos económicos para saldar las futuras deudas eran obligados a trabajar en los jardines del hospital, presentando mejores índices de recuperación.

Resulta evidente entonces comprender que existe una tendencia real e histórica del hombre hacia la relación con la naturaleza que va más allá de la mera satisfacción de necesidades, pues a través de sus ocupaciones el hombre la ha modificado y se ha beneficiado de ella, se ha alimentado de sus frutos, ha utilizado sus productos para construir, y ha buscado en su contacto una fuente de sanación. Dentro de sus espacios de intervención han creado pequeños oasis verdes, esto está dado principalmente porque resulta ser una ocupación tan cotidiana y familiar que puede ser comprendida desde las distintas áreas de la ocupación dependiendo del sentido que le dé la persona y con una versatilidad tal que su realización permite que el sujeto se desempeñe en diversos roles y tareas.

08/

Espiritualidad ecológica. Hospitalidad ecológica.

Debemos detenernos en la necesidad de una conversión personal, comunitaria y eclesial, sobre un nuevo estilo de vida más atento a las necesidades de las demás personas y del planeta.

En *Laudato Si'* (LS), el papa Francisco nos invita a una conversión ecológica:

“Quiero proponer a los cristianos algunas líneas de espiritualidad ecológica que nacen de las convicciones de nuestra fe [...]. No se trata de hablar tanto de ideas, sino sobre todo de las motivaciones que surgen de la espiritualidad para alimentar una pasión por el cuidado del mundo” (LS 216).

Todas las cosas eran buenas: Tras la creación, Dios se asomó al balcón del cielo, presentó toda la creación al hombre y se divertía viendo ‘**qué nombre les ponía**’ (Gn 2,19). Sin embargo, es triste que nuestra cultura, sea tan incapaz de conocer al que es, partiendo de las cosas buenas que están a la vista, y ‘**no reconozcan al artífice, fijándonos en sus obras**’ (Cf. Sab 13,1).

En la Orden Hospitalaria estamos con la ecología desde siempre. Hablamos de terapia ecológica, cultivamos jardines con agua reciclada, fomentamos el cuidado de las especies y las aproximamos parcialmente al hombre, haciendo terapias con animales en la que somos pioneros desde siempre... Porque **la ecología estudia las relaciones entre los organismos vivos y el ambiente donde se desarrollan**. Por carisma y espiritualidad, somos los encargados de llevar a la práctica el evangelio del cuidado; somos los custodios de la cultura del cuidado. Y sabemos muy bien que tenemos el deber de cuidar la naturaleza, y al mismo tiempo debemos proteger sobre todo al hombre contra la destrucción de sí mismo. Tenemos que recuperar los distintos niveles del equilibrio ecológico: el interno con uno mismo, el solidario con los demás, el natural con todos los seres vivos, el espiritual con Dios [...] para crecer en la solidaridad, la responsabilidad y el cuidado basado en la compasión (Cf. *Laudato-Si'*, 210).

La competencia ética fundamental a la que aspiramos, consiste en la apertura hacia lo otro y los otros, en estar accesible a los requerimientos del mundo, atento a lo distinto de uno mis-

Es notorio que no existen dos crisis, una social y otra ambiental, sino una sola y compleja crisis: la socio-ambiental

mo. Es decir, queremos ser encarnación de la Hospitalidad global. En adelante tendremos que preguntarnos cada uno sobre su responsabilidad individual en la lucha contra la degradación del mundo [...] Habremos de secundar la invitación para adoptar una manera hospitalaria de dirigirse al mundo (Cf. *Innerarity, D. (2001)*.

Sabemos y, nos importa mucho en esta ocasión, decir que: somos ecologistas y hospitalarios, porque resulta ser lo mismo vivir la ecología y la hospitalidad bien entendidas, pues defendemos la vida en su integridad y la creación en continua evolución. Que somos huéspedes unos de otros -según certera expresión de Steiner- significa que nuestra instalación en el mundo tiene la estructura de la recepción y el encuentro, que hay una libertad del dar y recibir más allá de los imperativos de la reciprocidad. (Cf. *Innerarity, D. (2001)*.

Los jóvenes nos reclaman un cambio. Se preguntan cómo es posible que se pretenda construir un futuro mejor sin pensar en la crisis del ambiente y en los sufrimientos de los excluidos (Cf. *Laudato-Si'*, 13). Ahí estamos, velando por llevar a cabo la Hospitalidad ecológica, cuidando del hombre y cuidando del mundo que habita, haciéndolo más humano.

Coda de conclusión.

Es importante destacar que, hay ciertos ejes transversales que dan consistencia a toda la encíclica del papa Francisco, reforzando la tesis del pontífice que “todo está conectado”. Estos ejes son:

“[...] (1) la íntima relación entre los pobres y la fragilidad del planeta, (2) la convicción de que en el mundo todo está conectado, (3) la crítica al nuevo paradigma y las formas de poder que derivan de la tecnología, (4) la invitación a buscar otros modos

de entender la economía y el progreso, (5) el valor propio de cada criatura, (6) el sentido humano de la ecología, (7) la necesidad de debates sinceros y honestos, (8) la grave responsabilidad de la política internacional y local, (9) la cultura del descarte y (10) la propuesta de un nuevo estilo de vida.

El problema ecológico no se puede solucionar con acciones puntuales de ciertos grupos, se necesita de un cambio de mentalidad, de autorresponsabilidad y compromiso por el cuidado de “**nuestra casa común**”. Reconociendo algunas de las crisis esenciales de nuestra humanidad que nos ayuden a superarlas implica el compromiso para salvar a la humanidad, realizándola como: crisis global-reformas indispensables, crisis ecológica, crisis de empobrecimiento, crisis de futuro, crisis de sentido, crisis de fundamentos, crisis de cultura (valores), crisis social (fragmentación), crisis epistemológica. Por concluir de alguna manera, seleccionamos estas sentencias de personajes destacados de nuestra historia que nos dan a comprender más fácilmente cuanto llevamos dicho:

- La Tierra proporciona lo suficiente para satisfacer las necesidades de cada ser humano, pero no la de su codicia (Mahatma Gandhi (1869-1948).
- Piensa globalmente, actúa localmente Jacques Ellul (1912-1994); René Dubois (1901-1982), ecologista; David Brower (1912-2000).
- El hombre no solo es un problema para sí, sino también para la biosfera en que le ha tocado vivir (Ramón Margalef).
- Nunca sabremos el valor del agua hasta que el pozo esté seco (Thomas Fuller).
- Una ecología saludable es la base para una economía saludable (Claudine Schneider).

Referencias Bibliográficas

▶ **Alburquerque E. (2004)**

Matrimonio y familia: teología y praxis cristiana. San Pablo. Madrid

▶ **Arqueros, X., Benecia, R., Constantini, A., & Lapalma, A. (s.f.). (2021)**
Universidad de Buenos Aires.

X Jornada de extensión de la FAUBA. Resurgimiento de huertas agroecológicas en la ciudad en contexto de pandemia y post-pandemia - Programa de Extensión Universitaria en Huertas Escolares y Comunitarias (PEUHEC). Obtenido de https://www.agro.uba.ar/sites/default/files/extension/libro_jornada_2021.pdf

▶ **Calero R. (2012-2007)**

Los cimientos de un mundo sostenible. Centro de la Cultura Popular Canaria. Las Palmas.

▶ **Carrera, J., Puig LL. (2017)**

Hacia una ecología integral. CIJ. Barcelona.

▶ **Christiansen, C. (1997).**

Acknowledging a Spiritual Dimension in Occupational Therapy Practice. The American Journal of Occupational Therapy, 51(3), 169-172. Obtenido de <http://ajot.aota.org/data/Journals/AJOT/930026/439.pdf>

▶ **Ortega Cabrera, A. (2021)**

Antropología del desarrollo y ecología integral en el buen vivir. Medicina y Ética: Revista internacional de bioética, deontología y ética médica, vol.32 no.3 Universidad Anáhuac México. Ciudad de México

▶ **Díaz C. (2004)**

Pedagogía de la ética social. Para una formación en valores. Trillas. Ciudad de México.

▶ **Díaz Salazar R. (2002) (ed.)**

Justicia global. Icaria. Barcelona.

▶ **Díaz Salazar R. (2016)**

Educación y cambio ecosocial. PPC. Madrid.

▶ **Domingo Moratalla A. (2017)**

Condición humana y ecología integral. Horizontes educativos para una ciudadanía global. Madrid: PPC; 2017.

▶ **Domingo Moratalla A.**

Ética para educadores. PPC. Madrid.

▶ **Domínguez XM. (2007)**

Antropología de la familia. BAC. Madrid.

▶ **Durante, P., Noya, B., & Polonia, B. (2003).**

Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial médica panamericana. Madrid.

▶ **Elizalde A. (2009)**

Desarrollo humano y ética de la sostenibilidad. PPC. Madrid.

▶ **Erikson, Erik H. (2000)**

El ciclo vital completado. Paidós Iberica. Barcelona.

▶ **Flecha JR. (2001)**

El respeto a la creación. BAC. Madrid.

▶ **Gasda E. (2017)**

Cristianismo y economía: repensar el trabajo más allá del capitalismo. HOAC. Madrid.

▶ **Gómez, S. (2007)**

Relación Salud-Ocupación desde la terapia ocupacional. 8º congreso virtual de psiquiatría Interpsiquis. Obtenido de <http://es.slideshare.net/sabinabafe/interpsiquis-2007-29124>

▶ **Gómez, S. (2001)**

Ocupación: definición y concepto. Revista Chilena de Terapia Ocupacional (1), 5-7.

▶ **González-Carvajal L. (2009)**

El clamor de los excluidos. Sal Terrae. Santander.

▶ **González-Carvajal L. (2010)**

El hombre roto por los demonios de la economía. Sal Terrae. Santander.

▶ **González-Carvajal L. (2000)**

Entre la utopía y la realidad: curso de moral social. Sal Terrae. Santander.

▶ **Guerra R. (2017)**

Para comprender la Amoris Laetitia. Revista de Teología del CELAM; 43(168): 409-447.

▶ **Herrera Bravo, C.M. (2017)**

Horticultura como medio de intervención: una mirada ecológica desde la terapia ocupacional. Revista chilena de Terapia Ocupacional. Obtenido de <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/articulo/view/48143>

▶ **Hospital Nazareth Nivel I. (2012).**

Guía asistencial de terapia hortícola para usuarios del programa de ecoterapia en el parque temático Chaquen. Obtenido de <https://www.oas.org/es/sap/dgpe/innovacion/Banco/2015/CALIDAD/EIAmoralanaturalezaenprode-lasaludmental.pdf>

▶ **Innerarity, D. (2001).**

Ética de la hospitalidad. Península. Barcelona.

▶ **Kielhofner, G. (2004).**

Terapia ocupacional: Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación. Editorial médica panamericana. Madrid.

▶ **Lluch E. (2015)**

Una economía que mata. El papa Francisco y el dinero. PPC. Madrid.

▶ **Negritto, M., Núñez, S. & Sánchez, I. (2010).**

Una aproximación a la ciencia y al arte: Beneficios de la horticultura terapéutica. Revista de actualizaciones en enfermería, 17(1). Obtenido de <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-171/horticultura-terapeutica/#sthash.QcLzuidJ.pdf>

▶ **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005-2008).**

Determinantes Sociales de la Salud. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html

LH n.336 - 337

▶ **Peña, I. (2011)**

Terapia Hortícola-Horticultura Educativa Social y Terapéutica.

Autonomía personal. (4) 32–41. Obtenido en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART19422/horticultura.pdf>

▶ **Samour H. (2012)**

Crítica y liberación. ADG-N. Valencia.

▶ **Sánchez, J., Gorgojo, S., Del Olmo, A., Franco, S., Valdivia, E., & López, A. (s.f.). (2010)**

Taller de jardinería como terapia de actividad en la unidad de cuidados psiquiátricos prolongados del Instituto Psiquiátrico "José Germain".

Obtenido en <https://www.codem.es/revistas/taller-de-jardineria-como-terapia-de-actividad-en-unidad-de-cuidados-psiquiatricos-prolongados-del-i>

▶ **Sanz E. (ed.) (2015)**

Cuidar de la Tierra, cuidar de los pobres. Laudato Si desde la teología y con la ciencia. Sal Terrae. Santander.

▶ **Scanonne, JC. (2017)**

La teología del pueblo. Raíces teológicas del papa Francisco. Sal Terrae. Santander.

▶ **Segovia, JL. (2013)**

El capital contra el trabajo. HOAC. Madrid.

▶ **Simó, S. (2009).**

Desafíos contemporáneos para la educación y la ciencia de la ocupación: la ecología, la ética y la justicia ocupacional.

Revista TOG; 6(5), 165–195. Obtenido de <https://www.revistatog.com/suple/num5/desafios.pdf>

▶ **Simó, S. (2011).**

Terapia Ocupacional y Sostenibilidad eco-social: La ecología Ocupacional.

Revista TOG; 8(7), 25–42. Obtenido de <https://www.revistatog.com/suple/num7/ecologia.pdf>

▶ **Sols, Lucía J. (ed.). (2014)**

Pensamiento social abierto al siglo XXI. Sal Terrae. Santander.

▶ **Sols, Lucía J. (2013)**

Cinco lecciones del pensamiento social cristiano. Trotta. Madrid.

▶ **Sorge, B. (2017)**

Introducción a la Doctrina Social de la Iglesia. Sal Terrae. Santander.

▶ **Tortosa, JM. (2001)**

El juego global. Maldesarrollo y pobreza en el capitalismo mundial.

Icaria. Barcelona.

▶ **Vázquez Carballo, J. M. (2009)**

Trinidad y sociedad. Secretariado Trinitario. Salamanca.

▶ **VV.AA. (2016)**

Ecoteología, un mosaico. San Pablo. Bogotá.

▶ **Yerxa, E. (1998).**

Health and the Human Spirit for Occupation.

The American Journal of Occupational Therapy, 52(6), 412–418. Obtenido en <http://ajot.aota.org/data/Journals/AJOT/930026/412.pdf>.





02/ Implicaciones a corto plazo de la inteligencia artificial en la atención sanitaria.

Diego Urgelés Puértolas.,
Doctor en Medicina. Psiquiatra. Madrid.

El autor analiza en este artículo el impacto inminente de la inteligencia artificial (IA) en el cuidado de la salud, comparándolo con la revolución industrial. Se destaca la presencia actual de la IA en diversos aspectos médicos y su capacidad para transformar tareas rutinarias y procesar datos masivos. Aunque se anticipan beneficios como la eliminación de trabajos burocráticos y avances científicos, se advierte sobre desafíos éticos y la importancia de preservar la conexión humana en la práctica médica.

Palabras clave: Inteligencia Artificial, cuidado, salud, ética.

In this article, the author analyses the imminent impact of artificial intelligence (AI) on healthcare, comparing it with the industrial revolution. The current presence of AI in various fields relating to medicine and its capacity to transform routine tasks and to process bulk data are highlighted. Although benefits such as the elimination of bureaucratic tasks and the achievement of scientific advances are foreseen, the author warns about ethical challenges and the importance of preserving the human connection in medical practice.

Key words: Artificial Intelligence, Healthcare, Health, Ethics.

1. Russell .L. Ackoff, "From Data to Wisdom," *Journal of Applied Systems Analysis* 16 (1989): 3-9.

2. Wiener, N. (1950). *Cybernetics*. *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*, 3(7), 2-4. <https://doi.org/10.2307/3822945>

3. C. E. Shannon, "A mathematical theory of communication," in *The Bell System Technical Journal*, vol. 27, no. 3, pp. 379-423, July 1948

4. Russell, S. J., & Norvig, P. (2010). *Artificial intelligence a modern approach*. London.

5. McKinney, S. M., Sieniek, M., Godbole, V., Godwin, J., Antropova, N., Ashrafi, H. ... & Shetty, S. (2020). International evaluation of an AI system for breast cancer screening. *Nature*, 577(7788), 89-94.

La inteligencia artificial está destinada a remodelar nuestra sociedad con un impacto comparable al de la revolución industrial en el siglo XVIII. Este artículo explora los cambios que la IA está trayendo al cuidado de la salud a corto plazo, abordando no solo las mejoras técnicas sino también las profundas repercusiones en las funciones de los profesionales sanitarios y en la esencia humanista de la práctica médica.

Antes de comenzar, es esencial comprender y saber de qué hablamos cuando hablamos de **inteligencia artificial (IA)**. Hay grandes debates acerca del concepto que puede resultar muy escurridizo, al igual que lo es la propia noción de inteligencia, existen incluso los que afirman que la verdadera IA no existe ni es posible. Para los fines de este artículo, consideraremos la IA como la capacidad que tienen sistemas creados por el hombre para realizar tareas que normalmente necesitan inteligencia humana, como aprender, razonar o usar lenguaje natural. Estos sistemas no son futuristas. Existen actualmente y se perfeccionan cada día.

En realidad, la IA representa un paso más en la automatización y externalización del uso de la información. El procesamiento externo de la información (entendiendo externo como fuera de nuestro cerebro) comenzó en realidad con el uso del lenguaje oral y escrito, siendo algo intrínseco al desarrollo cultural del ser humano y ha continuado desarrollándose desde entonces. Se produjo un salto de gigante con los avances de la informática durante la segunda mitad del siglo XX.

Esto es una visión algo simplista y no captura completamente la naturaleza disruptiva, transformadora y única de la IA, pero nos sirve para empezar.

Para explicar por qué la IA es cualitativamente diferente a anteriores formas de procesar la información nos va a ayudar el constructo **datos-información-conocimiento-sabiduría**¹: si consideramos que los **datos** son hechos brutos, la **información** datos organizados, el **conocimiento** es la comprensión de esa información y la **sabiduría** es cómo se aplica ese conocimiento en el mundo, podemos afirmar que el desarrollo de la informática "convencional" nos ayudó a subir desde el escalón de la gestión y automatización de los datos a la automatización y gestión de la **información**. En un tercer salto, la IA nos permite producir conocimiento y, probablemente en muy pocos años, alcanzaremos lo que podríamos llamar siguiendo esta narrativa la **sabiduría artificial**.

La IA no ha aparecido de la nada. Sus mimbres llevan gestándose desde hace décadas con el advenimiento en la década de los cuarenta de la cibernética², la teoría de la información de Shannon³, y posteriormente el desarrollo de la estadística y nuevos algoritmos⁴. Esto ha dado lugar a avances tan espectaculares como el actual dominio del lenguaje natural.

La IA ha pasado de las fases de clasificación de patrones a la fase generativa. Y sin apenas pausa, a la fase generativa con abstracción, estos dos últimos escalones en apenas cuatro años.

Nos encontramos, lo digo a riesgo de parecer dramático, al borde de una transformación radical del mundo. Hablar de los cambios que la IA puede desencadenar en nuestra sociedad y en el mundo, se escapa claramente de los límites de este texto, sólo nos dedicaremos al área limitada del cuidado de la salud y en corto periodo de tiempo (;menos de cinco años?). Más allá de estos límites la sinergia de transformaciones que se producirán hace imposible aventurar lo que ocurrirá. Daremos por lo tanto una visión

miope y cortoplacista centrándonos sólo en el ámbito sanitario como si fuera un campo aislado del resto.

Lo primero que hay que tener en cuenta es que la IA no es el futuro sino el presente. Usamos esta tecnología todos los días prácticamente sin percatarnos: cada vez que le pedimos a un navegador GPS que busque una ruta optimizada hacia un destino, o cuando leemos el correo electrónico limpiado previamente de mensajes de spam. Pero también al encender una lámpara, cuando la electricidad que llega a nuestras casas es distribuida de forma inteligente desde las redes de alta tensión, estamos usando sin saberlo este tipo de sistemas. También la usamos sistemáticamente en sanidad: los electrocardiogramas detectan arritmias o miden el eje de forma automática, las pruebas que implican reconstrucción tridimensional de imágenes (resonancias, tomografías, PET) precisan para funcionar de esta tecnología. También en el posttratamiento de imágenes en ecocardiografía, densitometría ósea, en la topografía corneal, ... está por todas partes.

La IA se usa en el mundo sanitario cada vez en más campos y en tareas más complejas. Sirve de apoyo en trabajos simples para disminuir la carga de trabajo, como la monitorización de constantes vitales o la codificación de diagnósticos, pero está escalando posiciones en cometidos con más complejidad: iguala a los médicos especialistas con muchos años de experiencia en la detección de cáncer en mamografías⁵ o de melanomas⁶. Los sistemas de predicción de eventos vasculares en pacientes hospitalizados que avisan antes de la aparición de un infarto cardíaco o un ictus se están convirtiendo en un estándar⁷.

Estos modelos no sólo tienen valor en la detección de patrones y en diagnóstico, también seleccionan los mejores tratamientos y son capaces de optimizar la gestión sanitaria en todos los niveles. Los triajes automatizados en servicios de urgencia tienen resultados similares o mejores que los realizados por humanos⁸.

Incluso en tareas más complejas, como la selección de pacientes para tratamientos psiquiátricos especializados, han demostrado su potencialidad⁹. La IA amenaza con hacer las cosas no sólo mejor que los médicos, también mejor que los gerentes, ya que el paso de la predicción de resultados individuales a resultados de salud globales no es problemático.

Además de ser una herramienta para disminuir la carga de trabajo y ayudar en algunas labores al personal sanitario, la IA es capaz de ejecutar tareas más allá de las capacidades humanas. Ante problemas que requieren el procesamiento de datos masivos como la genética, sucede que simplemente nuestro cerebro no está capacitado para abarcar esas magnitudes. El genoma de un ser humano contiene tanta información como 750.000.000.000 de páginas de texto. Es decir, alrededor de 1.000.000 de copias de la Enciclopedia Británica. Leer toda esa información llevaría unas 95.000 vidas humanas. Nuestro sistema nervioso tiene además límites en la integración del conocimiento complejo¹⁰. Aunque procesamos información en paralelo, a través de diferentes regiones especializadas y creamos abstracciones, metáforas y modelos conceptuales que nos permiten hacer analogías y transferir conocimiento entre dominios diferentes, no nos va a ser posible competir en un futuro inmediato con el procesamiento multidimensional de los sistemas IA. Por lo tanto, no estamos hablando sólo de la dificultad para el proceso de determinadas cantidades de datos, sino para integrar (y comprender) un conocimiento que es cada vez más inabarcable.

A veces las capacidades de la IA parecen casi mágicas. Mientras entrenaban a sistemas inteligentes para detectar enfermedades en el fondo de ojo, los investigadores se dieron cuenta que la IA era capaz de saber el sexo de la persona sólo con los datos de imagen de su retina¹¹. Aunque no es probable que sea clínicamente útil, el punto es que ni los oftalmólogos que han dedicado toda su carrera a examinar este tipo de imágenes han sido nunca capaces de saber el sexo de un paciente mediante la retinoscopia,

6. Pham, T. C., Luong, C. M., Hoang, V. D., & Doucet, A. (2021). AI outperformed every dermatologist in dermoscopic melanoma diagnosis, using an optimized deep-CNN architecture with custom mini-batch logic and loss function. *Scientific Reports*, 11(1), 17485.

7. A. E. W. Johnson, M. M. Ghassemi, S. Nemati, K. E. Niehaus, D. A. Clifton and G. D. Clifford, "Machine Learning and Decision Support in Critical Care," in *Proceedings of the IEEE*, vol. 104, no. 2, pp. 444-466, Feb. 2016, doi: 10.1109/JPROC.2015.2501978.

8. Baker, A., Perov, Y., Middleton, K., Baxter, J., Mullarky, D., Sangar, D., Butt, M., DoRosario, A., & Johri, S. (2020). A Comparison of Artificial Intelligence and Human Doctors for the Purpose of Triage and Diagnosis. *Frontiers in artificial intelligence*, 3, 543405. <https://doi.org/10.3389/frai.2020.543405>

9. Tapia-Galisteo, J., Iniesta, J. M., Pérez-Gandía, C., García-Sáez, G., Puértolas, D. U., Izquierdo, F. J., & Hernando, M. E. (2020). Prediction of cocaine inpatient treatment success using machine learning on high-dimensional heterogeneous data. *IEEE Access*, 8, 218936-218953.

10. Schrödinger, E. (1964). *My view of the world*. Cambridge: Cambridge University Press.

11. Korot, E., Pontikos, N., Liu, X., Wagner, S. K., Faes, L., Huemer, J., ... & Keane, P. A. (2021). Predicting sex from retinal fundus photographs using automated deep learning. *Scientific reports*, 11(1), 10286.

12. Google Cloud Solutions, Google. (n.d.) cloud.google.com/solutions/contact-center?hl=es. Acceso 31 Oct. 2023.

13. Schneider G. (2018). Automating drug discovery. *Nature reviews. Drug discovery*, 17(2), 97-113. <https://doi.org/10.1038/nrd.2017.232>

14. Grover, N., & Coulter, M. (2023, September 22). Insight: Big pharma bets on AI to speed up clinical trials. *Reuters*. <https://www.reuters.com/technology/big-pharma-bets-ai-speed-up-clinical-trials-2023-09-22/> Acceso 31 Oct. 2023.

15. Ellul, J. (2003). *La edad de la técnica*. Octaedro.

era algo inconcebible para ellos. La IA lo hace y todavía desconocemos cómo lo consigue.

Estos son ejemplos relativamente antiguos de las capacidades de las IAs. Cada semana surgen aplicaciones más avanzadas, sorprendentes e inteligentes y la velocidad de estos avances se acelera día a día. Si no nos refiriéramos al ámbito sanitario, en el que estas mejoras suponen ineludiblemente menos sufrimiento y más vidas salvadas, podríamos calificar estos progresos de inquietantes.

Lo que nos espera en los próximos años es un panorama en el que la IA va a inundar todos los ámbitos de la sanidad: pruebas de imagen, cirugía, diagnóstico, selección de tratamientos o la salud mental. Las implicaciones a corto plazo van a ser múltiples. Vamos a detallar algunas a continuación:

- Veremos el fin de la burocracia y los trabajos repetitivos: los nuevos modelos generativos de lenguaje (conocidos como LLM) como ChatGPT, Claude y similares resolverán la mayor parte de las tareas burocráticas, incluyendo algunas la atención administrativa, gestión de agendas o facturación. Ya existen productos comerciales¹². No nos referimos a aburridos robots telefónicos con opciones mecánicas que debemos seleccionar, sino a entidades indistinguibles de un ser humano, con aparente empatía y una conversación fluida.
- La potenciación de la investigación y los avances científicos gracias a la colaboración entre IA y humanos llevará el ritmo de los avances técnicos y científicos a una escala superior. Tener en el equipo de trabajo a una IA revolucionará la productividad. En la investigación biosanitaria ya se están probando moléculas farmacológicas que han sido diseñadas por IAs¹³. Se espera que en un futuro no lejano los ensayos clínicos no sean necesarios o al menos no se parezcan en nada a los actuales¹⁴.
- La IA puede suponer una democratización de un conocimiento que ya no va a ser patrimonio

de unos pocos: esto podría abaratar los costes del cuidado de la salud, permitiendo el acceso a la atención médica en lugares remotos o con pocos medios.

Pero esta democratización dará lugar a un cambio fundamental que hay que explorar con mucho más detalle: los sanitarios pasaremos de ser los principales detentores de este conocimiento a actuar como guías y validadores del mismo. En los primeros momentos nuestro papel podría evolucionar hacia ayudar a los pacientes a navegar por la información médica, interpretar datos complejos y tomar decisiones informadas. Pero más tarde deberíamos ser capaces de ofrecer al paciente algo más que meras habilidades técnicas.

Con la evolución de la ciencia médica el concepto de atención sanitaria se ha tecnificado y reducido. Al igual que la sociedad moderna, la sanidad se ha entregado acríticamente a la técnica, olvidando en ocasiones aspectos humanos fundamentales y descuidando partes nucleares de la medicina como el consuelo, el acompañamiento, el sentido de comunidad o la atención espiritual¹⁵.

De entre los múltiples cambios que va a desencadenar la revolución de la inteligencia artificial, me gustaría centrarme aún más en éste último, porque es realmente el corazón de la práctica médica, la verdadera esencia del cuidado, entendida como un acto de conexión genuina, un reflejo de la interdependencia que define nuestra existencia. Estas dimensiones, por su misma naturaleza intrínseca y fundamental, a menudo permanecen inadvertidas, ocultas a plena vista, porque al fin y al cabo, lo último que ve el pez es el agua.

Es en estos ámbitos algo olvidados, donde los sanitarios tendremos que revisar profundamente nuestros roles y encontrar un nuevo sitio en este paradigma emergente. Como hemos dicho, creo que se han descuidado partes nucleares de la medicina tan esenciales como el consuelo genuino, el acompañamiento, el sentido de co-

munidad y la atención espiritual. Los sanitarios tenemos ahora una oportunidad única de encontrar un renovado propósito y dirección, una concepción más integral y compasiva de la atención sanitaria y el cuidado al otro.

Resulta paradójico, pero la irrupción de la inteligencia artificial nos puede llevar a un redescubrimiento de la esencia de la medicina, en su forma más pura y compasiva, a una introspección más profunda. Porque cuando la IA resuelva los problemas técnicos de la atención sanitaria, emergerá una verdad fundamental, a menudo velada por el espejismo del progreso indefinido: la medicina, por más avanzada que sea, quizás no está destinada a luchar contra la muerte, sino a ser un bálsamo para el alma humana en su camino a través de la vida.

Si somos sinceros, debemos admitir que la práctica médica no puede perseguir la quimera de una curación absoluta. Se trataría de una empresa fútil contra la marcha inexorable del tiempo, la entropía y la naturaleza de nuestra propia mortalidad. Tenemos que admitir que su objetivo verdadero es el alivio, el acompañamiento en el sufrimiento y la preservación de la dignidad en los momentos más frágiles de la existencia. Es aquí donde la comunión entre seres humanos adquiere un significado trascendental, donde el toque de una mano o la presencia consoladora de otro puede tener una fuerza que desafía la cuantificación.

Personalmente creo que la atención sanitaria encuentra su máxima expresión en la conexión genuina entre sanitario y paciente, en el reconocimiento mutuo de una vulnerabilidad compartida. Esta conexión, este sentido de pertenencia a un todo mayor, es lo que de verdad da significado al acto médico. Se trata de una especie de recordatorio que, incluso en medio de la adversidad, no estamos solos, sino que somos parte de una comunidad, de algo más grande que sostiene y enriquece nuestras vidas.

La medicina es, en su esencia más sincera, una faceta más del cuidado que nos dispensamos los

La inteligencia artificial está destinada a remodelar nuestra sociedad con un impacto comparable al de la revolución industrial en el siglo XVIII

unos a los otros, una manifestación del amor que subyace a los actos más nobles de nuestra especie. Cada acto de atención médica, en su mejor forma, es un acto de amor, una afirmación de: que cada vida es valiosa, que cada momento de sufrimiento merece ser confrontado con compasión y que cada despedida debe ser acompañada.

Y por tanto la revolución de la inteligencia artificial, con todas sus promesas de eficiencia y precisión, no podrá reemplazar de ninguna manera esta parte espiritual. Puede ser, no obstante, una herramienta que, al liberarnos de las cargas administrativas y las tareas repetitivas, nos permita profundizar aún más en lo que de verdad importa: nuestro compromiso sincero con el paciente.

Por supuesto existen otros riesgos menores en este proceso de cambio: nuevos y complejos desafíos éticos, problemas relacionados con la privacidad de datos sensibles o el control monopolístico de estas tecnologías tan poderosas. Algunos de estos problemas son totalmente inéditos como la aparición de entidades artificiales, altamente persuasivas y con gran capacidad para manipular emociones, pensamientos y conductas tanto de individuos como de sociedades enteras o las adicciones a chatbots inteligentes diseñados para ser complacientes¹⁶. Nos enfrentaremos al desafío de regular adecuadamente el uso de estas tecnologías e impulsar su desarrollo ético, de forma que podamos obtener sus beneficios para el cuidado de la salud sin comprometer otros aspectos esenciales del bienestar humano, teniendo los sanitarios un rol crucial que jugar en esta transición como guardianes de los verdaderos intereses de los pacientes¹⁷.

Sin embargo, el desafío más grande que enfrentamos con la llegada de la inteligencia artificial, no es tecnológico, sino humano. El riesgo no está en la adopción de estas herramientas, sino en olvidar que la esencia de la medicina reside en las personas. La medicina es un acto de humanidad. No podemos permitir que la fascinación por la técnica nos distraiga de nuestra

16. Pentina, I., Hancock, T., & Xie, T. (2023). Exploring relationship development with social chatbots: A mixed-method study of replika. *Computers in Human Behavior*, 140, 107600.

17. Murati, M., Altman, S. (2023, January 18). *The future of AI will astonish us* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=byYIC2cagLw&t=2408s>

misión fundamental: aliviar, acompañar y cuidar. Porque la IA puede cambiar la forma en que diagnosticamos y tratamos, pero no debe alterar el porqué lo hacemos. No olvidemos que la atención médica es más que una transacción de servicios, es un acto de amor. Cada decisión y cada acción, desde el escuchar al paciente en la consulta, hasta el gesto del bisturí durante una intervención quirúrgica, debe estar impregnado de este entendimiento.

Como profesionales de la salud, nuestro principal rol en la era de la IA no es el de ser los ejecutores de su capacidad, sino los guardianes de la esencia real de nuestra profesión. Será vital que nos aferremos a la empatía, la comprensión y la compasión como los pilares de nuestra práctica. Debemos asegurarnos que, en este proceso de cambio, no perdamos lo que realmente da sentido a nuestra labor: ser cuidadores en el más profundo sentido de la palabra.

La IA ya está aquí: es el presente, no el futuro. No hay marcha atrás. Estamos ante un cambio de paradigma que remodelará completamente la sanidad. Las transformaciones que hemos anticipado, ya están tomando forma, y aunque los primeros pasos sean graduales, nos dirigimos hacia una disrupción completa del modelo sanitario tal y como lo conocemos. Nos veremos obligados a reconsiderar conceptos que hasta ahora parecían inalterables, como el papel de los diagnósticos en nuestra comprensión de la salud. Pero, ante todo, la inteligencia artificial nos obliga a un reencuentro con nuestra humanidad, a una reflexión profunda sobre lo que significa ser humanos en la era de las máquinas pensantes.

Bibliografía

Baker, A., Perov, Y., Middleton, K., Baxter, J., Mullarkey, D., Sangar, D., Butt, M., DoRosario, A., & Johri, S. (2020). *A Comparison of Artificial Intelligence and Human Doctors for the Purpose of Triage and Diagnosis.* *Frontiers in artificial intelligence*, 3, 543405. <https://doi.org/10.3389/frai.2020.543405>

C. E. Shannon, "A mathematical theory of communication," in *The Bell System Technical Journal*, vol. 27, no. 3, pp. 379-423, July 1948

E. W. Johnson, M. M. Ghassemi, S. Nemati, K. E. Niehaus, D. A. Clifton and G. D. Clifford, "Machine Learning and Decision Support in Critical Care," in *Proceedings of the IEEE*, vol. 104, no. 2, pp. 444-466, Feb. 2016, doi: 10.1109/JPROC.2015.2501978.

Ellul, J. (2003). *La edad de la técnica.* Octaedro.

Google Cloud Solutions, Google. (n.d.) cloud.google.com/solutions/contact-center?hl=es. Acceso 31 Oct. 2023.

Grover, N., & Coulter, M. (2023, September 22). *Insight: Big pharma bets on AI to speed up clinical trials.* Reuters. <https://www.reuters.com/technology/big-pharma-bets-ai-speed-up-clinical-trials-2023-09-22/> Acceso 31 Oct. 2023.

La IA ya está aquí: es el presente, no el futuro. Nos veremos obligados a reconsiderar conceptos que hasta ahora parecían inalterables, como el papel de los diagnósticos en nuestra comprensión de la salud

Korot, E., Pontikos, N., Liu, X., Wagner, S. K., Faes, L., Huemer, J., ... & Keane, P. A. (2021). *Predicting sex from retinal fundus photographs using automated deep learning.* *Scientific reports*, 11(1), 10286.

McKinney, S. M., Sieniek, M., Godbole, V., Godwin, J., Antropova, N., Ashrafian, H. ... & Shetty, S. (2020). *International evaluation of an AI system for breast cancer screening.* *Nature*, 577(7788), 89-94.

Murati, M, Altman, S. (2023, January 18). *The future of AI will astonish us [Video].* YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=byYIC2cagLw&t=2408s>

Pentina, I., Hancock, T., & Xie, T. (2023). *Exploring relationship development with social chatbots: A mixed-method study of replika.* *Computers in Human Behavior*, 140, 107600.

Pham, T. C., Luong, C. M., Hoang, V. D., & Doucet, A. (2021). *AI outperformed every dermatologist in dermoscopic melanoma diagnosis, using an optimized deep-CNN architecture with custom mini-batch logic and loss function.* *Scientific Reports*, 11(1), 17485.

Russell .L. Ackoff, "From Data to Wisdom," *Journal of Applied Systems Analysis* 16 (1989): 3-9.

Russell, S. J., & Norvig, P. (2010). *Artificial intelligence a modern approach.* London.

Schneider G. (2018). *Automating drug discovery.* *Nature reviews. Drug discovery*, 17(2), 97-113. <https://doi.org/10.1038/nrd.2017.232>

Schrödinger, E. (1964). *My view of the world.* Cambridge: Cambridge University Press.

Tapia-Galisteo, J., Iniesta, J. M., Pérez-Gandía, C., García-Sáez, G., Puértolas, D. U., Izquierdo, F. J., & Hernando, M. E. (2020). *Prediction of cocaine inpatient treatment success using machine learning on high-dimensional heterogeneous data.* *IEEE Access*, 8, 218936-218953.

Wiener, N. (1950). *Cybernetics.* *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*, 3(7), 2-4. <https://doi.org/10.2307/3822945>



03/

Tecnologización sanitaria y fragmentación del cuidado.

Josep Antoni Boix Ferrer,

Responsable del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa.

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Especialista en Enfermería Geriátrica, Máster en Logoterapia y Análisis Existencial

Empiezan a abundar las predicciones de que, hacia la mitad del siglo XXI, las máquinas habrán reemplazado a los seres humanos en la mayoría de los lugares de trabajo. En el presente artículo se distinguen los conceptos de racionalidad y sabiduría y de Inteligencia Artificial débil y fuerte y se apunta que, en un escenario en que humanos y máquinas compartan las tareas de cuidado de las personas enfermas y dependientes, la propia fragmentación del cuidado puede provocar su devaluación. Esto es debido a que, en los contextos de cuidado, es la atención a aquellas necesidades más prosaicas de la persona la que suele propiciar la explicitación de su vulnerabilidad afectivo-existencial, siempre más compleja de transparentar.

Palabras clave: Cuidado íntimo, Cuidado fragmentado, Inteligencia Artificial (IA), Humanización.

Predictions that machines will replace human beings in most workplaces by the middle of the 21st century are beginning to abound. In this article, the concepts of rationality and wisdom, and of weak and strong artificial intelligence are distinguished, and it is pointed out that, in a scenario in which humans and machines share the tasks of caring for sick and dependent persons, the selfsame fragmentation of care may lead to its devaluation. This is due to the fact that, in contexts of care, it is the attention to the most prosaic needs of the person that usually tends to make explicit the person's affective and existential vulnerability, something which is always more difficult to evidence.

Key words: Intimate care, Fragmented care, Artificial intelligence (AI), Humanisation.

La vida es un frágil milagro. Está ahí, sin que sepamos con certeza cómo es eso posible. Y, a la vez, ¡cuán fácilmente se marchita! La vida prosigue y se extinguen las vidas. Perdura la vida bajo formas contingentes. Sólo el ser permanece, mientras que los seres... fallecen.

Nosotros, los humanos, estamos hechos así, inquieta mezcolanza de eternidad y finitud, transitando una existencia amenazada, a la espera de los dioses. Incompletos y vulnerables, sabemos que no sabemos y aventuramos que moriremos. Autoconscientes, cargamos dolores pasados y tememos el sufrimiento venidero.

Por causa de la carne amada, hemos experimentado enfermedad, culpa y muerte. Y, por todo ello, aunque no queramos, también sabemos de la inevitabilidad del cuidado.

Explica [Lina Pinzón de Salazar](#), profesora del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Caldas (Colombia), que

“Para Heidegger el ser humano es estructuralmente cuidado y es así, como cuidado, como establece sus relaciones con el mundo, con los otros y consigo mismo” (2009, pp. 13-14).

Acreedores de una gestación más prolongada que nos impediría salir del útero materno, arribamos a este lado de la existencia siendo com-

pletamente dependientes: hambrientos de aire, faltos de alimento, deseosos de arrullo, aspirando calidez...

En definitiva, necesitados de cuidado. Y, aunque con los meses y los años ganemos en autonomía, nunca dejaremos de buscar aire, alimento, arrullo, calidez y cuidado. Somos portentosa existencia carenciada. Y eso es algo que le gusta poco a esa parte de nosotros mismos con ínfulas de grandeza.

Esa parte que antepone el orgullo a cualquier otra cosa y que confunde dignidad con soberbia. Incluso aquellos más conscientes de que, por su precariedad, la condición humana demanda fraternidad y solidaridad, lógicamente, antes prefieren verse en el lugar del que ayuda que no en el del que precisa de auxilio.

En todo espíritu noble es fácil que la compasión fluya a borbotones hacia el otro extenuado, hambriento, desnudo o descartado; más difícil es el recibirla. Sin embargo, señala [Martin E. P. Seligman](#), padre de la **Psicología Positiva**, que, de entre las capacidades y fortalezas que caracterizan al ser humano, la más valiosa de todas ellas, la “**Reina de las fortalezas**”, es la capacidad de ser amados. Simple y llanamente. Por un solo motivo: porque llegará un día en que, de manera crucial, necesitaremos ejercerla. ¿Hacia dónde apunta Seligman con esta proclama?

A que tarde o temprano, en uno de los recodos de nuestra vida, llegará un momento en que necesitaremos de la ayuda de otros, literalmente y sin paliativos. Y, para entonces, más convendrá que sepamos aceptar, acoger y agradecer dicha ayuda. Para no añadir todavía más penurias al dolor que bajo una forma u otra nos aqueje en esa circunstancia y, en consecuencia, para tampoco expulsar con nuestro resentimiento a quienes vengan a socorrernos en pleno trance. Solo cuando seamos capaces de abrazar nuestra escasez, podremos celebrar con gozo sincero el don que nos sacia. ¡Pero cuán difícil es! ¡Cuán trémula y renuientemente entramos en contacto con nuestras insuficiencias!

Quizás por ello, a menudo, los seres humanos nos cuidamos unos a otros con disimulo. Ciertamente, existen algunas relaciones de cuidado con carta de legitimidad, institucionalizadas incluso, formal o informalmente: la familia, la escuela y el hospital son lugares nutricios, articulados alrededor de formas diversas de cuidado. Son lugares, también, de relación no-horizontales, donde suele resultar claro quien sostiene la responsabilidad del cuidado y quien tiene reconocido el derecho a ser atendido.

Pero fuera de esos espacios de cuidado oficializado, contados, las personas tendemos a sostenernos unas a otras con discreción. E, incluso en dichos espacios, no es lo mismo vendar un tobillo que un corazón lastimado. Cuanto más íntima sea la fragilidad que nos fuerza a recibir ayuda, con frecuencia, menos obvia preferimos que resulte dicha ayuda, menos explícitamente debemos prestarla.

Decía el personaje de **San Vicente de Paul**, en la película **Monsieur Vincent (1947)** de **Maurice Coche**, que únicamente por nuestro amor nos perdonarían los pobres el pan que les diésemos. Por atavismos que todavía nos condicionan, la pobreza, en sus distintas formas, tiene visos de ser interpretada como indignidad.

Y, por tanto, el socorro entregado puede tener algo de humillante. Esta conexión entre ayuda y devaluación solo puede desactivarse de dos maneras: con naturalidad o con reverencia. O bien auxiliado y auxiliador trivializan la situación, envolviéndola de cotidianidad para que pase desapercibida. O bien aquel que socorre explicita con tal respeto y estima su apoyo que dicho amor, paradójicamente, dignifica la experiencia por entero. Algunos de entre los nuestros, sabiéndonos a todos de barro, están preparados para recibir apoyo de las dos maneras. Otros sólo pueden aceptarlo sin que se note, especialmente, en lo que a heridas del alma se refiere.

Así pues, para que aceptemos la caricia que arroja nuestra profundidad, a menudo precisamos de aquella sutil delicadeza maternal que

suele pasarnos inadvertida porque se reviste de humildad, de insignificancia y de normalidad. De cuidado invisible. Cuando algo duele, es toda la persona la que se duele y es toda la persona la que necesita consuelo, pero los que nos dedicamos a profesiones de ayuda debemos tener presente que hay ciertas confianzas que sola brotan en la imprevisibilidad del cuidado más trivial.

Porque es en lo trivial donde se tejen las complicidades y es la complicidad lo que posibilita la palabra sentida y compartida. Está en nuestra esencia. Desde que, como primates, nos despiojábamos unos a otros, hasta hoy en día, en que en peluquerías y barberías siguen verdeando las confesiones.

Dice a menudo un hermano de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que él hace Pastoral con la jeringa en la mano. ¡Cuánta lucidez entraña su alegato! Desde la profesión enfermera es bien sabido que los momentos de cuidado del cuerpo -por ejemplo, al lavarlo o curar una herida- son grandes propiciadores de posteriores revelaciones.

Como también a veces, en las unidades de Cuidados Paliativos, es la mujer de la limpieza, en su acotado paso por cada habitación, quien consigue las primicias más preciadas de pacientes y familiares.

Nos resulta más fácil pedir ayuda como quien no quiere la cosa y otorgarla de la misma manera, porque la intimidad doliente gusta de los números de prestidigitación en los que uno no sabe si atender a las palabras o a los gestos, permitiendo así que por un breve lapso de tiempo sintamos la magia de la comunión comprensiva y compasiva. Hablar desde lo más hondo de nuestro ser personal cuando parece que solo estamos atentos a las magulladuras del organismo.

A sabiendas de todo esto, resulta natural preguntarse hasta qué punto puede fragmentarse el cuidado. [Joan Tronto](#), profesora de **Ciencias**

Políticas de la Universidad de Minnesota, identifica con acierto que cuidar supone una serie de fases, cada una de ellas con una cualidad moral que se pone en juego: percatarse de una necesidad, responsabilizarse de ella, la acción de cuidar propiamente dicha, la recepción de ese cuidado y, finalmente, la conciencia común de que se mantendrá la atención mientras perdure la necesidad.

También señala que pueden ser diversos los agentes que intervengan en cada fase. Quede claro que aquí, aunque pueda darse que las cinco fases se produzcan en un único momento, de lo que estamos hablando es del tercer y cuarto movimiento del cuidado, de darlo y recibirlo, argumentando que pueden ser de distinta índole los cuidados que se dan al cuidar, que en un mismo espacio de cuidado pueden congregarse diferentes acciones “cuidadosas”, que los cuidados visibles e invisibles (“duros” y “blandos”) suelen andar de la mano. Y que, siendo así, según como parceleamos las distintas atenciones a ofrecer, algunas quizás nunca lleguen a producirse; porque no sean solicitadas o no sean plenamente recibidas. Tal vez, si diseccionamos sobremanera el cuidado, por alguna parte se nos perderá el milagro de la interacción cuidadosa, del instante entrañable.

Todo esto viene a cuento de que, en el momento presente, a finales del primer cuarto del siglo XXI, con la progresiva y acelerada automatización de la sociedad y la incorporación progresiva de la tecnología a la vida diaria, son muchas las voces que auguran una masiva delegación de tareas tradicionalmente humanas en todo tipo de entes cibernéticos, desde robots disciplinados a inteligencias artificiales autoconscientes. Lo explica concienzudamente [Marco Schorlemmer](#), científico titular del [Instituto de Investigación en Inteligencia Artificial del CSIC](#):

Cuando se habla de superinteligencia, a menudo se hace referencia a la posibilidad de que las máquinas

reemplacen a los seres humanos en la mayoría de los lugares de trabajo, y hay quien incluso se atreve a pronosticar que eso puede suceder en apenas los próximos veinte o treinta años. Basado en un estudio realizado por investigadores de la universidad de Oxford junto con la consultora Deloitte, la BBC ha creado una página web que permite calcular el riesgo de automatización que tienen determinadas profesiones. Así, por ejemplo, a los taxistas y chóferes les asigna una probabilidad de automatización del 57%, y a los bibliotecarios, del 97%. En cambio, para las enfermeras o comadronas el riesgo de automatización se sitúa en el 2%. (2019, p. 13)¹

A pesar de que en el ámbito de los cuidados sanitarios, según esta predicción, parece haber poca probabilidad de robotización, [Carmen Domínguez Alcón](#), Enfermera y Doctora en Sociología por la [École des Hautes Études en Sciences Sociales](#) de Paris, aporta que

“En relación con la salud y los cuidados, hay un creciente interés por la tecnología y su desarrollo (Economist Intelligence Unit 2014), con proyectos variados en distintos campos de aplicación -cirugía, prótesis, tratamientos, rehabilitación, hospitalario, asistencial, farmacia, endo y micro-robots-” (2017, p. 625).

La misma autora añade algo de contexto a la mencionada intención de incrementar la tecnología del cuidado, haciendo referencia

“A la demanda creciente de cuidados de larga duración y la dificultad de cobertura en un modelo de

1. Todas las citas de esta obra se han traducido del original en catalán

2. Olvidándonos de la naturaleza metafórica de nuestras concepciones de mente, inteligencia y racionalidad, y tomándonoslas literalmente.

3. En el polaco más culto y tradicional la palabra utilizada para referirse a la dignidad, *godnosc*, puede referirse también al apellido.

tradición familista, como es el caso español” (*ibid*, p. 626).

¿Serán robots los que tendrán que acudir en nuestra ayuda para atender la necesidad de cuidados de una humanidad envejecida? Antes de aventurarnos en semejantes conjeturas, convendría clarificar someramente a qué tipo de Inteligencia Artificial (IA) nos referimos. A nivel conceptual, primero deberíamos distinguir entre IA débil (sistemas informáticos que exhiben algún comportamiento inteligente) e IA fuerte (inteligencia de nivel humano), teniendo en cuenta que actualmente lo único que tenemos son IA débiles que igualan o mejoran el rendimiento humano en tareas cognitivamente complejas muy concretas. En segundo lugar, cuando hablamos de IA solemos adoptar

“Una comprensión idealizada de lo que significa que un agente actúe de manera inteligente, reduciendo la inteligencia a la racionalidad; y así, por actuar racionalmente se entiende escoger la acción que produce el mejor resultado” ([Schorlemmer](#), 2019, p. 14).

A medida que “racionalizamos” inconscientemente nuestras actividades humanas en términos de computación algorítmica, por nuestra incapacidad de distinguir nuestras metáforas conceptuales², los humanos iremos ajustando de manera imperceptible nuestras decisiones y acciones a estos procesos “racionalizados”, sin cuestionarnos su aptitud.

Y como las máquinas son mejores (y más rápidas) a la hora de ser “racionales” (según la conceptualización metafórica dominante), los humanos se podrán substituir fácilmente por sistemas

informáticos, y hasta se consideraría poco ético dejar de hacerlo. Si un sistema de diagnóstico basado en IA realiza diagnósticos médicos con un índice de error mucho menor que un médico, ¿no tendríamos que dejar en sus manos la tarea de diagnosticar? (*ibid*, p. 23)

Volviendo al tema que nos ocupa, en un escenario de IA débil, cuando hablamos de delegar cuidados en entes artificiales de dispar autonomía, queda claro que inicialmente nos referimos a automatizar tareas muy específicas, retales particulares dentro del inmenso tapiz que constituye el universo del cuidado.

Robots realizándole la higiene a una persona o tomándole la presión arterial mientras que el cuidador humano, en una visión idealizada de su profesión, se dedica a escucharle a pie de cama, incluso cogiéndole empáticamente de la mano.

¿Es ahí dónde queremos llegar? ¿No sería ese el epítome del cuidado fragmentado del que hemos venido hablando a lo largo del presente artículo? Llegados a ese punto, ¿quedaría espacio para el contacto humano entre tanto roce artificial?

¿Apetecerían las confesiones susurradas y las confidencias al oído sobre el telón de fondo de alarmas, pitidos y bips? ¿Nos decidiríamos a llorarle a ese profesional que viene expresa y exclusivamente a escucharnos cuando justo antes ni él ni ninguna otra persona se han dignado a palpar con su carne la carne de nuestro vientre dolorido?

¿Nos atreveríamos a compartirle nuestros temores más hondos cuándo pareciera que ni él ni ninguna otra persona nos han encontrado dignos de que sean ellas quienes nos sonden, como si nuestra uretra fuese menos merecedora de delicadeza que la suya? Cuanto más se reparte el cuidado, más se anonimiza, siendo el anónimo la antítesis de la dignidad³. Cuanto más se automatiza, menos caben las palabras, si al

otro lado no hay nadie que -mientras que nos “cuida”- escuche verdaderamente.

Cabe preguntarse, por último, si llegados a un futuro donde la IA fuerte sea una realidad, sería concebible, rentable y óptimo que autómatas autoconscientes aglutinaran el repertorio completo de cuidados posibles, deviniendo una suerte de supercuidadores.

Pero, ¿sería eso posible siquiera? Porque, si por inteligencia seguimos entendiendo racionalidad y obviamos el papel que en la sabiduría humana juegan la cognición corpórea y la interacción e intra-acción de los organismos vivos con el entorno y entre ellos, ¿qué autoconsciencia sería esa? Sin duda, no sería ni humana ni entrañable ni blanda ni dubitativa ni libre... aunque pudiesen simularlo una miríada de algoritmos.

Porque, al fin y al cabo, como cuidadores, al acercarnos a aquel que sufre, solo podemos concebir el dolor que, de alguna manera, en alguna medida, alguna vez, también nosotros hayamos sentido.

Referencias Bibliográficas

Libros

DOMÍNGUEZ, C. (2017).
Evolución del cuidado y profesión enfermera.
Ediciones San Juan de Dios.

PINZÓN, L (2009).
*El cuidado espiritual en enfermería.
¿utopía o esperanza?*
Editorial Universidad de Caldas.no.3
Universidad Anáhuac México.
Ciudad de México

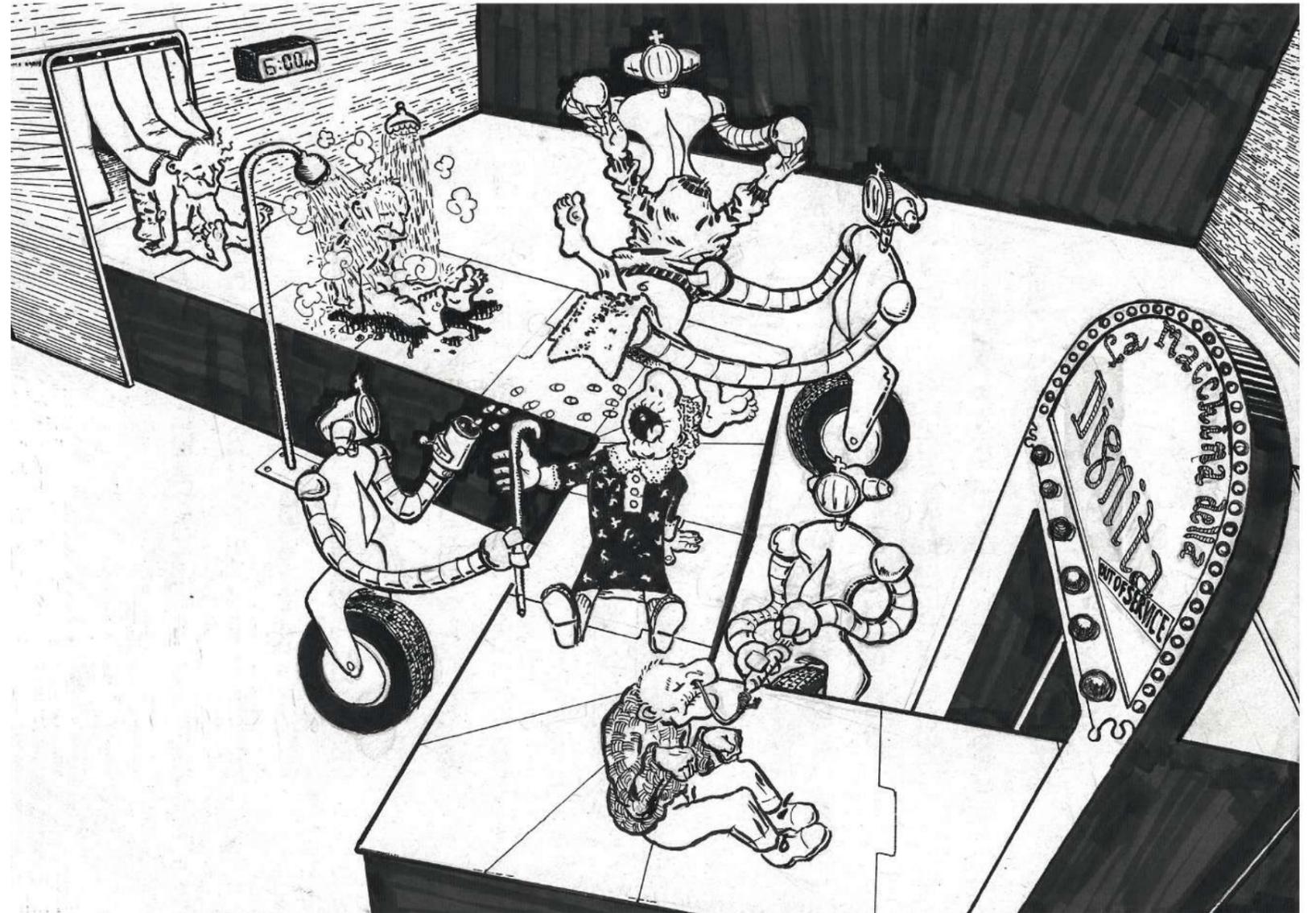
Revistas

SCHORLEMMER, M. (2019).
*Quaderns, 121. Indagació contemplativa
per a l'era de la intel·ligència artificial*.
Fundació Joan Maragall
(Cristianisme i Cultura)

Bibliografía

SELIGMAN, M. (2011).
La auténtica felicidad. B de Bolsillo.

TRONTO, J. (2017).
*La democràcia del cuidado como antídoto
frente al neoliberalismo*.
En DOMÍNGUEZ ALCÓN C, KOHLEN
H, TRONTO J.
*El futuro del cuidado. Comprensión de la ética
del cuidado y práctica enfermera*.
Ediciones San Juan de Dios, pp. 19-36.
Disponible en: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/d23d4137-42f4-4331-924e-b660473acf64>



Creditos Imagen

Ilustración de Toni Boix-Ferrer para la publicación “[Educating for Dignity, a multi-disciplinary workbook](#)” (2004).

The Dignity and Older Europeans Project (contract number QLG6-CT-2001-00888) – European Comisión, DG Research, Directorate E: Biotechnology, Agriculture and Food, under FP5, Quality of Life Programme



04/

La relación de confianza en salud mental.

Montse Esquerda,

Directora Institut Borja de Bioètica. Universitat Ramon Llull.
Pediàtra. Sant Joan de Déu Terres de Lleida.

Josep Pifarré,

Psiquiatra. San Juan de Dios Provincia de España.

Este artículo explora el cambiante panorama de las relaciones terapéuticas en el sector de la salud, haciendo hincapié en la importancia perdurable de la confianza. Se adentra en el impacto de los avances tecnológicos, la creciente complejidad de los problemas médicos y los cambios hacia la autonomía del paciente. El enfoque se extiende a la salud mental, abordando los desafíos planteados por la inteligencia artificial, el cambio en el modelo de atención y el papel crucial de la confianza en la era de la toma de decisiones centrada en el paciente. Los autores abogan por un enfoque matizado de la autonomía, considerando aspectos relacionales y la vulnerabilidad inherente a la salud mental. La discusión se extiende a los procesos de toma de decisiones, enfatizando la necesidad de elecciones competentes, informadas y libres de coacciones. En las fases agudas, se sugieren medidas preventivas, cuidado continuo y comunicación transparente para mantener la confianza. Ambos médicos destacan el papel insustituible de los valores y actitudes profesionales, proponiendo que la confianza sigue siendo piedra angular de la atención médica de calidad, respetando la naturaleza multidimensional de los individuos.

Palabras clave: Relación, Confianza, Salud mental, Autonomía.

This article explores the changing panorama of therapeutic relations in the healthcare sector, emphasizing the lasting importance of trust. The authors look into the impact of technological advances, the growing complexity of medical problems, and the changes towards the patient's autonomy. The scope of this reflection includes mental health, dealing with the challenges posed by artificial intelligence, the change in the healthcare model, and the crucial role of trust in the era of patient-centred decision-making. The authors advocate a nuanced approach to autonomy, considering relational aspects and the vulnerability inherent to mental health. The discussion of these issues embraces the decision-making processes, underlining the need for competent, informed and constraint-free choices. In the acute phases of disorders, preventive measures, continuous care and transparent communication are suggested in order to maintain trust. Both doctors stress the indispensable role of professional values and attitudes, pointing out that trust continues to form the keystone of quality medical care, with respect for the multidimensional nature of individuals.

Palabras clave: Relation, Trust, Mental health, Autonomy.

01/

La relación terapéutica como base de las profesiones sanitarias.

La relación de confianza ha sido¹, y continúa siendo, uno de los grandes pilares de la relación entre los profesionales de la salud y las personas que atendemos. Etimológicamente, confiar implica tener fe, lealtad (**fiar**) de manera completa (**con**). Implicará veracidad y compromiso. El paciente, cuando pide ayuda, da por hecho que el profesional le tratará de manera leal, fiel, veraz, y siempre velando por el mejor interés del paciente. Una relación de confianza también ayudará a que el paciente explique todo lo que le pasa sin reservas, hecho imprescindible para una buena relación terapéutica. Así, la relación es doble. El paciente confía en el profesional sus síntomas y sus circunstancias, y el profesional actúa de manera fiel siempre en beneficio de la persona atendida.

Ahora bien, en el mundo actual, absolutamente cambiante, ¿esto todavía es así o queda, como otras muchas cosas, como una característica de tiempos pasados, “superada” por otros tipos de relación? En la actualidad probablemente estamos viviendo un **cambio de época**. En medicina este cambio lo podríamos definir con

tres características: aceleración, complejidad, y cambio en el modelo de atención.

Primera. La **aceleración** es evidente. **Diego Gracia**, en 1995² comentaba que

“Puede afirmarse sin miedo a errar que la relación médico-paciente ha cambiado en los últimos 25 años más que en los anteriores 25 siglos”.

Casi 30 años más tarde podemos afirmar de nuevo que la medicina ha vuelto a cambiar, y continúa transformándose de manera no lineal sino acelerada. En este contexto, las nuevas tecnologías y están revolucionando la medicina, consiguiendo hitos que hace pocos años parecían imposibles. Y algunos de estos avances generan nuevos dilemas éticos³. La inteligencia artificial ya se utiliza en medicina, con el fin de facilitar el proceso diagnóstico y terapéutico, e incluso comienza a sustituir a los profesionales en algunos procedimientos.

Hay quien dice que aquello que pueda ser sustituido por una máquina, debe ser sustituido por ésta. Entonces la pregunta sería: ¿quedará algún aspecto para los profesionales de la salud? Los pacientes, ¿podrán “confiar” en la inteligencia artificial en lugar de confiar en los profesionales? Y las máquinas, ¿no podrán ser más “objetivas” que las personas, ya que no tienen deseos, intenciones y otras motivaciones?

Segunda, la **complejidad**. **Edgar Morin**, hace unas décadas⁴, ya nos abría la mente al diferenciar entre problemas simples, complicados y complejos. Los problemas simples son aquellos que a partir de pocas variables podemos encontrar la solución. Los problemas complicados son aquellos que, conociendo todas las variables en juego, aunque sean muchas, hallaremos la solución correcta. Por ejemplo, las variables que guían a un cohete para llegar a la luna. Aquí nos ayudan los ordenadores de manera clara, y

1. Lain Entralgo, Pedro. El médico y el enfermo. Editorial Triacastela, 2003 (de la primera edición de 1964).

2. Gracia, Diego. Ética Médica. En Ferreras-Rozman. Medicina Interna 13 Ed. Editorial Doyma, Barcelona, 1995.

3. Esquerda M, Lorenzo D, Bofarull M. Beyond the Domains. What Would be the Fundamental Ethical Questions in the Development of the Artificial Womb. Am j Bioet 2023 May; 23(5): 125-127. doi: 10.1080/15265161.2023.2191045.

4. Morin, Edgar. Introducción al pensamiento complejo. Editorial GEDISA, Buenos Aires, 1991. Alonso Muñozyerro, L. Código de Deontología Médica. Ediciones FAX, 1934.

su ayuda es clave para solucionar los problemas complicados. Pero existen otros problemas, los problemas complejos, en los que nunca podemos controlar todas las variables, y lo que hagamos de hecho producirá nuevas variables que influirán en el resultado.

Por tanto, no podemos predecir, y no nos limitamos sólo a observar, ya que lo que hagamos influirá en el resultado final. La relación médico-paciente es una clara relación compleja. De momento, los problemas complejos no son bien afrontados por las máquinas. Pero, tal y como se está desarrollando la inteligencia artificial, y con la computación cuántica, ¿podemos asegurar que en futuro no podrá ser diferente?

Y tercera, el **cambio de modelo de atención**. El código deontológico de los médicos españoles de hace casi 100 años (1934) decía: el médico debe ser

“De carácter firme para no transigir con los caprichos del enfermo que le sean perjudiciales, ..., y en imponerse para que sean observadas sus prescripciones”⁵.

La visión clásica paternalista, la implícita en este código, se podría resumir en la siguiente frase:

“Todo para el paciente, pero sin el paciente”.

El paciente era, como dice la palabra, un sujeto pasivo, que recibe la acción que realiza aquel quien sabe, que es el médico y el resto de profesionales de la salud. Se parte del presupuesto que la enfermedad produce al paciente, incluso cuando éste previamente sea completamente competente, una disminución de la capacidad de decidir.

Como consecuencia de este presupuesto, los profesionales sanitarios, para protegerle, le han de tratar según sus conocimientos y experiencia, sin contar con su opinión. En el caso de la salud mental esta realidad es todavía más evidente, dado que no sólo tiene una enfermedad, sino que esta enfermedad implica en muchos casos la alteración de la conciencia de la realidad. Se aplica el criterio de beneficencia, que no entra en conflicto con la autonomía, ya que se presupone que el paciente no es competente. En la época paternalista, se daba la paradoja que los medios diagnósticos y terapéuticos eran escasos y los resultados pobres, pero la confianza en el médico era total. La podríamos llamar una “**confianza ciega**”. Este modelo paternalista hace años que ya no se sostiene.

La persona atendida, que ya no “paciente” no es un sujeto pasivo (sujeto paciente) sino que quiere participar en la toma de decisiones en relación a su salud. Hemos pasado de un modelo basado en la beneficencia a otro basado en la autonomía, en la que la persona que nos pide ayuda es la que decide, y nuestra misión será la de acompañarle a que sea ella quien tome la decisión. Se prioriza, por tanto, la autonomía en relación a la beneficencia, y, más importante, se considera autónoma a la persona, a no ser que se demuestre lo contrario.

Es como una inversión de la carga de la prueba. El paciente no tendrá de demostrar que tiene capacidad para tomar decisiones, aunque sean contrarias a lo que como profesionales indicaríamos, sino que tendrán que ser los profesionales que demuestren que la persona atendida tiene alguna limitación de la autonomía.

Como comentaremos más adelante, para poder ejercer la autonomía será imprescindible que el paciente sea competente, que esté bien informado y que esté libre de coacciones⁶. Estos tres puntos serán una de las claves del nuevo modelo, que implica también un cambio en el modelo de relación, pero una pieza clave en este modelo es que siga dándose en un contexto de confianza.

5. Alonso Muñozyerro, L. Código de Deontología Médica. Ediciones FAX, 1934.

6. Beauchamp TL, Childress JF. El respeto de la autonomía. Principios de ética médica. 4.ª ed. Madrid: Masson; 1999.

En resumen. Estamos viviendo, pues, en un mundo complejo, y cambiante por instantes, más de Heráclito (nadie puede bañarse dos veces en el mismo río) que de Parménides (el movimiento y el cambio son una ilusión). **Si el mundo cambia, la asistencia que tenemos que dar debería cambiar.** De hecho, lo que nos piden las personas que atendemos, los que antiguamente llamábamos pacientes, es también diferente. Y todavía más difícil, mucho de lo que hacemos en muy poco tiempo lo podrá hacer una máquina. En este contexto, la relación de confianza, inmutable durante siglos, ¿tiene todavía sentido en el mundo actual y en que nos viene?

02/

La relación de confianza en el ámbito de la salud mental.

El ámbito de la salud mental no es una excepción, también está en un cambio de época, con aceleración, complejidad y cambio de modelo de atención. Este es un ámbito que entró tarde en la revolución científica, en la actualidad es una de las que más avances neurocientíficos y tecnocientíficos presenta. El nuevo reto de la inteligencia artificial también está claramente presente en la salud mental⁷. Cada vez tenemos más dispositivos, que son capaces de ayudarnos, entre otras, a predecir recaídas, a interactuar con las personas con problemas de salud mental o incluso a realizar diagnósticos⁸.

Por otro lado, el cambio de modelo de atención, aunque ciertamente ha sido más tardío, es una clara realidad ya en salud mental⁹. Y este cambio se produce con mucha fuerza, y con todas unas nuevas demandas y un deseo por transformar

el sistema, teniendo como centro a las personas atendidas y no a los profesionales. Es más, incluso a veces, la visión de las personas atendidas entra en claro conflicto con las prácticas al uso¹⁰, quizás en parte por haberlas dejado fuera del proceso de decisión.

El paso hacia **modelos basados en la autonomía** y su evolución a **modelos de derechos** no serán una excepción sino la norma. Pero es fundamental una reflexión a fondo sobre qué implica este modelo basado en el respeto a la autonomía de las personas. Desde una parte de la Bioética y del derecho¹¹ asignan a los pacientes absolutamente todo el control (pero no siempre la responsabilidad).

De acuerdo con este punto de vista, los profesionales deberían actuar informar y utilizar las habilidades clínicas según las instrucciones del paciente, sin tratar de influir en las decisiones de los pacientes, y mucho menos tomarlas. Este acercamiento a una autonomía individualista contiene verdades importantes sobre la libertad humana, pero está construida sobre principios abstractos o premisas que no reflejan toda la complejidad de la realidad vivida, olvidando una parte fundamental y fundante de la naturaleza humana: **su dependencia y vulnerabilidad**¹².

Emergen también otras formas de entender la autonomía, más basadas en **contextos relacionales** y que ponen el peso en el contexto social, las relaciones y reconoce los aspectos emocionales y encarnados de quienes toman decisiones. El punto de partida de la autonomía relacional es el reconocimiento de que la vulnerabilidad como condición humana. Como comenta **Delgado**¹³:

“**Todos compartimos la vulnerabilidad y todos dependemos de los demás porque estamos inmersos en relaciones sociales. Si no existen relaciones y condiciones sociales que permitan que surja la autonomía, no es posible**

7. WHO. Artificial intelligence in mental health research: new WHO study on applications and challenges. 2023. <https://www.who.int/europe/news/item/06-02-2023-artificial-intelligence-in-mental-health-research--new-who-study-on-applications-and-challenges>.

8. Galatzer-Levy, I. R., McDuff, D., Natarajan, V., Karthikesalingam, A., & Malgaroli, M. (2023). The Capability of Large Language Models to Measure Psychiatric Functioning. arXiv preprint arXiv:2308.01834.

9. Pifarre, Josep; Esquerda, Montse. De la ética del paradigma en salud mental. ¿Quo Vadis Salud mental? Bioética i Debat 2019; 25(86): 3-9.

10. Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental. Confederación Salud Mental España. Madrid, 2023.

11. Siegler, M. (1985). The progression of medicine: from physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. Archives of internal medicine, 145(4), 713-715.

12. Snead, O. C. (2020). What it means to be human: The case for the body in public bioethics. Harvard University Press.

La relación de confianza es crucial en salud mental, especialmente en un contexto de autonomía donde las personas desean tomar decisiones sobre su salud. La confianza mutua es clave para que la autonomía sea ejercida

ser una persona autónoma. Como capacidad, la autonomía necesita ser desarrollada, y esto sólo es posible en el centro de las relaciones sociales de apoyo. Los enfoques relacionales pueden brindar la posibilidad de corregir el excesivo atomismo que tienen muchas perspectivas individualistas en bioética”.

A lo largo de nuestras vidas los seres humanos tenemos largos periodos de dependencia en que necesitamos cuidado y protección y estos se proveen a través de redes de relaciones. La **autonomía relacional** se basa

“**En la convicción compartida de que las personas están integradas socialmente y que las identidades de los agentes se forman en el contexto de las relaciones sociales y se moldean por un complejo de determinantes sociales que se entrecruzan**”¹⁴.

La vulnerabilidad como condición humana, la relación como respuesta ética. En esta forma de entender la autonomía como **“relacional”** y en el ámbito de la salud mental, la relación de confianza, no sólo no está obsoleta, sino todo lo contrario, es más clave que nunca. En paradigmas basados en la autonomía, donde son las personas atendidas las que quieren tomar las decisiones sobre su salud, es más necesario que nunca la confianza mutua (que implica veracidad, fidelidad, compromiso...) entre la persona atendida y el profesional de la salud mental. Sólo así la persona podrá ejercer el **“derecho”**, que no opción, a la autonomía.

La relación de confianza, para la persona atendida, implica, como describe **Pedro Laín Entralgo**¹⁵ como un tipo **“particular y único”** de relación entre personas, asimétrica y basada en una triple confianza. Primera: confianza en que la medicina podrá curar, paliar o aliviar

sus sufrimientos. Segundo, confianza en los conocimientos del médico y, tercero, confianza en el propio médico como persona. Este tercer punto incluye valores como la prudencia, la empatía, el saber escuchar, el secreto profesional, entre otros. Valores universales en la medicina, pero todavía más claves en el ámbito de la salud mental.

Pellegrino¹⁶ sitúa el verdadero respeto a la autonomía del paciente en una práctica médica sensible a los valores constitutivos del ser humano, la dignidad de la persona y la humanización de la medicina, y describe un itinerario intermedio entre el paternalismo y el autonomismo que conduce a lo que llama la beneficencia en confianza (beneficence-in-trust).

La confianza requiere pues un ejercicio de tomar responsabilidad **“del otro”**, como comentaba **Ricoeur**¹⁷

“**La responsabilidad tiene como correlato específico «lo frágil», es decir, tanto lo perecedero por debilidad natural como lo amenazado por los envites de esa especie de violencia que parece formar parte del obrar humano. Contemplad a un niño que nace: por el solo hecho de estar ahí, obliga. Lo frágil nos hace responsables.**”

13. Delgado, J. (2019). Re-thinking relational autonomy: Challenging the triumph of autonomy through vulnerability. Bioethics Update, 5(1), 50-65.

14. Gómez-Virseda, C., De Maeseneer, Y., & Gastmans, C. (2020). Relational autonomy in end-of-life care ethics: a contextualized approach to real-life complexities. BMC Medical Ethics, 21(1)1-14.

15. Laín Entralgo, P. La relación médico enfermo. Historia y teoría. Revista de Occidente, Madrid, 1964.

16. Pellegrino, E. Thomasma, D. For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care. New York: Oxford Uni-New York: Oxford University Press, 1988.

17. Paul Ricoeur. Poder, fragilidad y responsabilidad. Discurso Investidura, doctor honoris causa por la Universidad Complutense de Madrid. 1993.

03/

El respeto a la autonomía y el modelo de toma de decisiones compartida.

En tiempos pasados la confianza en el ámbito sanitario se daba por establecida. Podíamos dar por supuesto que las personas y familias que se atendían, depositaban una confianza “ciegamente” en los profesionales y las instituciones. Actualmente, en nuestros nuevos tiempos, la confianza no debe darse por supuesta, sino que va a ser imprescindible “ganarse” la confianza de las personas y familias atendidas, de las propuestas diagnósticas y terapéuticas, del modelo de atención y de las instituciones^{18,19}.

Habrán tres ejes fundamentales, en los que se desarrolla el respeto a la personas y su autonomía, que van también a fundamentar la confianza: competencia, información, y ausencia de coacciones²⁰.

Un primer punto clave es la **información**. Para que una persona pueda tomar decisiones autónomas “en confianza” debe estar bien informado. Información implica conocimiento de las diferentes opciones, de las posibilidades, de los efectos secundarios previsibles. **Christer Mjåset**²¹, médico neurocirujano noruego, en una interesante charla TED desglosa una serie de preguntas que, según explica, cualquier persona debería realizar ante cualquier nuevo tratamiento. Estas preguntas pueden ayudar a guiar a pacientes, familias y también a profesionales

- ¿Es realmente necesario?
- ¿Cuáles son los riesgos?
- ¿Hay otras opciones?
- ¿Qué pasa si no hago nada?

Cuanto más difícil es una decisión, más deberemos profundizar en esas preguntas y hablar de ellas. Siendo fundamental adaptar los términos a la comprensión de la persona atendida, y también adaptar la información a los miedos, inquietudes, necesidades de la persona. Lo que a una persona le vale, a otra le puede parecer insuficiente y otra podrá no comprenderlo.

Pero las palabras no sirven solo para informar, las palabras tejen relaciones de confianza (o a veces las rompen). Es fundamental recuperar la conversación y la palabra para crear relaciones de confianza: las palabras Informan y explican, ayudan a decidir, vinculan y conectan, confortan, consuelan y alivian, las palabras son motores generadores de confianza.

Curar y cuidar se realiza en un contexto de relación de confianza, El grado en que puedo ayudar a las personas atendidas va a depender, en gran parte, de la relación y vínculo que pueda establecerse, y no hay relación o vínculo sin comunicación.

En este entorno de confianza, el respeto a la autonomía puede realizarse en un modelo de toma de decisiones compartidas, un proceso de colaboración que permite a los pacientes, familias y a los profesionales tomar decisiones de atención médica conjuntamente, teniendo en cuenta la mejor evidencia científica disponible, así como los valores, metas y preferencias del paciente.

04/

Lo frágil nos hace responsables.

En el ámbito de la salud mental, la **competencia** es un concepto fundamental en la toma de decisiones. La competencia es necesaria para el

18. Baron, R. J., & Berinsky, A. (2019). *Mistrust in science—a threat to the patient-physician relationship*.

19. Khullar, D. (2019). *Building trust in health care—why, where, and how*. *Jama*, 322(6), 507-509.

20. Beauchamp TL, Childress JF. *El respeto de la autonomía. Principios de ética médica*. 4.ª ed. Madrid: Masson; 1999.

21. Esquerda, M. (2022). *Hablar de la muerte para vivir y morir mejor: Cómo evitar dolor y sufrimiento añadido al final de la vida*. Alienta Editorial.

En salud mental, la competencia, información y ausencia de coacciones son fundamentales para respetar la autonomía. El modelo de toma de decisiones compartidas, considerando evidencia y preferencias del paciente, refuerza el respeto a la autonomía

ejercicio de la autonomía, pero no suficiente. Una persona que no esté bien informada no será posible que pueda tomar decisiones autónomas. Por tanto, se necesita tener acceso a toda la información, de una manera veraz y no a golpe de google y de redes sociales. Y, además, estar libres de coacciones. Y, ¿Quién mejor que el profesional para ayudar en esto?

Pero, por otro lado, por desgracia, sobre todo en los episodios agudos de algunos trastornos mentales, la competencia de las personas puede estar disminuida e incluso abolida para la toma de algunas decisiones. En este momento nos veremos obligados a proteger a los pacientes y a actuar en consecuencia, como comentaba **Ricoeur** “lo frágil nos hace responsables”²².

En este sentido debe diferenciarse paternalismo de beneficencia: el primero busca el bien del paciente “sin tener en cuenta al paciente”. El segundo busca el bien del paciente, entendiendo por tal “aquello que el paciente considera un bien”.

Como comentábamos, si bien es cierto que los trastornos mentales, especialmente en las fases agudas, pueden limitar o incluso anular la competencia para tomar algunas decisiones, también es cierto que, fuera de estas situaciones agudas, los pacientes pueden decidir mucho más de lo que normalmente se les presupone. Por tanto, tenemos que tener mucho cuidado para no minusvalorar la competencia real en un momento dado. Y, por otro lado, la competencia no es un fenómeno del todo o nada, sino que tiene grados, y estos grados podrán cambiar según el tipo de decisión. Como teorizó James Drane en su escala móvil para la valoración de la competencia²³, a decisiones más complejas, mayor nivel de competencia se deberá exigir. Y cuando la competencia está disminuida, el enfoque deberá ser de medidas de apoyo y de derechos²⁴.

Y el tercer aspecto a tener en cuenta en el respeto a la autonomía, es la ausencia de coacciones. Una decisión libre implica precisamente eso, libertad.

Las coacciones no siempre son evidentes y en algunos casos ser percibidas por el profesional como la aplicación del criterio de beneficencia ante pacientes parcialmente competentes para una decisión dada. Ante este tema, es clave el plantearse revisar, por ejemplo, el manejo de algunas situaciones en las unidades hospitalarias o en ciertos tratamientos ambulatorios.

Por otro lado, ausencia de coacciones no implica un modelo puramente informativo, donde los profesionales nos dediquemos únicamente a informar “asépticamente” cual datos estadísticos. Podemos y debemos en la mayoría de ocasiones dar nuestra opinión, recomendar aquello que creemos que es mejor para la persona particular que tenemos delante, en un momento dado. E incluso, persuadir si hay una diferencia de opiniones que creemos que no beneficia a la persona atendida. Pero también tenemos que ser conscientes de la frontera líquida entre recomendación, persuasión y coacción. Aquí vuelve a surgir la relación de confianza como punto clave, con nuevos modelos basados en la autonomía relacional.

05/

La relación de confianza en las fases agudas.

Y, finalmente, quedan los casos agudos, que pueden implicar el uso de medidas restrictivas. ¿Cómo podemos mantener la confianza en estos casos extremos? A nuestro juicio existirían varios puntos clave:

Primero, el prevenir. En muchos casos nos encontramos ante recaídas – recurrencias de un trastorno ya conocido. Aquí, es clave el trabajar y plantearse diversos escenarios previamente, cuando la persona está en situación de estabi-

22. Paul Ricoeur. *Poder, fragilidad y responsabilidad*. Discurso Investidura, doctor honoris causa por la Universidad Complutense de Madrid. 1993.

23. Drane JF. *Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments*. *JAMA* 1984; 252:925-27.

24. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

LH n.336 - 337

lidad. Plantearse, con la persona atendida, de manera dialógica, ver cuál podrá ser el escenario mejor, o menos malo, como lo queramos decir. Aquí tenemos todo el tema de la planificación de decisiones anticipadas en salud mental. Con esta estrategia la persona atendida sí que podrá ejercer su autonomía, en un momento previo y hablado y consensuado con los terapeutas. También podremos co-diseñar el tratamiento, y de manera clara, mejorar la confianza entre persona atendida y el profesional.

Segundo, el cuidar en todo momento, pero especialmente en los momentos de alta vulnerabilidad, como es una situación aguda de un problema de salud mental. A mayor vulnerabilidad, mayor respeto. Cuando asociaciones en primera persona insisten en los enfoques basados en derechos, en gran parte se está pidiendo esto: respeto. Cuidar también implica atender a las diferentes necesidades de la persona, más allá de la pura acción técnica. Esto implicará acompañar en los miedos, incertidumbres, faltas de sentido, necesidades de ser reconocido y valorado, entre otras.

Tercero, informar, incluso en el caso de personas no competentes en un momento dado. Que una persona no sea competente no implica que no tengamos el deber de informar del qué y del porqué realizamos algunas técnicas o decisiones. Y preguntar por sus deseos y miedos, y, dentro de lo posible, dar respuesta a ellos.

mientos y en habilidades, las máquinas, sino hoy en muy poco tiempo, serán muy superiores a nosotros para la mayoría de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Y como decíamos, todo aquello que pueda ser realizado por máquinas, quizás deberá ser realizado por éstas. En cambio, las actitudes y valores profesionales, que en el fondo sería el saber ser, será, al menos de momento, difícilmente sustituible. Y quizás sea la esencia de las profesiones sanitarias y de ayuda.

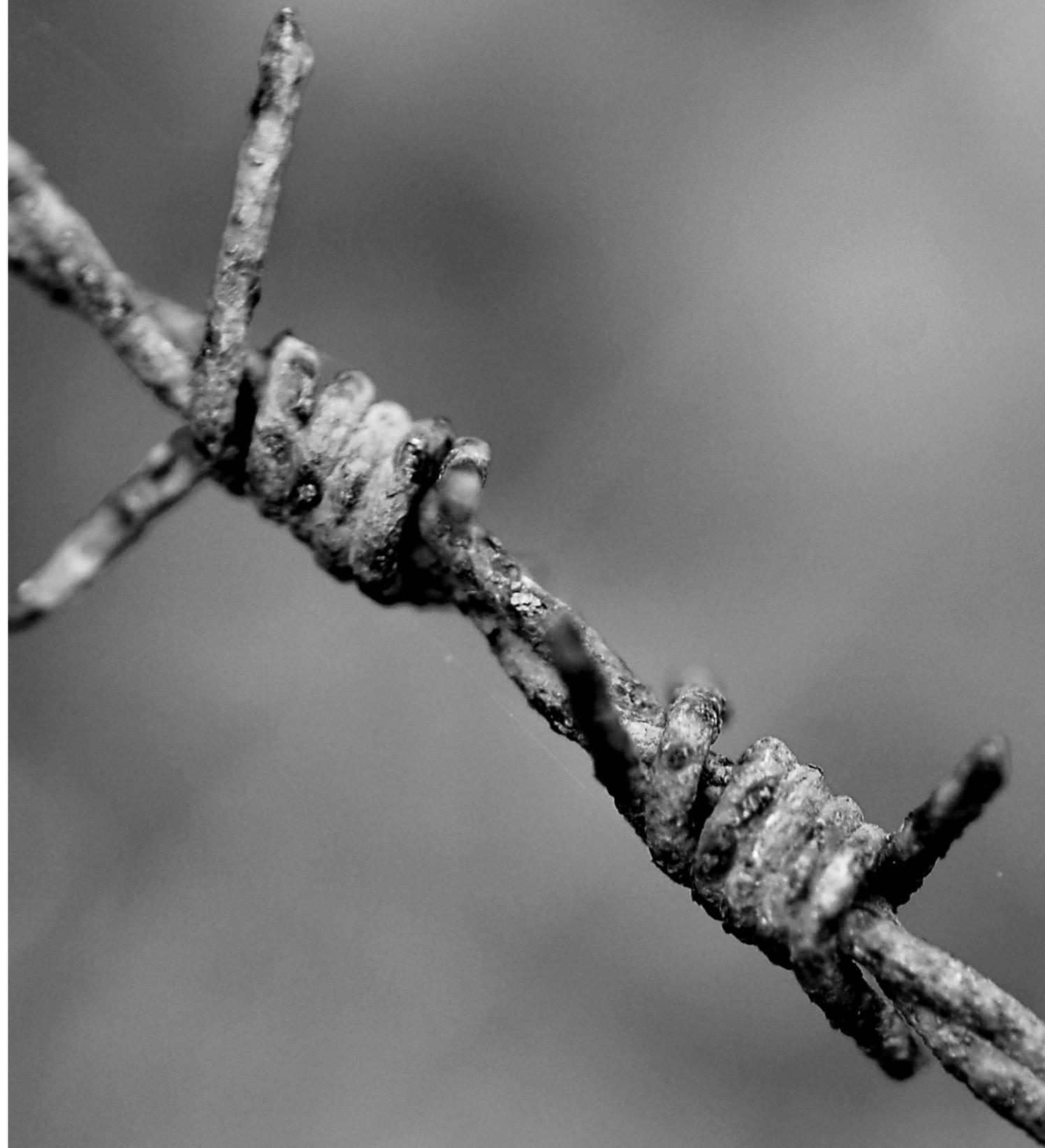
Con todo lo dicho, podemos afirmar que la relación de confianza implica calidad asistencial, respeto, responsabilidad y enfoque integral que incluya todas las dimensiones de la persona, incluida la dimensión espiritual. Fijémonos que estos son los valores de la **Orden Hospitalaria de San Juan de Dios**²⁵. Como en muchas otras cosas, como afirmaba **Gaudí**, “**la originalidad es el retorno al origen**”. Y el valor de la relación de confianza continúa siendo un pilar dentro del modelo asistencial en salud mental en la tercera década del siglo XXI.

25. Forkan, D. Los valores de la Orden. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Carta dirigida a Hermanos y colaboradores. Roma, 11 de febrero de 2010. https://sjd.es/wp-content/uploads/2022/03/2010_Valores-de-la-Orden_Donatus-Forkan.pdf

06/

A modo de conclusión.

Un buen profesional no es sólo el que tiene conocimientos y habilidades, sino el que tiene actitudes y valores profesionales. Una persona enferma, ¿qué desea, que se le trate sólo técnicamente bien, o algo más? Es más, en conoci-





05/

El cuidado desde lo humano.

Julio de la Torre,

Escuela Universitaria de Enfermería
y Fisioterapia San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Se aborda el concepto de cuidado como un verbo de acción fundamental en la historia de la humanidad. Se exploran ejemplos históricos, como el caso de Benjamina en la sima de los huesos, en Atapuerca (Burgos), y el enterramiento de Mtoto en Kenia, para ilustrar la continuidad del cuidado a lo largo del tiempo.

Se destaca la importancia del cuidado en diversas civilizaciones, con especial énfasis en la atención a la infancia y a las personas mayores, así como en aspectos espirituales y religiosos. El autor también examina la evolución del paradigma del cuidado en la medicina moderna, desde el paternalismo hacia la atención centrada en el paciente y la medicina de precisión, así como la importancia de la mirada humanizante del que cuida y aborda la idea de la cultura del cuidado como camino hacia la paz, según las enseñanzas del Papa Francisco.

También trata la relación entre el cuidado y la inteligencia, la inteligencia artificial (IA) y la inteligencia emocional, destacando el papel único de la comprensión afectiva en la conducta humana.

Palabras clave: Cuidado, Inteligencia Artificial, Humano, Paz.

The concept of caring is approached as a fundamental action verb in humanity's history. Some historical examples are explored, such as the case of Benjamina at the Sima de los Huesos (Bone Pit) of the Atapuerca archaeological site in Burgos province (Spain), and Mtoto's burial site in Kenya, to illustrate the continuity of caring throughout the course of time.

The importance of caring in various civilisations is underlined, with special emphasis on the care of children and of elderly persons, and on spiritual and religious aspects. Likewise, the author examines the evolution of the care paradigm in modern medicine, extending from paternalism to patient-centred care and precision medicine, as well as the importance of the caregiver's humanising gaze, discussing the idea of the culture of caring as a path to peace, according to the teachings of Pope Francis.

The article also deals with the relation between care and intelligence, artificial intelligence (AI) and emotional intelligence, foregrounding the unique role of affective understanding in human behaviour.

Key words: Care, Caring, Artificial Intelligence, Human, Peace.

1. Gracia, A., Martínez-Lage, J. F., Arsuaga, J. L., Martínez, I., Lorenzo, C., & Pérez-Espejo, M. A. (2010). The earliest evidence of true lambdoid craniosynostosis: the case of "Benjamina", a Homo heidelbergensis child. Child's nervous system : chns : official journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery, 26(6), 723-727. <https://doi.org/10.1007/s00381-010-1133-y>

2. Martínón-Torres, M., D'errico, F., Santos, E. et al. «Earliest known human burial in Africa». Nature 593, 95-100 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03457-8>

3. J. C. de la Torre Montero, El concepto de cuidado. La antropología, la ciencia, la ética y la práctica del cuidado. Sal Terrae. Revista de Teología Pastoral. Vol. 109, nº 9, págs. 679-690, septiembre de 2021.

Cuidar es un verbo de acción, y donde necesariamente hay un sujeto que recibe el cuidado. Las raíces del cuidado no son exclusivamente humanas, pero sí que son sustantivamente homínidas. El cuidado es una constante desde las primeras comunidades humanas y configura el hecho mismo de la civilización: sin cuidado mutuo no es posible el desarrollo humano, y no sería posible tampoco la supervivencia de la especie.

Uno de los casos más antiguos que podemos reconocer desde el punto de vista de la ciencia se encuentra en la sima de los huesos, Atapuerca, Burgos, y es el de Benjamina¹. Con un diagnóstico de craneosinostosis, discapacitada severa, es cuidada por su comunidad Homo Heidelbergensis hace 530.000 años, hasta una edad aproximada de 10 años. Con una fusión ósea craneal demasiado prematura, su cerebro no pudo llegar a crecer adecuadamente; además, presentaba deformidades en la cara y en la cabeza. Este ejemplo, antes de que el Homo Sapiens apareciera en escena, es un patrón y ejemplo claro y sencillo del buen cuidado.

Otro estudio, publicado en 2021, de la investigadora **María Martínón-Torres**, presenta la descripción del primer enterramiento conocido en África de un humano², y muestra cómo es el proceso de inhumación en un niño de unos tres años, **Mtoto**, así llamado, hace unos 78.000 años, en Kenia. Sepultado de manera cuidadosa en una postura que le hace parecer dormido, sobre el costado derecho, reposa su pequeña cabeza en una almohada. Se pone de manifiesto la continuidad de los cuidados con las mismas

características que podemos encontrar en la cultura mortuoria actual, con las clásicas características antropológicas en el acompañamiento después de la vida como son el respeto, la ternura y la piedad³.

Hay una cita, sobre el comienzo de la civilización, y atribuida a la antropóloga norteamericana **Margaret Mead**, que establece como primer signo de civilización en una cultura antigua era un fémur, primero roto y posteriormente curado. Mead explicó que, en el reino animal, si te rompes una pierna, mueres. Esto hacía referencia a las posibilidades de que las civilizaciones entraran en categorías de humanización superiores tras el uso de utensilios e instrumentos especializados para realizar trabajos o desarrollar actividades básicas, como la preparación de alimentos.

Si bien, esto no es del todo cierto, habiendo estudios que afirman que muchas fracturas en esqueletos de adultos parecen haber ocurrido cuando el animal aún era joven. Sin embargo, una revisión de los esqueletos animales conservados en museos no respalda la opinión de que las fracturas importantes de huesos largos en animales salvajes adultos sanen bien⁴. Hemos de tener también en cuenta que estos hallazgos se basan en estudios realizados con diversas colecciones de huesos conservados en diferentes museos⁵.

Si damos un salto en el tiempo, desde esos orígenes, las diversas civilizaciones que han poblado nuestro planeta le han dado un sentido particular al concepto y a la acción de cuidar. Los denominadores comunes los encontramos en el cuidado a la infancia, por un lado, y por otro, el cuidado a las personas mayores, como medio de perpetuar cultura, idea, pensamiento y todo lo que tiene que ver con la transcendencia. Incluimos de manera especial, la espiritualidad y la vivencia religiosa, donde se le da una especial importancia al cuidado del otro. La parábola del Buen Samaritano⁶ es uno de los ejemplos emblemáticos dentro del pensamiento cristiano.

El cuidado, desde las primeras comunidades humanas hasta la medicina moderna, implica reconocer la dignidad del ser humano, respetar sus dimensiones espirituales y culturales, y buscar la reconciliación en el proceso de atención

Pasando por diversas fases, la medicina moderna ha estado siempre relacionada con el cuidado, y su relación con los diversos paradigmas. Se plantea un cambio de concepto, en el momento actual, que va desde el paternalismo hasta una práctica que lleva al paciente al centro de atención y especialmente en la toma de decisiones compartidas con el profesional que le atiende. El paradigma del cuidado también cambia en ese compás.

La llegada de la iniciativa de medicina de precisión⁷ auspiciada por el presidente **Obama**, en 2015 supuso un espaldarazo a la adaptación precisa de los cuidados a través de estrategias de tratamiento y prevención en la adaptación a las características únicas de las personas⁸. Esto incluye el estudio de la secuencia del genoma, la composición del microbioma, el historial de salud, el estilo de vida y la dieta, entre otros factores de lo que llamamos epigenética, y que son aquellos, que fuera lo que determina nuestra herencia familiar, podemos llegar a cambiar en nuestro rumbo vital: estilo de vida sedentario, alcohol, tabaco y otros factores de riesgo en cuanto a padecer diversas enfermedades.

En este sentido, la comprensión del genoma humano⁹ de la que, estamos a punto de cumplir dos décadas de estudio, nos permite buscar y encontrar, los mecanismos de mutación de muchos tumores, y así, poder cortar su paso.

Las nuevas perspectivas del cuidado ya no sólo integran avances en la farmacología, cirugía, o radioterapia, de las que hablaremos, sino que, con el paciente como eje central de atención, de manera clara, podemos trabajar en la mejora en las actividades en el día a día, ejercicio físico, la nutrición y los cambios en los hábitos tóxicos, así como aspectos psicológicos, como la atención a los problemas sexuales derivados de los tratamientos, sin olvidar en ningún momento, otras esferas de la persona, como pueden ser la vivencia espiritual.

Las necesidades descritas desde los paradigmas y teorías de la enfermería moderna han apunta-

do siempre en esa dirección holística en cuanto al cuidado integral de la persona, con la humanización como fin último.

01/

Cuidado.

En la Historia del Cuidado, observamos de manera especial, como ejemplo de una Iglesia que da respuestas a las necesidades del mundo, la **Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios**, los **Religiosos Camilos**, **las Hermanas de la Caridad**, entre otros, que son grandes ejemplos de la comunión entre el cuidado y la acción en el marco de la Iglesia, siguiendo las palabras de **Juan, el buen pastor cuida de su rebaño**, Jn 10,11-18.

Cada una de estas órdenes religiosas, contando con hospitales, trabajando en ellos, cuidan del enfermo terminal, del discapacitado, del paciente de salud mental, en definitiva, con quien lo necesita. En ese sentido, desde el carisma de la Orden Hospitalaria, y desde su carta de identidad, ya se expresa así: **Tened siempre caridad**, rezaba el patrón de los enfermeros, santo de Granada, **Juan de Dios**¹⁰ que era para Dios, y para llegar a él, para los demás.

Podríamos decir que fue San Juan de Dios el que, iniciando, junto a otros santos, como **San Camilo de Lelis**, los que, al lado del enfermo, pusieron en marcha una nueva manera de cuidar a los enfermos. Hablamos de poner acento en diversas cualidades y características de la persona que cuida, y, por ende, del profesional de la salud.

Florence Nightingale¹¹ (1820-1910), Enfermera, antes Epidemióloga, la primera mujer admitida en la británica **Royal Statistical Society**. Llamada "**la dama de la lámpara**" por los paseos

4. Bulstrode, C., King, J., & Roper, B. (1986). What happens to wild animals with broken bones?. Lancet (London, England), 1(8471), 29-31. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(86\)91905-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(86)91905-7)

5. Argyros, G. C., & Roth, A. J. (2016). Prevalence of healed long-bone fractures in wild carnivores from the northeastern united states. Journal of zoo and wildlife medicine : official publication of the American Association of Zoo Veterinarians, 47(3), 879-882. <https://doi.org/10.1638/2015-0180.1>

6. Evangelio de Lucas, capítulo 10, versículos 25-37.

7. Terry S. F. (2015). Obama's Precision Medicine Initiative. Genetic testing and molecular biomarkers, 19(3), 113-114. <https://doi.org/10.1089/gtmb.2015.1563>

8. Precision Medicine Initiative. White House Archives. [web] 2015 <https://obamawhitehouse.archives.gov/precision-medicine>

9. Wheeler DA, Wang L. From human genome to cancer genome: the first decade. Genome Res. 2013 Jul;23(7):1054-62. doi: 10.1101/gr.157602.113. PMID: 23817046; PMCID: PMC3698498.

10. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Carta de Identidad. Madrid: Fundación Juan Ciudad; 2000, 2012, 2019.

11. Attewell Alex (1998) Perspectivas: revista trimestral de educación comparada (París. UNESCO: Oficina Internacional de Educación), vol. XXVIII, n° 1 págs. 173-189.

12. Cuidados continuos. Oncovida. SEOM. https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto_oncovida_%207_cuidados_continuos.pdf

13. WHO. Quality of Care. 2022. https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

14. Álvarez Artero, A. Romero Grandollers, H. Roig Carrera. «Contemplar, una mirada a lo profundo». Más que Salud: Cinco claves de espiritualidad ignaciana para ayudar en la enfermedad. Sal Terrae. Santander 2019, pp. 34-42.

15. Papa Francisco, «Fratelli Tutti», Carta Encíclica, Ediciones Mensajero, Bilbao, 2020, 114

nocturnos que realizaba visitando a los soldados ingleses de la guerra de Crimea a los que atendía. Destacó en su labor asistencial por dos grandes e importantes puntos: el primero, por la calidad de su labor asistencial, basada en los primeros estudios epidemiológicos sobre infecciones hospitalarias, debido a las malas condiciones que observó en su trabajo de campo: malas condiciones higiénicas y malas prácticas en el proceso de tratamiento de los pacientes, heridos de guerra, que fallecían por causas ajenas a sus heridas en la batalla.

El segundo punto es la explicación al uso de la lámpara: la atención continuada al paciente, en todo momento, como punto novedoso del cuidado. Este es uno de los hitos en la llamada Humanización del Cuidado en tiempos modernos. Los cuidados continuos¹² pretenden dar a los pacientes una atención integral a todos los niveles y durante todas las fases de la enfermedad. El paciente debe ser atendido desde un punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social. En el caso de pacientes crónicos o con enfermedades especialmente graves, esta atención integral se debe suministrar durante todas y cada una de las fases de la enfermedad.

La OMS trabaja en la línea definitoria de Calidad del Cuidado¹³, y quiere enfatizar de manera específica que, para aprovechar los beneficios de una atención de calidad, se deben definir unos requisitos de mínimos en los servicios de salud, y con unas propiedades que debieran ser, de manera singular:

1. Oportuna: llegar a brindar atención en el tiempo debido.

2. Equitativa: proporcionar atención que no sea diferente y que no establezca distinciones por género, etnia, ubicación geográfica o situación socioeconómica.

3. Integrada: dispensar una clase de atención que ponga a disposición de la persona todo el abanico de servicios de salud a lo largo del ciclo vital.

4. Eficiente: maximiza el beneficio de los recursos disponibles y evita el gasto superfluo.

La mirada del que cuida también es contemplación¹⁴, un “bien mirar” o mirar para hacer el bien: no se puede entender un cuidado completo sin la mirada humanizante del que cuida en dirección al enfermo, a la persona que sufre. Mirada abierta al sufrimiento del otro, que suscita la hospitalidad, que abre nuevos caminos hacia la reconciliación, la reparación y el consuelo. Estas miradas, con intención de cuidar, convierten la atención al enfermo en un espacio de seguridad, donde, en medio de la tribulación, se busca la paz.

En una mirada hacia el presente y, especialmente hacia el futuro, el Papa Francisco dedicó el mensaje para la 54ª Jornada Mundial de la Paz del año 2021 a este tema bajo el título: “La cultura del cuidado como camino a la paz”, con un significado muy profundo para estos tiempos que nos ha tocado vivir: hay siempre una asociación entre el cuidado, como concepto y acción de cuidar y el cultivo de la paz. De las enseñanzas de Francisco también recogemos, sobre la fraternidad y la amistad social¹⁵:

«Como virtud moral y actitud social, fruto de la conversión personal, exige el compromiso de todos aquellos que tienen responsabilidades educativas y formativas. En primer lugar, me dirijo a las familias, llamadas a una misión educativa primaria e imprescindible. Ellas constituyen el primer lugar en el que se viven y se transmiten los valores del amor y de la fraternidad, de la convivencia y del compartir, de la atención y del cuidado del otro».

El cuidado también es ofrecimiento fraterno, en una suerte de acogimiento, especialmente con los excluidos, los más olvidados por una sociedad que busca la complacencia superficial

La inteligencia artificial en la medicina enfrenta desafíos éticos, especialmente en el cuidado de enfermedades mentales, destacando la importancia única de la inteligencia emocional en el proceso de atención

y el éxito efímero y externo, pero no la plenitud interior que ofrece el cuidado al otro. Menciona Francisco de forma contundente, y explicando la parábola del Buen Samaritano: que

«Hay dos tipos de personas: las que se hacen cargo del dolor, y las que pasan de largo».

La disyuntiva para cualquier profesional de la salud solamente tiene un camino posible, si se trata de vivir de forma plena su vocación para el cuidado.

En la puesta en marcha de la práctica del cuidado, quienes lo definen desde la experiencia¹⁶ apuntan tres cuestiones básicas para la consideración: el cuidado debe ser eficaz, debe tener como objetivo rescatar la dignidad, y, por último, debe procurar la reconciliación.

Eficacia como concepto: el cuidado no implica la curación del enfermo, sino de la consecución de los objetivos en el acompañamiento y la escucha. Podríamos decir que el paciente, la persona cuidada, encuentra alivio, paz, sosiego, y paliación en una suerte de consolación en su situación.

La dignidad de la persona cuidada es reconocerla como ser humano, con nombre, apellidos: respeto merecido, ya no solo en lo corpóreo, sino en lo espiritual y en lo concerniente a costumbres y culturas.

Haciendo una reflexión sobre la tecnificación y los grandes avances de la ciencia, que estudian el comportamiento del enfermo como “una máquina que está estropeada”, y la imagen reduccionista de quienes piensan que solamente nos componemos por músculos, huesos, ligamentos y órganos internos: vamos mucho más allá, la persona es un conjunto, donde una mirada holística e integradora es imprescindible y donde el respeto al otro es clave.

Ese respeto no solo incluye la intimidad corporal, sino que se extiende a todas las dimensiones del ser, con especial cuidado a sentimientos y creencias. Por último, la reconciliación, que en salud debemos observarla como un objetivo dentro del plan de cuidados: el restablecimiento del orden y equilibrio previo a la enfermedad, considerando siempre que no será posible la total restitución previa, pues la enfermedad deja huella, señales, cicatrices y cuando no, al menos deja recuerdo de la experiencia. En todo caso, en el proceso de reconciliación, que tiene mucho que ver con la idea Ignaciana de la misma, cuando el santo de Loyola habla de “Hacer Paz” habrá paliación del dolor, tanto del corporal como del espiritual, y cuando ese proceso se haya completado.

02/

Inteligencias múltiples, inteligencia emocional e inteligencia artificial.

¿Qué tiene que ver el cuidado con la inteligencia? ¿cómo puede influir la tecnología en el cuidado? ¿la inteligencia artificial puede sustituir el cuidado tal y cómo lo entendemos? Preguntas todas que están presentes en un momento, este, donde todo parece que debe girar en torno a los cambios que se asocian a la inteligencia artificial (AI, por sus siglas en inglés). Si bien el uso de Chat-GPT¹⁷ y otras herramientas de uso masivo de la AI es relativamente reciente, las herramientas basadas en AI son ya conocidas y utilizadas en la investigación biomédica y en aspectos clínicos en cuanto a diagnóstico y tratamiento desde hace años¹⁸.

Hay en la literatura diversas aproximaciones en cuanto a la valoración de lo que entendemos

16. B. Egea Zerolo, B. Gracia Gutiérrez, A. Lobo-Arranz. «Cuidar, la ayuda que sana. Más que Salud: Cinco claves de espiritualidad ignaciana para ayudar en la enfermedad», Sal Terrae. Santander 2019, pp. 100-107

17. Johnson, D., Goodman, R., Patrinely, J., Stone, C., Zimmerman, E., Donald, R., Chang, S., Berkowitz, S., Finn, A., Jahangir, E., Scoville, E., Reese, T., Friedman, D., Bastarache, J., van der Heijden, Y., Wright, J., Carter, N., Alexander, M., Choe, J., Chastain, C., ... Wheless, L. (2023). Assessing the Accuracy and Reliability of AI-Generated Medical Responses: An Evaluation of the Chat-GPT Model. Research square, rs.3.rs-2566942. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2566942/v1>.

18. Fidalgo-Herrera, A. J., Martínez-Beltrán, M. J., de la Torre-Montero, J. C., Moreno-Ruiz, J. A., & Barton, G. (2020). Artificial intelligence prediction of the effect of rehabilitation in whiplash associated disorder. *PLoS one*, 15(12), e0243816. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243816>.

19. Sternberg R. J. (2012). Intelligence. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(1), 19–27. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.1/rsternberg>.

20. Gardner H. (2017). Taking a multiple intelligences (MI) perspective. *The Behavioral and brain sciences*, 40, e203. <https://doi.org/10.1017/S0140525X16001631>.

21. Gupta, R., Srivastava, D., Sahu, M., Tiwari, S., Ambasta, R. K., & Kumar, P. (2021). Artificial intelligence to deep learning: machine intelligence approach for drug discovery. *Molecular diversity*, 25(3), 1315–1360. <https://doi.org/10.1007/s11030-021-10217-3>.

por inteligencia. La inteligencia es la capacidad de aprender de la experiencia y de adaptarse, dar forma y seleccionar entornos. La inteligencia¹⁹ es medida mediante pruebas estandarizadas y va cambiando a lo largo de la vida y también a lo largo de las generaciones.

La inteligencia puede entenderse en parte en términos de la biología del cerebro-especialmente en lo que respecta al funcionamiento de la corteza prefrontal- y también se correlaciona con el tamaño del cerebro, al menos en los humanos.

Inteligencia Múltiple²⁰ busca describir y abarcar la gama de capacidades cognitivas humanas. En frente del concepto clásico de inteligencia, que es general, podemos aplicar una perspectiva muy amplia y disgregada en diferentes áreas que puede proporcionar un enfoque más útil a las diferencias cognitivas dentro y entre especies.

La inteligencia artificial se asocia con el aprendizaje profundo²¹ (en inglés, **Deep learning**) también llamado automático. En otras palabras, las redes neuronales artificiales y los algoritmos de aprendizaje profundo han modernizado la biomedicina, y el desarrollo de fármacos.

En definitiva, los avances en inteligencia artificial y aprendizaje profundo proporcionan una plataforma llena de oportunidades para trabajar en procesos racionales aprendidos. La inteligencia artificial se conoce como un superconjunto que comprende el aprendizaje automático, mientras que el aprendizaje automático se compone del aprendizaje supervisado, el aprendizaje no supervisado y el aprendizaje por refuerzo.

La inteligencia artificial aplicada en clínica²² está muy extendida en cardiología, oncología y otras especialidades médicas. Uno de los retos que quedan por delante es su aplicación en el entorno social y en las enfermedades mentales.

Aunque la Inteligencia Artificial pudiera ayudar a redefinir las enfermedades mentales de manera más objetiva, identificarlas en una etapa precoz,

personalizar los tratamientos y empoderar a los pacientes en su propio cuidado, debe abordar aspectos de privacidad, transparencia y otras cuestiones éticas. Estas aspiraciones reflejan de fondo, y debemos tratarlas de forma, la misma sabiduría humana, que está más asociada con el bienestar individual y social que la inteligencia.

Si bien, todos los algoritmos automatizados, que aprenden desde el punto de vista clínico, son trascendidos por la inmensa variabilidad de la conducta, el pensamiento crítico y cada una de las interacciones humanas dentro de los procesos que vivimos.

La inteligencia emocional²³, frente a la artificial, está centrada en lo humano y en las conductas que desprende: se compone de un conjunto de habilidades emocionales que influyen en aspectos sociales y personales importantes y pasan por reconocer estados de ánimo en uno mismo y en los demás, usar las impresiones anímicas para guiar el pensamiento y el comportamiento, y comprender cómo las emociones moldean el comportamiento y la regulación de las mismas.

En la regulación de las emociones entra en juego la inteligencia afectiva, que más allá de la emocional, comprende el conjunto de experiencias vitales que impactan en lo personal y trascendente, y se manifiestan en el pensamiento profundo, más allá de lo social o lo racional, y sus manifestaciones externas. Hay teorías²⁴ que afirman que los sentimientos pueden ser las representaciones mentales mantenidas por la memoria de trabajo.

Proponen los autores que este modelo constituye procesos neuropsicológicos distintos que apoyan la integración de procesos cognitivos y afectivos particulares: esta sería la llamada memoria de trabajo afectiva.

La evidencia científica en lo conductual y neuronal sugiere que los procesos de la memoria de trabajo afectiva mantienen los sentimientos y son parcialmente separables de sus contrapartes de la memoria de trabajo cog-

nitiva. La memoria de trabajo afectiva puede ser importante para reconocer la contribución del afecto en la toma de decisiones, los procesos emocionales que influyen en las decisiones en la vida y los mecanismos de alteración psicológica en los trastornos clínicos.

Es decir, se afirma que, en la conducta humana, lo afectivo está íntimamente ligado a los procesos cognitivos, y si bien pudiéramos inferir que estos procesos cognitivos puedan estar aprendidos, o modulados socialmente, no sería posible racionalizarlos o articularlos con herramientas de inteligencia artificial que definan de manera algorítmica los procesos afectivos. De esta manera, en la incompreensión de muchas de las conductas humanas, podemos encontrar patrones que permiten al menos elevar al entendimiento en lo insondable. Recordando a **Blaise Pascal**²⁵:

“El corazón tiene razones que la razón no entiende”.

Como conclusión, debemos conocer y conocernos en lo personal, alrededor de la inteligencia y de las emociones, para abordar lo que la razón, y, por tanto, lo que podemos llegar a programar mediante el cálculo automatizado. Los algoritmos de inteligencia artificial sin duda pueden ayudar en la toma de decisiones clínicas, en introducir elementos de razón en la conducta y las posibles intervenciones sociales asociadas, si bien, en lo insondable de nuestro pensamiento, está lo que trasciende a cualquier automatismo matemático y el futuro pasará por tener en cuenta lo afectivo, emocional y el propósito espiritual en las acciones humanas.

22. Lee, E. E., Torous, J., De Choudhury, M., Depp, C. A., Graham, S. A., Kim, H. C., Paulus, M. P., Krystal, J. H., & Jeste, D. V. (2021). Artificial Intelligence for Mental Health Care: Clinical Applications, Barriers, Facilitators, and Artificial Wisdom. *Biological psychiatry. Cognitive neuroscience and neuroimaging*, 6(9), 856–864. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2021.02.001>. 2019, pp. 100-107

23. Hogeveen, J., Salvi, C., & Grafman, J. (2016). 'Emotional Intelligence': Lessons from Lesions. *Trends in neurosciences*, 39(10), 694–705. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2016.08.007>.

24. Mikels, J. A., & Reuter-Lorenz, P. A. (2019). Affective Working Memory: An Integrative Psychological Construct. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 14(4), 543–559. <https://doi.org/10.1177/1745691619837597>.

25. Soler Leonart, J., Conangla Marín, M., Soler Conangla, L. (2012). Emociones: las razones que la razón ignora. Tirant Editorial.



06/

¿Relación yo-tú en la intervención social?

Juan A. Diego Esquivias O.H.,

Licenciado en Pedagogía.
Experto en Gestión de Servicios Sociales.
Santa María de la Paz. Madrid.

El autor nos propone como ejemplo un diálogo entre Martin Buber y Carl Rogers sobre la autenticidad en la psicoterapia. El filósofo Buber cuestiona la posibilidad de una autenticidad genuina en roles terapéuticos, mientras que el psicólogo Rogers defiende que los terapeutas pueden trascender sus roles. A partir de esa anécdota se aborda el tema del "distanciamiento clínico" y la importancia de la autenticidad en el trabajo social, especialmente con personas sin hogar. También reflexiona el autor sobre la necesidad de derribar capas protectoras y se destaca la "Comunicación no violenta" de Rosenberg para fomentar la empatía. El hno. Juan Antonio Diego nos expone la confianza en el ámbito profesional y la importancia de bases sólidas y cuidado personal en el trabajo social.

Palabras clave: Autenticidad, Distanciamiento clínico, Social.

As an example, the author proposes a dialogue on authenticity in psychotherapy between Martin Buber and Carl Rogers. The philosopher Buber questions the possibility of genuine authenticity in therapeutic roles, whereas the psychologist Rogers maintains that therapists are able to transcend their roles. Starting out from this anecdote, the article goes on to discuss the subject of "clinical distancing" and the importance of authenticity in social work, especially with homeless persons. It also looks into the need to eliminate protective layers and emphasizes Rosenberg's "non-violent communication" as a means of fostering empathy. Br. Juan Antonio Diego explores the notion of trust in the professional sphere and upholds the importance of solid bases and personal care in social work.

Key words: Authenticity, Clinical distancing, Social.

al margen del proceso terapéutico y funcionar como un espejo en el cual los clientes proyectan.

Me ha parecido interesante traer la anécdota en esta reflexión pues es una cuestión muy presente en el día a día de los trabajos con atención directa persona a persona.

Personalmente considero que apostar por la propia autenticidad en el ámbito social es fundamental y, por eso desde esa misma autenticidad no siempre ha de implicar, pienso, la necesidad de “**destaparse**”, el profesional, frente a la persona acogida o acompañada.

No creo que sea un acto de fragilidad sino más bien yo diría de coherencia personal y, en la realidad de las Personas sin Hogar hay un elemento a considerar desde mi perspectiva: la calle es dura, agresiva y violenta y, ante esto, hay que “**defenderse de la calle**” me aporta una de las personas acogidas en nuestro Centro.

Ese defenderse puede llevar a veces, conscientemente o inconscientemente a crear una capa dura y estructurada con la cual me presento ante los demás. Ciertamente es que puede ser un reto para el profesional el derribar ese caparazón, pero no siempre aparece, dicha posibilidad, en el horizonte. Rosenberg, desde el planteamiento de la “**Comunicación no violenta**” afirma, en este sentido, que

“**Empatizo con los clientes en lugar de interpretarlos; revelo lo que siento en lugar de diagnosticar**”.

Este argumento sí que me aporta más luz y, por ello lo comparto en esta reflexión. Aquí damos un paso más en la relación humana con la persona en situación de fragilidad. Reconozco, por lo pronto, que este sí es un gran reto sobre todo cuando ya se llevan años trabajando en este sector y, parece, que hay que hacerse los duros ante cualquier manifestación de la persona.

1. Rosenberg, M.B. (2023). *Comunicación NoViolenta. Un lenguaje de vida*. Barcelona: Acanto.

Cuenta el **Dr. Rosenberg**¹ que, en su rodaje profesional, tuvo la ocasión de compartir un diálogo entre el filósofo israelí **Martin Buber** y el psicólogo estadounidense Carl Rogers en el que Buber cuestionaba que alguien pueda hacer psicoterapia ocupando el rol del psicoterapeuta. Buber estaba de visita en EEUU en ese momento y había sido invitado junto a Rogers a participar en un debate frente a un grupo de profesionales de salud mental en un hospital psiquiátrico.

En este debate Buber sostenía que el crecimiento humano se da a través de un encuentro entre dos individuos que se expresan con vulnerabilidad y autenticidad en lo que él llamó relación “**Yo-Tú**”. Él no pensaba que esa autenticidad pudiera darse cuando dos personas se reúnen en los roles de psicoterapeuta y cliente.

Rogers estaba de acuerdo con él en que la autenticidad era un requisito previo para el crecimiento. Sin embargo, mantenía que los psicoterapeutas preparados podían elegir trascender su propio rol y establecer un contacto auténtico con sus clientes. Buber mantenía que, aunque el psicoterapeuta fuera capaz de relacionarse con autenticidad, un contacto así sería imposible mientras los clientes se vieran como clientes y los psicoterapeutas como tales....

En el fondo está la cuestión del “**distanciamiento clínico**” que, por ejemplo, en los psicoanalistas es una “**regla casi sagrada**”. Se llega, incluso, a considerar una señal de patología por parte del terapeuta. Según este planteamiento, un psicoterapeuta “**competente**” tiene que mantenerse

Una entrevista con cualquiera de las personas acogidas o usuarios de un centro de atención social es tan vital como la que podemos tener con nuestro médico, sea o no especialista

Entre las varias acepciones del término “**Confianza**” del Diccionario de la Real Academia aparece “**la esperanza firme que se tiene de alguien o algo**”, “**Ánimo, aliento, vigor**” muy distantes de lo que a veces también se da en nuestro sector de un cierto “**colegueo**” entre todos para que haya un “**buen rollito**” ...

Poniendo en un paralelo, sería como cuando algunos padres afirman que son los mejores “**amigos de sus hijos**”. O, como otra imagen visual para todos sería la de una intervención quirúrgica. Probablemente, aunque se agradece un buen trato, la confianza en el médico sería en su buen hacer y no tanto en ser más comprensivo o no.

No sé, todavía, por qué en las ciencias sociales, en el mundo de lo relacional, por lo general aceptamos más fácilmente el “**todo vale**” antes que en otras áreas de la vida y lo profesional es tan (o más) necesario en la ingeniería industrial como en la gestión de una ayuda social a alguien en exclusión.

Creo que podemos dar lugar a confusiones que, en situaciones críticas, pueden derrumbar todo lo que se pueda estar construyendo. No lo veo positivo. Si lo que queremos es tener una buena empatía con las personas, si lo que buscamos (en nuestro caso) es llevar a cabo una buena hospitalidad y solidaridad creo que hemos de fundamentar unas buenas y fuertes bases profesionales y, a la par, un gran cuidado de nuestra higiene mental, nuestras afectividades, nuestra persona, en definitiva. Más aún cuando sabemos que el trabajo “**social**” va a tender a implicarnos como personas a diferencia de quien incorpora una pieza dentro de la mecánica general de un automóvil, por ejemplo.

Una entrevista con cualquiera de las personas acogidas o usuarios de un centro de atención social es tan vital como la que podemos tener con nuestro médico sea o no especialista. En ambos casos, la confianza habrá de ser mutua y ninguna de las partes debería intentar engañar, manipular o, incluso, confundir al otro.

Quisiera terminar esta reflexión (para nada pretendo sentar cátedra) con una idea que vengo manejando en diversos foros y que está muy directamente relacionada con el fondo de esta cuestión en la intervención social. En **San Juan de Dios** cuando alguien llega a uno de nuestros dispositivos (yo diría que en todos) no debemos pretender o buscar especialmente el que “**la persona cambie**” sino que, debemos volcar, sí, todas nuestras energías en crear un ambiente, presentar unos espacios, instalaciones, tener un ambiente laboral y relacional de tal forma cuidadosos que “**se puedan producir cambios en las personas**”. Es muy distinto.

Retomando a Rosenberg, M.B.

“**Cuando evitaba diagnosticar a las personas y en lugar de ello me mantenía conectado a la vida que tenía lugar dentro de ellos y dentro de mí mismo, las personas normalmente respondían de manera positiva**”.

07/ Experiencias



07/1

Humanizar la arquitectura de forma lúdica. Proyecto de ambientación del nuevo Pediatric Cancer Center de Barcelona.

Rai Pinto Estrada,

Rai Pinto Studio. Barcelona. Nueva York

Dani Rubio Arauna,

Arauna Studio. Barcelona.

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Esplugues de Llobregat (Barcelona)

Han pasado más de diez años desde que empezamos a trabajar en el proyecto de ambientación de los espacios del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat, en Barcelona. El año 2012, la Dirección Infraestructuras y Servicios del hospital convocó un concurso con la intención de encontrar ideas y profesionales que dieran forma a la necesidad de “pediatrizar” los servicios hospitalarios a través de la arquitectura. Pediatrizar suponía, según los responsables del centro, adaptar los espacios hospitalarios a las necesidades de los pacientes pediátricos para conseguir que las personas en edad infantil o adolescente se sintieran en una atmósfera de confortabilidad y pudieran interactuar lúdicamente en un lugar que, tradicionalmente, había sido poco amable.

Desde entonces hemos trabajado en todos los proyectos de reforma del hospital, acompañando esta línea estratégica de pediatrización que ha dado una identidad visual y una calidez que ha sido reconocida con muchos premios nacionales e internacionales como el [ADC](#) (Nueva York), [D&AD](#) (Londres), [ADC*E](#) (Europa), [Laus](#) (Barcelona) e [Interior Design Magazine](#) (Nueva York).

01/

Los inicios: el escondite de los animales.

El proyecto de ambientación del Hospital Sant Joan de Déu empezó en 2012 con la transformación del servicio de urgencias. El lema con el que nos presentamos al concurso [Rai Pinto](#) y [Dani Rubio](#), se titulaba [El escondite de los animales](#), un concepto que ha servido de hilo conductor para otros muchos espacios del hospital. La propuesta consistió en generar un sistema a partir de formas de animales a escala real escondidas en la arquitectura y construidas mediante

un lenguaje visual muy concreto, basado en las tramas de repetición, una gama de colores determinada y el diálogo constante entre las dos y las tres dimensiones. Este sistema permitió generar infinitas intervenciones, todas ellas interrelacionadas.

El proyecto, en un inicio planteado para una zona concreta, pronto se expandió a todas las plantas del hospital e incluso a las áreas exteriores. Podemos encontrar más de cien animales diferentes pero relacionados entre sí, repartidos por todos los rincones del hospital. Esta capacidad de adaptación se debe a que fue concebido bajo la lógica de sistema y basado en una identidad visual que ha ido incorporando actualizaciones, las cuales han ampliado el repertorio de resultados.

02/

Humanizar la arquitectura de forma lúdica: el nuevo Pediatric Cancer Center de Barcelona.

El [Pediatric Cancer Center Barcelona](#) es un edificio dedicado exclusivamente al tratamiento y la investigación del cáncer infantil, ubicado en el entorno del [Hospital Sant Joan de Déu](#), centro impulsor del proyecto. Los equipos de [Rai Pinto Studio](#) y [Arauna Studio](#) han desarrollado, conjuntamente con la [Dirección de Infraestructuras del Hospital](#), un proyecto de diseño para los espacios de este nuevo edificio, proyectado por el despacho de arquitectura [Pinearq](#).

La ubicación del centro en el límite entre la ciudad de Barcelona y la ladera del Parque Natural de la Sierra de Collserola ha llevado a integrar

en el diseño una narrativa basada en la naturaleza. A través de la observación y el juego, los interiores del centro nos descubren cómo muchos organismos de nuestro entorno natural han desarrollado características increíbles para adaptarse. Este discurso se vincula de manera alegórica con los conceptos de resiliencia y superación de los niños y niñas enfermos de cáncer.

Los espacios se visten con formas de elementos de la naturaleza aumentadas. De esta manera, se hace visible aquello que a menudo no vemos y se pone en valor la importancia de la naturaleza y sus valores de extraordinariedad y creatividad para encontrar maneras de vivir. Mariposas que realizan largos viajes y se cuidan entre ellas por las noches para protegerse; semillas que se dejan llevar por el viento durante largos recorridos; aves que migran distancias increíbles; flores con propiedades sorprendentes, son algunos de los ejemplos que podemos encontrar.

Las siluetas a gran escala cubren grandes superficies y salen del plano de pared o del ventanal, modificando visualmente la percepción de los planos arquitectónicos a través de sus formas orgánicas. De este modo, las figuras dejan de ser evidentes y se deja margen a la interpretación, potenciando el juego, la creatividad y la participación.

A lo largo del edificio se reparten varias salas de estar y de juegos, cada una tematizada con un ecosistema diferente del planeta: el Sáhara, el Ártico, el Amazonas, así como la alta montaña o el fondo marino.

En el vestíbulo principal se ha diseñado una instalación interactiva en colaboración con el estudio Domestic Data Streamers. Un bosque virtual creado por cinco pantallas gigantes de doble cara que son un portal hacia el exterior, la naturaleza de Collserola. Esta instalación, que busca acercar la naturaleza a los niños del hospital, juega con la flora y la fauna autóctona y con los propios cambios del exterior (las horas, las estaciones y la meteorología). Un bosque mágico que además se llena de vida

LH n.336 - 337

con la interacción de los niños, pudiendo llenar las pantallas de colores, de animales personalizados, o generar un tornado de viento o mariposas. Todo esto a través de cinco tótems de interacción que juegan con la idea de alterar lo digital desde lo físico de manera inesperada.

La colección de asientos para la sala de estar se ha diseñado a medida en colaboración con el equipo de diseño industrial Mermelada Estudio. Este sistema de mobiliario está inspirado en los animales invertebrados y consta de conjuntos de sofás, bancos, butacas y pufs que se encajan entre sí, compaginando en descanso y el juego.

El proyecto de diseño de espacios del Pediatric Cancer Center Barcelona abre una nueva línea de trabajo vinculada al ya desarrollado en los últimos años por Rai Pinto Studio y Arauna Studio, y la dirección de Infraestructuras y Servicios de SJD, en los interiores del Hospital Sant Joan de Déu y que ha obtenido premios internacionales como Art Directors Club, Interior Design Magazine, D&AD o ADG Laus.

Este proyecto soluciona una larga lista de necesidades del centro, como el diseño de espacios, el diseño gráfico aplicado a espacios, el diseño de mobiliario, diseño textil y la señalización, entre otros, como los elementos interactivos o el sistema de agradecimiento a los donantes que han hecho posible el centro. Todas ellas persiguen un objetivo último: humanizar la arquitectura del hospital, adaptarla a las necesidades infantiles para que los niños y niñas se sientan cómodos y puedan vivir de forma lúdica una experiencia de por sí poco amable.

07/2 Historia y tecnología al servicio del paciente (o) cuando las luces se apagan

Xavier Guindano Laborda.

Arquitecto.

Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.

Muy rara vez un proyecto llega con un “pan debajo del brazo”. Generalmente los condicionantes para llevarlo a cabo son interminables: plazos, presupuesto, mayores necesidades de espacio, dificultad de cumplimiento de normativa, organización, gestión de interferencias con la actividad, problemas logísticos, etc. El caso de la nueva Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, no es la excepción de la norma.

La Unidad ha estado funcionando en una planta del Hospital durante años, pero era necesaria una actualización y se decide trasladarla a un edificio en la parcela contigua, al otro lado de la calle. El edificio en el que se ha insertado es un convento de los **P.P. Capuchinos**, en una parcela de su propiedad, en la que hay otros usos diferentes (iglesia, centro social, colegio, salones parroquiales, etc.). Dicho edificio estaba en obras cuando se decide realizar el traspaso.

A pesar de la dificultad que supone insertar una instalación sanitaria en un edificio histórico (protegido además por Patrimonio, con las restricciones que eso conlleva), se negocia la cesión de unos espacios en planta baja y primera.

Se realiza una modificación urgente del **Plan General de Ordenación Urbana de Zaragoza** para permitir el uso sanitario, mientras se redacta el proyecto de ejecución simultáneamente; no hay tiempo que perder. El proyecto se pone en conocimiento del ayuntamiento para su posterior obtención de licencia, asunto preceptivo y clave para poder empezar las obras.

Hasta aquí un proceso complejo, pero relativamente normal en este tipo de obras.

Lo verdaderamente interesante sucede entre líneas, al igual que en un buen libro. El momento crucial aparece una vez cierras la puerta de tu estudio y te enfrentas al papel en blanco. En la cazuela están todos los ingredientes que antes hemos descrito -programa de necesidades, plazos, presupuestos, problemas, etc.-, por tanto, la cocción tiene que resolverse a fuego lento. En este caso, en el estudio nos hemos olvidado de los plazos y de los problemas. Hemos tratado de destilar lo esencial para poder dar una respuesta unitaria a toda una serie de condicionantes de partida:

- **Acceso inmediato desde la planta calle.**
- **Renovación de los espacios, desde la perspectiva de las necesidades del paciente.**
- **Nuevos espacios necesarios por la actual crisis sanitaria (COVID-19).**

No se trata de ser los más eficaces, ni de dar múltiples respuestas a cada uno de los problemas por separado; eso quizá venga después. Se trata de encontrar la melodía que pueden tocar en armonía todos los instrumentos que componen esta orquesta.

Ahí empieza el proceso de proyecto, que se puede parecer a una espiral. Pero en esa espiral se trataba de localizar el punto de partida y el punto de llegada. Esta ha sido la clave en este proyecto: el paciente. Este proyecto ha partido del paciente y ha vuelto a él. Entre medio, se han resuelto todos los problemas arquitectónicos, de ingeniería, de construcción, humanos, normativos. Pero partiendo del paciente y llegando a él. Cada vez que se ha tomado una decisión, se ha vuelto al punto de origen, se ha contrastado su viabilidad y, en su caso, se le ha aplicado el filtro “**paciente**” si es que ha habido que modificar algún parámetro.

Soy consciente de que este proceso se ha llevado a cabo de modo similar en otras disciplinas como la experiencia de paciente o también desde el punto de vista médico. Pero en la componente arquitectónica, ese paciente -en concreto el paciente de hemodiálisis, que debe acudir a las sesiones de tratamiento 3 días a la semana y cada sesión dura 4 horas- debe sentirse como en casa o, al menos, como en una suerte de segundo hogar. De ahí que, en la configuración de los espacios, este factor doméstico, ha pesado mucho en la balanza. No en vano, en la planta baja, que no fue considerada noble en el edificio histórico, los techos se han configurado a “**dos aguas**”, a pesar de la escasa altura disponible entre forjados.

La forma de ese falso techo es un invariante formal de la arquitectura tradicional, que se asemeja al concepto de casa con cubierta inclinada, imagen que todos conservamos en nuestra retina, muchas veces desde niños. Además, el tratamiento de esos faldones se ha realizado con unas placas de pladur perforadas con agujeros de diferentes tamaños y a diferente distancia, sin ningún otro elemento de señalización, climatización, antenas wifi, cámaras,

LH n.336 - 337

etc. ya que todos estos elementos se han colocado en una franja perimetral oculta dispuesta a tal efecto. De tal modo que, dadas estas características, no recuerde a un techo técnico propio de un edificio hospitalario, sino más bien a una superficie irregular más relajante o, en términos más poéticos y mirándolo con otros ojos, podría asemejarse al firmamento en una noche estrellada. La forma de las salas de planta baja es alargada y rectangular. En los comienzos y finales de los tramos cortos del rectángulo, se generan también otros 2 faldones, con lo cual la configuración de cubierta se convierte en un techo a “cuatro aguas”.

Lo cierto es que la inclinación de los techos tiene un sentido: aprovechar en los puntos más altos la máxima altura disponible y los puntos bajos se aprovechan para cruce y registro de instalaciones, de igual modo que una cubierta inclinada tradicional no lo es así por capricho, sino que la obligación de proteger del agua al interior hace que por los faldones inclinados se expulse el agua hacia el exterior. Todo debe tener un sentido, no es bueno que se tomen decisiones aleatoriamente, pues el proyecto carecerá de unidad. Todo el diseño descrito en los falsos techos, nos lleva de nuevo al punto de partida: el paciente. La disposición de los sillones, en uno de los lados de la sala, deja el otro lateral libre, de tal modo que, una vez instalado, el paciente puede disfrutar de un ambiente sereno durante las próximas 3 horas que, por fuerza, va a tener que estar mientras recibe tratamiento. Como en un avión cuando entra en velocidad de crucero y bajan las luces.

Puede que esté pensando en sus cosas, en silencio o distrayéndose por momentos con una pantalla al alcance de su mano precargada con sus contenidos favoritos. Y es entonces cuando el proyecto debe dar respuesta a las necesidades del paciente. En un avión, se pueden hacer esfuerzos por decorarlo, pero prima ante todo la aerodinámica y, por su puesto, la economía de espacio. En nuestro nos ha preocupado qué ven los ojos del paciente cuando está ahí; todo lo que ve debe descansar en armonía.

Por ello, se ha reducido el número de materiales presentes en el proyecto, teniendo una gran presencia los acabados en madera clara, haciendo hincapié de nuevo en lo doméstico. Las instalaciones -de electricidad, fontanería, clima, etc.- que en este proyecto doblan el presupuesto al de arquitectura, quedan relegadas a las bandejas perimetrales ocultas del falso techo, desde donde se pueden registrar. Esa banda perimetral produce, además, una luz tenue e indirecta, que permite la visión, pero no molesta a los ojos durante las 3 horas de “crucero”.

El resto de instalaciones médicas se han ubicado detrás de los sillones, en una bancada técnica totalmente registrable que contiene las acometidas necesarias para el correcto funcionamiento de la diálisis. En la planta superior, planta primera, la intervención se produce en una de las 3 alas del antiguo claustro del convento, que se cierra con vidrio para convertirlo en un pasillo de circulación. Los grandes arcos de este claustro se han replicado en ventanas y puertas que dan a las salas de hemodiálisis y en pasos a las zonas de pacientes.

En este punto la actuación arquitectónica se rinde a la historia del edificio y se limita a resaltar su potencial histórico. Es aquí donde conviven los paseos de los pacientes por los lugares donde antiguamente discurrían los frailes. Donde estaban otras dependencias, como talleres, ahora se encuentran las salas de tratamiento. Un edificio tiene vida por el uso que se le da; sin vida pierde gran parte de su valor.

En esta parte del edificio, también ha resultado complejo el encaje de las instalaciones. Pero consideramos que poder disfrutar de la historia de un edificio, ataviado de la tecnología e ingeniería del futuro, produce una satisfacción y una recompensa quizá mayor que la de una obra nueva por completo. Concluyendo, podríamos resumir que el proyecto está pensado exclusivamente para esas 3 horas por sesión en las que el mundo se detiene y, en las salas, el silencio colmo de paz el espacio cuando se apagan las luces...

Susana Calle.

Enfermera.

Responsable Unidad Hemodiálisis.

Hospital San Juan de Dios. Zaragoza.

Este año es especial, diferente, en la unidad de nefrología del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, comenzamos el año con una gran ilusión, después de 50 años asistiendo las diálisis de muchos pacientes renales en el mismo lugar, nos íbamos a trasladar a un nuevo centro, un lugar diseñado para que 130 pacientes acudan cada día a realizar su tratamiento, día tras día, mes tras mes, e incluso muchos de ellos año tras año, como ellos nos dicen es lo que necesitan para vivir; el paciente renal acude a diálisis tres días a la semana, cada día con la misma rutina, cogen un transporte para llegar, esperan en una sala de espera hasta que a la misma hora se les indique que pueden pasar, recorrer el mismo camino para acomodarse en un sillón, y desde allí observar siempre el mismo lugar al que necesitan acudir para poder vivir.

Ellos buscan la postura más adecuada para estar cómodos, ya que durante este tiempo no pueden hacer muchos cambios posturales, por su acceso vascular, necesario para poder realizar la diálisis, y es que uno de sus brazos debe estar inmóvil, por seguridad y buen funcionamiento ya que de esto depende la calidad de su diálisis.

Cuatro horas observando el mismo entorno, a veces duermen, otras veces buscan entretenimiento, leer, escuchar música, ver la televisión... hablan con el compañero, comparten muchas horas...

Todas las diálisis no son buenas, pueden encontrarse mal porque no toleren el tratamiento, o porque como a todos nos puede pasar tengan otro tipo de enfermedades, ellos tienen que venir a su diálisis igualmente, con dolor, y enfermedad... y convivir con el resto de sus compañeros. Muchas veces así pasan los años, es una enfermedad crónica terminal, si no son aptos para poder ser trasplantados, es su única

manera de vivir, muchos de ellos se hacen mayores y son más frágiles y vulnerables, llegando a un deterioro físico progresivo y a una alteración de su entorno social.

Conviven con sus peculiares necesidades asistenciales, un pequeño ejemplo es el frío, tienen un frío interno, muchas veces difícil de resolver.

Esta es la realidad que nos encontramos en una sala de diálisis, y aunque no lo parezca, en estas salas se respira tranquilidad, normalidad, dando calidez a los cuidados, los profesionales sanitarios además de poseer su destreza técnica, les ayudan a normalizar su tratamiento, les acomodan, les escuchan, les ofrecen su mano cuando tienen miedo, dolor, sufrimiento, les dan seguridad, preservan su intimidad y entiende y ofrece todos los días estos cuidados invisibles que son parte de los cimientos imprescindibles para que todo funcione. Cimientos que son nuestra esencia.

A estos cuidados que el personal asistencial ofrece, las infraestructuras de la unidad tienen un importante papel que es fundamental para que el paciente pueda descansar, mitigar el dolor y la enfermedad.

Necesita unas luces tenues que puedan modificar su intensidad según la necesidad del momento, una climatización que acondicione la temperatura de las salas, espacios que den calidez a las salas de espera y de tratamiento, tecnología para poder ofrecer entretenimiento al paciente, un apoyo cómodo para su brazo, un asiento confortable...

De esta manera, con una sintonía entre los cuidados que el profesional sanitario ejerce y la calidez que las infraestructuras del entorno ofrecen podremos acompañar, ayudar, cuidar y aliviar en este difícil camino de nuestros pacientes.

Instaurando una base de atención de calidad, segura y eficaz de nuestros cuidados.

07/3

La tablet en el Trabajo Social Clínico.

José Luis Carcedo Marín,

Trabajador Social.

Área de personas con discapacidad intelectual.

Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid).

“No te veo, cuelga, vuelvo a llamarte y cuando salga una cámara empuja hacia arriba, qué alegría verte, cómo estas, qué has hecho hoy, has ido a la misa de los mártires, hoy no vayas a salir que hace frío, hoy celebrarás tu cumple y soplarás tus velas, mira al tío que guapo y sonriente está...”

Había pasado una semana escasa desde que se declaró el estado de alarma por la Covid-19, cuando la Dirección del centro repartió tablets entre las unidades, empezando por las que sufrieron la primera oleada de la pandemia. Desde ese momento, hubo que enseñar a las familias a coger las video llamadas, hacer chats o a recibir mensajes de difusión. También tuvieron que aprender los residentes y los profesionales.

“Me mira y me enseña su mano como sujetando un teléfono”, nos decían los trabajadores así que en ocasiones usaban sus propios móviles para las video llamadas. “Quiero ver a mi hermano, he visto a mamá, mira esa de ahí es mi hermana, ese otro es papá”-, Señalaban las imágenes, golpeaban las pantallas, se reían o lloraban al ver a sus familiares reunidos.

Esta fue la rutina durante muchos meses que duró la pandemia y el tiempo en que familiares y usuarios no podían verse.

Durante es te tiempo vimos cómo una llamada a la madre, le relajaba al usuario, se iba su ansiedad, era el mejor antídoto ante el estrés que sentían, tanto el familiar como el residente. Son muchos los casos en los que a través de las tablets y móviles explicamos lo que los residentes hacen, si van de excursión, cómo participan en las actividades, si están bien, ...

Así suele ser cómo los profesionales usan las tablets ahora. Antes se usaban en ocasiones para que el juzgado entrevistara a algún residente, para verificar que se cumple la ley; para que el forense pueda peritar aspectos como: ¿Entiendes por qué estás ahí en ese Centro?,

¿eres consciente de que tienes una enfermedad?, ¿has escuchado a los testigos?, ¿estabas ahí ese día?, (en caso de situaciones legales)

Así ha sido cómo, a lo largo de estos tres años, se han ido usando las tablets como nuevo medio de comunicación para nosotros. Claro que han tenido un efecto terapéutico en ambos lados y por supuesto se han podido observar con más claridad las relaciones familiares. Se ha conectado con aquellas familias que estaban lejos porque una enfermedad o circunstancias socio económicas las impedía visitar con frecuencia a su ser querido.

Con este medio se ha apoyado a residentes y familias a superar el malestar psicosocial que les agobiaba. Al sumergirnos en esta comunicación también nos empapamos de emociones: de amor, de dolor, de ausencia, de soledad y las compartimos en un amplio triángulo familiar: familia-residente-profesionales. Son experiencias que también nos han enseñado a vivir.

Ya nada es sencillo. Ya todo el planeta sabe qué se siente al estar encerrado porque lo ha experimentado en sus carnes, aunque si prestásemos mas atención a [Calderón de la Barca](#) sabríamos que se sufre siendo prisionero. No hacía falta pasar por una pandemia.

Pero así es, estas tablets nos han ayudado a humanizar más el trato, ha permitido que los residentes no estén solos, que vean de cerca a sus familias justo cuando se lo pedían. Es como si ellas estuvieran velando por uno cuando uno está enfermo en cama con fiebre. La familia tiene un ojo en ti y se preocupan por ti y te mandan sus cuidados. Eso es la familia: unas veces junto a ti y otras en la distancia.

Las tablets son un camino cruzado de direcciones que nos han beneficiado a toda la familia hospitalaria. Han sido como las ventanas de un hospital que dan a un jardín que nos ayuda a fijarnos en las pequeñas cosas, los cambios de luz, el otoño en los árboles, el moreno en la piel, que hoy tienes mejor cara, que estás necesitando

un corte de pelo. Nos ha permitido ralentizar el tiempo, congelar imágenes de los seres queridos.

En ese cruce de caminos, a los profesionales nos ha beneficiado muchísimo, porque hemos experimentado esa confianza que hacíamos en ejercicios universitarios.

Dar la espalda a un compañero, cerrar los ojos y dejarte caer para que quizá te socorriera tu compañero, fe ciega en el sentido de la familia, que van a estar ahí siempre, intentando lo mejor por la persona que sufre. Aquí la familia lo ha visto, ha visto los resultados en poco tiempo, cuando les decimos hacemos esto y aquello y el residente no se lo cuenta resulta que lo han visto en las fotos o en la video llamada.

Pero va más allá en lo profesional. Lo que es capaz de hacer un residente lo sabemos o intuimos, lo que la familia es capaz de hacer lo intuimos, ninguna familia es igual, pero en lo profesional la Tablet nos ha dado la oportunidad de validar en persona teorías sociales y neurológicas, que nos enseñaron en la facultad.

Por ejemplo, de la trabajadora social clínica, [Virginia Satir \(1916-1988\)](#), en sus libros nos enseñaba lo importante que es el cuerpo humano en la comunicación, los gestos de unos y otros, poder hacer las terapias para que los residentes se sintiesen más cómodos para enfrentarse a sus dificultades psicosociales. Con las tablets los residentes ensayan una y otra vez hasta que consiguen mandar un mensaje completo de lo que quieren transmitir.

O hemos podido hacer que se vean a sí mismos para que mejoren sus posturas, sus gestos, sus formas de hablar o sus comportamientos. Por su puesto, la relación con la familia sigue siendo como defendía Virginia Satir, importantísima para las familias porque tienen un impacto significativo en la vida de sus miembros, y mejorar las dinámicas familiares puede ayudar a resolver muchos problemas psicosociales. Todo esto de las nuevas tecnologías es también un adelanto para la nueva figura de facilitador

LH n.336 - 337

que señala la **ley 8/21 de apoyos a la persona con discapacidad**, porque, como sabemos y se ha explicado en diferentes foros, o en los PAI de los residentes, todos ya somos iguales ante la ley.

La diferencia estará en que un facilitador acompañará a la persona con discapacidad ante el juzgado en cualquier circunstancia que se dé, así que la Tablet que ofrece el Centro ayuda en la comunicación. Es una herramienta usada por el facilitador en el entrenamiento para los juicios.

En el Centro así ya se está usando, aunque no es el medio que preferimos, pero los juzgados lo aceptan en casos extraordinarios. La disposición abierta del Centro está ayudando, con un profesional, al residente en su diálogo con el juez, el forense, el fiscal o los letrados de un lado y de otro.

También como trabajador social clínico las tablets me han ayudado a rebajar la ansiedad de las familias que ingresan en el Centro a un familiar por primera vez. Esas familias antes de traer a su familiar escuchan a un montón de profesionales y ven la autorización judicial y les dicen que ahora es el psiquiatra quien tiene la última palabra sobre la libertad de salir del residente, esas familias se angustian, no importa las veces que se hayan preparado para ello, quizá otra trabajadora social clínica les informó de lo que sentirían, cómo serían las cosas, las culpas que sentirían, la soledad que les invadiría cuando les dijese que durante 15 días no podrían visitar a su familiar, la soledad posterior...

Nosotros desde el **Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos** quizá no podamos cubrir los 15 días, pero con las Tablet hemos conseguido reducir la ansiedad y soledad que sienten unos y otros. Les mandamos fotos de su familiar o hacemos video llamadas para que hablen entre ellos.

Pasado ese tiempo, las familias y residentes sienten lo que desde aquí se ha dado importancia: es recuperar las relaciones familiares mejorándolas y apoyando a las partes para resolver sus diferencias y dificultades psicosociales.

Siempre se hizo, no solo con tecnología sino desde el propio planteamiento de la estructura arquitectónica.

Desde el Centro de San Juan de Dios se ha dado prioridad a esas relaciones humanas, dejando espacio en las unidades o por el Centro para que se puedan dar y que se hagan con todo el respeto, la intimidad y en espacios saludables, pocos centros psiquiátricos quedan ya donde haya un espacio natural con sombras de árboles espirituales como el ciprés, el cedro, palmeras o el pino, lo recomendaba ya un poeta que señalaba la importancia de volver a la naturaleza para encontrarse a uno mismo.

Algo fundamental que pasa con las nuevas tecnologías, las tablets y las video llamadas es que nos fijamos en los rostros, en las caras, en las sonrisas que mencionamos desde las primeras líneas. Pues bien, los neurólogos ya llevan mucho tiempo estudiando esta parte de nuestra cara y han demostrado que dentro del rostro lo más importante para nuestro cerebro es el mensaje que le mandan la postura de los músculos alrededor de la boca.

La neurocientífica **Nazareth Castellanos** nos recuerda

“Que la felicidad inunda la cara, las manos y anida en las sensaciones del pecho alrededor del corazón”

Todos al sonreír activamos las neuronas espejo y generamos sonrisas en los que nos rodean. Y eso lo notaban las familias y residentes.

Pero, como decía, también ha habido un beneficio para otros profesionales. Los profesionales han observado directamente cómo la parte de la cara que tuvimos tanto tiempo tapada es la que genera una imitación instantánea y la conexión con la persona que tenemos enfrente. El rostro humano es el reflejo del alma y cuando una parte

fundamental se nos ha tapado durante tanto tiempo las relaciones humanas con nuestros residentes se han deteriorado. Los profesionales veíamos cómo los residentes respondían mejor ante la vista de sus familias en la Tablet, tenía que ser así porque les veían la cara entera.

Como trabajador social clínico prefería mantener una terapia con una máscara transparente porque facilitaba más la empatía y la conexión natural con la persona. Eran así más fácil los acuerdos con ellos y que se sintieran escuchados.

La sonrisa es algo que captó la atención de todos e hicimos algunas grabaciones a los residentes acercándose a hablar con el profesional y cuando éste se bajaba la mascarilla y sonreía, el residente respondía automáticamente con una sonrisa, esta sonrisa se multiplicaba porque esa grabación se la pasábamos a las familias y así ellos también sonreían, todos sonreíamos. Es un ejercicio muy sencillo, ya vemos, que lo demostraron los neurólogos hace años.

No quiero que nos llevemos una impresión errónea, no hay nada perfecto, solo contamos aquí los logros, pero ha habido y seguirá habiendo errores. No hay familia perfecta, y todas las familias tienen secretos. Vaya rollo de vida de lo contrario, sin algo de misterio.

Una de esas imperfecciones sí os la voy a contar. Una obvia. La Tablet no sustituye los abrazos y los besos de los residentes, por eso desde el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos reivindicamos esa proximidad. En esos abrazos se produce la gran metamorfosis de la persona convirtiéndonos con ellos por un instante en la belleza que Dios nos ha dado.



07/4

La animación sociocultural como herramienta de cambio

David Oreiro del Valle,
Animador Sociocultural.
Clínica Nuestra Señora de la Paz.
Madrid.

Sabemos que la llamada **terapia verde** o terapia centrada en la Tierra, es un conjunto de técnicas terapéuticas que sostiene que formamos parte de una red de vida y que nuestra psicología forma parte del medioambiente.

Es un medio de intervención, actividad que responde a objetivos terapéuticos en las distintas áreas de desempeño y, a la vez, vincular a la terapia ocupacional a una problemática social mayor, el actual deterioro medioambiental. Esto deviene de la reflexión en torno a interiorizar el impacto que las persona ejercen en el medioambiente a través de sus ocupaciones.

En este sentido, los animadores socioculturales en la **Clínica Nuestra Señora de la Paz de Madrid** tienen como objetivo el incorporar hábitos y costumbres adecuadas con el medio ambiente. A lo largo de estos años hemos realizado diversas actividades con la temática de la sostenibilidad y el medio ambiente.

Recuerdo muchos debates grupales donde hemos contribuido a fomentar la conciencia ecológica en nuestros usuarios desmintiendo algunos viejos mitos.

Traemos a la memoria el hecho que muchos pacientes cuestionaban todas las pequeñas acciones individuales que podemos hacer y según ellos no suponen casi un efecto sustancial en la mejora del medio ambiente.

Por suerte con el pasar de los años nuestros usuarios llegan no solo a tener más conciencia y sensibilidad con dicho tema, sino que vienen más implicados y ya, llevan a cabo en su casa, trabajo o comunidad muchas medidas que antes se daban.

Ya no les suenan raros, muchos **“pequeños actos”** que ayudan a combatir problemas como la sequía o el consumo de plásticos y envases.

Es una realidad que muchos utilicen puntos limpios para deshacerse de pilas, elementos electrónicos o aceite usado. Donde antes solo había unos pocos que reciclaran en su casa, en este momento son la mayoría.

Por suerte hoy en día podemos afirmar que a los usuarios más jóvenes les parece raro no llevar a la compra las bolsas de casa, cosa que a los más

mayores tampoco les sorprende, porque siempre se hizo. **“Todo vuelve”**, también las buenas costumbres.

Con el cine fórum también hemos podido acercar datos objetivos con reportajes o documentales que generaran conciencia sobre los diversos temas que engloba el ecologismo.

Traemos algunos ejemplos:

- Hemos tratado la deforestación del planeta o la desaparición de especies del reino animal. También hemos podido ver en películas, cómo la sociedad de consumo nos tiene apegados a muchas cosas innecesarias.
- En estos años hemos planteado exposiciones artísticas que promueven valores ecologistas en el hall de la clínica. Además, utilizamos las redes como canal de difusión.
- Desde siempre estamos reutilizando, reciclando y creando elementos para talleres artísticos con todo lo que encontramos en la basura. Esto da muchas ideas para fomentar no solo la creatividad y trabajar aspectos cognitivos, también ayuda a transmitir, aunque sea de manera transversal, sin que el objetivo principal sea el reciclaje, el valor de la sostenibilidad.
- En este último año hemos reutilizado unos armarios que estaban en la basura y han quedado tras una mano de pintura, mejor que nuevos.
- También en Halloween hemos utilizado materiales de desecho para realizar la ambientación del espacio común de la unidad y estamos preparando unos cuadros para Navidad que estaban cogiendo polvo en un almacén.
- Por supuesto hemos favorecido y sumado al ocio saludable en espacios verdes como parques o jardines y en la sierra de Madrid, ofreciendo para sus permisos rutas y paseos fáciles por los diversos espacios verdes de nuestro entorno.

- Por último, tenemos la suerte de haber ido incorporando a nuestra biblioteca libros usados; ropa de segunda mano e incluso juegos de mesa, dando una segunda vida a cosas que nos son necesarias y que facilitan la conciencia que hay que reconocer nos vinieron de perlas.

El efecto de estas líneas de actuación y de educación, están teniendo un impacto no solo en la vida de la Clínica, sino que se aportan a la familia y a la sociedad, en definitiva, por cuanto nos animamos a profundizar en la terapia de manera integradora dentro del concepto de una Ecología Integral que, por supuesto se englobaría la Hospitalidad Ecológica.

08/ Recursos



Bibliografía elaborada por:**Sonia Marín,**

Escuela de Enfermería y Fisioterapia
San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas.
Ciempozuelos (Madrid).

Alicia Martín. Biblioteca,

Campus Docent Sant Joan de Déu.
Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

Fuentes: Dialnet, CuidenPlus, Universidad Pontificia Comillas (Discovery, Medline Complete, Cinahl Complete y Academic Search), Scielo, Universidad de Barcelona.

▶ **Aceros Gualdrón, J. C. (2018).**
Robots para el cuidado de personas mayores. Taxonomía de una promesa.
Ediciones Universidad de Salamanca.

▶ **Ahmed, M. N., Toor, A. S., O'Neil, K. y Friedland D. (2017).**
Cognitive Computing and the Future of Health Care Cognitive Computing and the Future of Healthcare: The Cognitive Power of IBM Watson Has the Potential to Transform Global Personalized Medicine.
IEEE Pulse, 8(3), 4-9. <https://doi.org/10.1109/MPUL.2017.2678098>

▶ **Alday Jurado, A., Sola Ballojera, E., Amilibia Bergarete, L. y Llano Hernaiz, J. (2019).**
Desarrollo del modelo de teleasistencia

personalizada a través de la inteligencia artificial.
International Journal of Integrated Care, 19(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.s3638>

▶ **Almutairi, M., Gabralla, L. A., Abubakar, S. y Chiroma, H. (2022).**
Detecting Elderly Behaviors Based on Deep Learning for Healthcare: Recent Advances, Methods, Real-World Applications and Challenges.
IEEE Access, 10, 69802-69821.
<http://10.1109/ACCESS.2022.3186701>

▶ **Amezcuca, M. y Amezcua, M. (2019).**
Tecnologías avanzadas e Inteligencia artificial: oportunidades para una Enfermería con competencias ampliadas.
Index De Enfermería, 28(3), 97-99.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962019000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

▶ **Andrés Segovia, B. (2021).**
El reinicio tecnológico de la inteligencia artificial en el servicio público de salud.
Ius et Scientia, 1(7), 327-356. <https://doi.org/10.12795/IETSCIENTIA.2021.i01.17>

▶ **Andreu Martínez, B. (2019).**
Robótica en el ámbito sanitario y de los cuidados: implicaciones para la privacidad y la protección de datos.
Dilemata, (30), 79-92. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/catart?codigo=7416198>

▶ **Anishchenko, M. A., Gidenko, I., Kaliman, M., Polyvaniuk, V. y Demianchuk, Y. V. (2023).**
Artificial Intelligence in Medicine: Legal, Ethical and Social Aspects.
Acta Bioethica, 29(1), 63-72. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2023000100063>

▶ **Aparicio Payá, M., Toboso Martín, M., Ausín Díez, T., Monasterio Astobiza, A., Morte Ferrer, R. y López Castro, D. (2019).**
Un marco ético-político para la robótica asistencial.
Artefactos, 8(1), 97-117. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6911479>

▶ **Ausín Díez, T. (2021).**
¿Por qué ética para la Inteligencia Artificial? Lo viejo, lo nuevo y lo espurio.
Sociología y Tecnociencia: Revista Digital de Sociología del Sistema Tecnocientífico, 11(Extra 2), 1-16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8155412>

▶ **Ávila-Tomás, J. F., Mayer-Pujadas, M. A. y Quesada-Varela, V. J. (2020).**
La inteligencia artificial y sus aplicaciones en medicina I: introducciones antecedentes a la IA y robótica.
Atención primaria, 52(10), 778-784.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.013>

▶ **Basáez, E. y Mora, J. (2022).**
Salud e inteligencia artificial: ¿cómo hemos evolucionado?
Revista Médica Clínica Las Condes, 33(6), 556-561. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.11.003>

▶ **Benavente-Rubio, A. (2022).**
El rol de enfermería en la salud digital: oportunidades y desafíos para la ciencia del cuidado.
Revista Médica Clínica Las Condes, 33(6), 598-603. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.11.004>

▶ **Biaani León-Gómez, B., Moreno-Gabriel, E., Carrasco-Ribelles, L.A., Violán Fors, C. y Liutsko, L. (2023).**
Retos y desafíos de la inteligencia artificial en la investigación en salud.
Gaceta Sanitaria, 37, 102315-.

▶ **Biscaia Fernández, J.M., Mohedano del Pozo, R.B. y Biscaia Fernández, C.J. (2023).**
La inteligencia artificial en la prevención de conductas suicidas: aspectos técnicos y consideraciones ético-legales.
Revista de Bioética y Derecho, 181-203.
<https://doi.org/10.1344/rbd2023.59.42759>

▶ **Bonavitta, P. (2020).**
Cuidados (invisibles) y cuerpos para otros.
Un estudio de caso de mujeres de Córdoba, Argentina. InterCambio (Universidad de Costa Rica. Programa de Investigación Producciones Culturales Centroamericanas y caribeñas), 17(2), e43759-. <https://doi.org/10.15517/c.a.v17i2.43759>

▶ **Bohr, A. y Memarzadeh, K. (Directors). (2022).**
Inteligencia artificial en el ámbito de la salud.
Elsevier Academic Press.

▶ **Bragato, A. G. da C., Garcia, L. A. A., Camargo, F. C., Paula, F. F. S. de, Malaquias, B. S. S., Elias, H. C. y Santos, Á. da S. (2023).**
Avós cuidadores de netos: análise do perfil e intensidade dos cuidados.
Cogitare Enfermagem, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.79812>

▶ **Cobo Cano, M. y Lloret Iglesias, L. (2023).**
Inteligencia artificial y medicina.
CSIC.

Creus, A. (2023).

Máquinas de cuidado.
COMeIN, 136. <https://doi.org/10.7238/c.n136.2366>

Curcio Borrero, C. L., Neva Orozco, J. E., Gómez Ramírez, O. J., Burbano Rivera, D. V., Plazas-Gómez, C. V., Rodríguez Lesmes, P. A., Perrotta, V., Pineda, J., Guevara-Peña, N. L., y Espinal-Arango, S. (2023). *Hacer Visible lo Invisible: Meditaciones Sobre el Cuidado Informal y Las Personas Cuidadoras. Claves para Reinterpretar Su Normatividad.* Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Del Pilar Espín Arguello, A., Mas Camacho, M. R., Rea Guamán, M. R. y López Paredes, S. X. (2023). *Tecnología aplicada al cuidado de enfermería: wereables, apps y robótica.* Revista Cubana De informática Medica, 15(1), 1-11. <https://revinformatica.sld.cu/index.php/rcim/article/view/567>

Dhinakaran, M., Deepthi, P., Kalpana, A., Gehlot, A., Asiya, A. y Swathi, B. (12-13 de mayo, 2023). *Internet of Things-Based Sensible Health Nursing Care Facility for Emergency Medical Care.* [Comunicación en congreso]. 3rd International Conference on Advance Computing and Innovative Technologies in Engineering (ICACITE), Greater Noida, India. <https://doi.org/10.1109/ICACITE57410.2023.10182769>

Díaz Escobar, C. y Checa Olivas, M. (2017). *De la mano invisible del mercado a la mano visible de los cuidados.* Iberian journal of the history of economic thought, 4(1). <https://doi.org/10.5209/ijhe.56523>

Díaz Villarruel, E. E. (2023).

Impacto de la inteligencia artificial en la monitorización de pacientes en enfermería. Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional, 8(9), 414-426.

Dighiero, K. B. y Solari, S. S. (2018). *Determining the Worth of Unpaid Health Care: A Contribution to Recognize the Invisible Work by Women and Homes/Valorización económica de los cuidados no remunerados en salud: un aporte al reconocimiento del trabajo invisible de los hogares y las mujeres/Valoracao economica dos cuidados nao remunerados em saude: uma contribuicao para o reconhecimento do trabalho invisivel das familias e as mulheres.* Revista gerencia y políticas de salud, 17(34).

Domínguez-Alcón, C. (2017). *Ética del cuidado y robots.* Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades, (47), 9-13. <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.47.01>

Domingo Moratalla, A. (2022). *Cuidado integral e inteligencia artificial. De cómo vivir a prueba de robots.* En J. Tudela Cuenca (dir.) y G. S. Marco Perles (dir.), *Ciencia, razón y verdad: apuntes para la reflexión bioética en el tercer milenio.* Un homenaje al profesor Dr. Justo Aznar Lucea (495-512). Tirant Humanidades.

Duarte, E. S., de Moura, F. S., de Oliveira, L. P. y Garcia, L. F. (2023). *Aspectes bioéticos de l'ús de sistemes d'intel·ligència artificial en el camp de la salut: un estudi exploratori.* Universidad de Barcelona.

Durán, M.A (2018). *La riqueza invisible del cuidado.* Universitat de València.

Elebi, C. M. (2021). *Inteligencia artificial aplicada a la salud: Luces y sombras.* Nueva sociedad, 294, 109-119.

Fajardo Trasobares, M. E., & Germán Bes, C. (2004). *Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles.* Index de Enfermería, 13(46). <https://doi.org/10.4321/S1132-12962004000200002>

Fernández, M., Pagola Pascual, M. I. y Izco García, M. N. (2019). *Una aproximación a los cuidados invisibles desde la enfermería.* Conocimiento Enfermero, 2(4), 55-57. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8043530>

Galvín Gordillo, M. (2023). *Análisis legal del uso de los robots en la medicina.* Ius et Scientia, 129-151. <https://doi.org/10.12795/IESTSCIENTIA.2023.i01.09>

Gonzalo de Diego, B. (2016). *Diseño e implementación robótica de un sistema de atención en cuidados en niños a propósito de la disfagia.* ENE Revista de Enfermería, 10(3). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000300007

Gonzalo de Diego, B. (2019). *Robótica del cuidado: vertientes fundamentales y sus consecuencias.* ENE Revista de Enfermería, 13(4). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7285839>

González Vidales, C. (2021). *Actividades encuadradas en el sector cuidados: trabajos declarados y cuidados invisibles.* Panorámica general. Lex Social: Revista de Derechos Sociales, 11(2), 497-512. <https://doi.org/10.46661/lexsocial.5955>

González-Abad, L. P. (2020). *La riqueza invisible del cuidado.* Cuadernos de trabajo social, 33(1), 171-. <https://doi.org/10.5209/cuts.64570>

Gros Polo, S., Navas Ferrer, C., y Germán Bes, C. (2019). *Percepción de los cuidados visibles e invisibles desde una doble perspectiva en una Unidad de Hemodiálisis.* Índice de Enfermería, 28(4), 174-178. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300003&lng=es&tlng=es

Grupo Aurora Mas de Investigación en Cuidados e Historia de Enfermería. (2016). *Proyecto CIBISA: autoevaluación del aprendizaje de los cuidados visibles e invisibles.* <https://sites.google.com/site/proyectocibisa/>

Gupta, P., Saini, D. K., y Verma, R. (Eds.). (2023). *Healthcare solutions using machine learning and informatics.* CRC Press.

Hu, Z., Petukhov, S. V. (Sergei V., y He, M. (2021). *Advances in artificial systems for medicine and education IV.* Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-67133-4>

Huércanos Esparza, I. (2013).
Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan.
Índex de Enfermería, 22(1-2), 5-6.
<https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000100001>

Insa Calderon, E. (2020).
Humanización y robótica.
Labor Hospitalaria: Organización y Pastoral de la Salud, (327) 42-51. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7622855>

Ishengoma, F. R. (2022).
Artificial Intelligence in Digital Health: Issues and Dimensions of Ethical Concerns = Inteligencia Artificial en Salud Digital: Cuestiones y dimensiones de los aspectos éticas.
Revista Innovación y Software, 3(1), 81-108.
<https://doi.org/10.48168/innosoft.s8.a48>

Jiménez Herrera, Luis Guillermo. (2021).
Inteligencia artificial como potencia de herramienta en salud.
Infodir, (36), e1120. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-35212021000300018&lng=es&tlng=es

Jiménez Ruiz, J., Moreno Toledo, F., Gamargo Gárate, C., Robles Tapia, C., Bonati Escobar, P., Martínez Olmedo, F., Macías Rodríguez, H., Capino Castillo, R. y Negrete Chau, G. (2023).
PO33. Inteligencia artificial al servicio de los cuidados paliativos: Clasificación de pacientes con base en la sintomatología.
Medicina Paliativa, 30(Extra 1), 14-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8828606>

Lanzagorta Ortega, D. (2022).
Inteligencia artificial en medicina: presente y futuro.
Gaceta Médica De México, 158, 55-59.

<https://doi.org/10.24875/GMM.M22000688>

López, D. M. (2023).
Retos de la inteligencia artificial y sus posibles soluciones desde la perspectiva de un editoralista humano.
Biomédica, 43(3), 309-314. <https://doi.org/10.7705/biomedica.7242>

López-Lago Ortiz, L., Muñoz González, B., Rivero Jiménez, B., Conde Caballero, D. y Mariano Juárez, L. (2021).
Sexo, género y humanización de las tecnologías de cuidados para personas mayores.
Cultura de los Cuidados, 25(61), 186-204. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.61.12>

Lopera-Arango, A. M. (2018).
Caring for Patients without being with them: Invisibility of Nursing Care in Hospitalization Services/Cuidar al paciente sin estar con él: invisibilidad del cuidado de enfermería en servicios de hospitalización/Cuidar ao paciente sem estar com ele: invisibilidade do cuidado de enfermagem em serviços de hospitalizacao.
Investigación y Educación En Enfermería, 36(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n3e10>

Louzada Subtil, C. (2017).
Inquietações e incertezas sob o olhar da história da enfermagem.
Cultura de los Cuidados, 21(48), 16-22. <https://10.14198/cuid.2017.48.02>

Lumbreras, S. (2021).
Inteligencia Artificial y medicina: la necesidad de modelos interpretables. TECHNO REVIEW.
International Technology, Science and Society Review / Revista Internacional de Tecnología, Ciencia y Sociedad. 9(2), 97-102. <https://doi.org/10.37467/gka-revtechno.v9.2814>

Ma, E. (2018).
Robotic Surgery: Transforming Patient Care in the 21st Century?
Asia Pacific Journal of Health Law & Ethics, 11(3), 1-25. <https://doi.org/10.38046/apjhle.2018.11.3.001>

Maqueda Palau, M., Gavala, J. M., Palou Oliver, M. A., Andreu Rodrigo, P., Rubiño Diaz, J. Á. y Moreno Jiménez, M. C. (2023).
La trascendencia de los cuidados invisibles.
Nure investigación, 20(125). <https://doi.org/10.58722/nure.v20i125.2377>

Malviya, R., Chilamkurti, N., Sundram, S., Kumar Dhanaraj, R., Balusamy, B. (2023).
Artificial Intelligence for Health 4.0: Challenges and Applications.
River Publishers.

Mármol López, M. I. (2023).
Inteligencia artificial y cuidado enfermero: riesgos, desafíos o beneficios?
Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIDEC, 16(1), 73-74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9111542>

Medinaceli Díaz, K. I. y Silva Choque, M.M. (2021).
Impacto y regulación de la Inteligencia Artificial en el ámbito sanitario.
Revista IUS, 15(48), 77-113. <https://doi.org/10.35487/rius.v15i48.2021.745>

Martí Noguera, J. J. (2022).
Manual de telesalud mental: tecnologías digitales en la práctica clínica.
Ediciones Pirámide.

Martínez Castro, J., y Torra Bou, J. E. (2022).
Utilización del sistema V-Chair®, una smart therapeutic surface, en el cuidado de dos pacientes de alta dependencia y movilidad limitada, con discapacidad intelectual en un centro sociosanitario.
Gerokomos: Revista De La Sociedad Española De Enfermería Geriátrica Y Gerontológica, 33(1), 53-62. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8429626>

Mejías, M. (2022).
Inteligencia artificial en el campo de la enfermería. Implicaciones en la asistencia, administración y educación.
Salud, Ciencia y Tecnología. <https://doi.org/88.10.56294/saludcyt202288>

Montañés Muro, M. P., Ayala Calvo, J. C. y Manzano García, G. (2023).
Burnout in nursing: A vision of gender and "invisible" unrecorded care.
Journal of advanced nursing, 79(6), 2148-2154. <https://doi.org/10.1111/jan.15523>

Montemanni, R. (2019).
Tecnologia de inteligência artificial para cuidados de saúde e resgate: considerações sobre o impacto dos desenvolvimentos técnicos e sua utilização.
Millenium, 2(10), 77-82. <https://doi.org/10.29352/mill0210.08.00237>

Moré Corral, P. (2020).
Cuidados y crisis del coronavirus: el trabajo invisible que sostiene la vida.
RES, 29(3), 373-745. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.4>

Morsy, A. (2018). *Can AI Truly Transform Health Care?: A Recent IEEE Pulse on Stage Forum Offers Some Perspective.* IEEE Pulse, 9(4), 18-20. <https://doi.org/10.1109/MPUL.2018.2834998>

Muñoz Padilla, G. A. (2023). *Hacer visible lo invisible: meditaciones sobre el cuidado informal y las personas cuidadoras: claves para reinterpretar su normatividad.* Editorial Universidad del Rosario.

Muñoz Tapia, A. (2015). *A propósito de los cuidados invisibles.* Índice de Enfermería, 24(3), 181-181. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000200014>

Neill, D. B.. (2013). *Using Artificial Intelligence to Improve Hospital Inpatient Care.* IEEE Intelligent Systems, 28(2), 92-95. <https://doi.org/10.1109/MIS.2013.51>

Nunes, H. da C., Guimarães, R. M. C. y Dadalto, L. (2022). *Desafíos bioéticos del uso de la inteligencia artificial en los hospitales.* Revista Bioética, 30(1), 82-93. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301509es>

Nurock, V. (2020). *¿Puede prestar cuidados la Inteligencia Artificial? Cuadernos de Relaciones Laborales,* 38(2), 217-229. <https://doi.org/10.5209/crla.70880>

Paladino, M. S. (2021). *Cuidado e inteligencia artificial: Una reflexión necesaria.* Persona y Bioética, 25(2), 1-11. <https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.2.8>

Paranjape, K., Schinkel, M. y Nanayakkara, P. (2020). *Short Keynote Paper: Mainstreaming Personalized Healthcare—Transforming Healthcare Through New Era of Artificial Intelligence.* IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics, 24(7), 1860-1863. <https://doi.org/10.1109/JBHI.2020.2970807>

Poyatos Chacón, M. F. (2022). *Impacto de la IA y la robótica en la atención.* E-Revista Internacional de la Protección Social, 7(1), 102-130. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8527769>

Pueyo Bergua, M. E. (2014). *Enfermería en el manejo de los cuidados invisibles: el campo de energía humano.* Medicina naturista, 8(2), 12-18.

Puig i Cruells, C. (2021). *Los cuidados invisibles: Afectividad y acciones intangibles de los cuidados.* Arxiu D'Etnografia De Catalunya: Revista D'Antropologia Social, (22), 43-60. <https://doi.org/10.17345/aec22.43-60>

Ramírez-Pereira, M., Figueredo-Borda, N. y Esmérita, O. M. (2023). *La inteligencia artificial en el cuidado: un reto para Enfermería.* Enfermería: Cuidados Humanizados, 12(1). <https://doi.org/10.22235/ech.v12i1.3372>

Raraz-Vidal, J. y Raraz-Vidal, O. (2022). *Aplicaciones de la inteligencia artificial en la medicina.* Revista Peruana de Investigación En Salud, 6(3), 131-133. <https://doi.org/10.35839/repis.6.3.1559>

Renk, V. E., Buziquia, S. P. y Bordini, A. S. J. (2022). *Mulheres cuidadoras em ambiente familiar: a internalização da ética do cuidado.* Cadernos Saúde Coletiva. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202230030228>

Rodríguez-Sánchez, I. y Pérez-Rodríguez, P. (2024). *La revolución gerontotecnológica: integrando la inteligencia artificial para mejorar la vida de las personas mayores.* Revista española de geriatría y gerontología, 59(1), 101409-. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.101409>

Rong, G., Mendez, A., Assi, E., Zhao, B., y Sawan, M. (2020). *Artificial intelligence in healthcare: review and prediction case studies.* Engineering, 6(3):291-301. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095809919301535>

Rosa Eduardo, R. de la, y Zamora Monge, G. (2012). *Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos?* Índice de Enfermería, 21(4), 219-223. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962012000300009>

Roveri, C. (2022). *Inteligencia Artificial para el bienestar y una vida sana en Latinoamérica: Hacia un ecosistema de innovación responsable para la salud digital.* Análisis Carolina, 21.

Rubio Martín, S. (2021). *eHealth y el impacto de la cuarta revolución industrial en salud, el valor del cuidado.* Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, (82),

5-9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8092283>

Rubiño Díaz, J. A., Andreu Rodrigo, P., Gavala Arjona, J. M., Maqueda Palau, M., Palou Oliver, M. A., Moreno Jiménez, M. C. (2023). *La trascendencia de los cuidados invisibles: The transcendence of invisible care.* NURE Investigación: Revista Científica De Enfermería, 20(125). <https://doi.org/10.58722/nure.v20i125.2377>

Ruiz, R. B. y Velásquez, J. D. (2023). *Inteligencia artificial al servicio de la salud del futuro.* Revista Médica Clínica Las Condes, 34(1), 84-91. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.12.001>

Salazar Castaño, S. (2022). *No soy tu robot, soy tu enfermera* [Trabajo fin de grado, Universidad de Cantabria]. UCrea. <http://hdl.handle.net/10902/25014>

Skiba, D. J. (2018). *The Invisible Health Care Professional: Exploring the Intersection of Data, Devices, and Artificial Intelligence.* Nursing Education Perspectives, 39(4), 264-265. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000371>

Soares, A. A. (2021). *Ética 4.0: Dilemas Morais Nos Cuidados De Saúde Mediados Por Robôs Sociais* [Tesis de maestría, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositorio Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/23399>

Stable Rodríguez, Y. (2023). *Desafíos en el uso de la Inteligencia Artificial en el sector salud*. Revista información científica, 102(1).

Stoever, N. (2023). *Anthropomorphized chatbots in mental health applications* [Tesis de maestría, Universidad Católica Portuguesa]. Veritati. <http://hdl.handle.net/10400.14/42727>

Subías-Beltrán, P. (2021). *Límites de la inteligencia artificial en salud digital*. Càtedra Jean Monnet de Dret Privat Europeu.

Terrones Rodríguez, A. L. (2022). *Ética para la inteligencia artificial sostenible*. Arbor: Ciencia, Pensamiento y Cultura, 198(806). <https://doi.org/10.3989/arbor.2022.806013>

Turaev, S., Al-Dabet, S., Babu, A., Rustamov, Z., Rustamov, J., Zaki, N., Mohamad, M. S. y Loo, C. K. (2023). Review and Analysis of Patients' Body Language From an Artificial Intelligence Perspective. IEEE Access, 11, 62140-62173. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2023.3287788>

Uusitalo, J. (2020). *Inteligencia artificial y cuidado de la salud: retos y vulnerabilidades*. En T. Kerikmae, M.C. Solarte Vasquez, M. Rudanko y D.R. Troitiño (coord.). *Inteligencia artificial: de la discrepancia regional a las reglas universales: integración de percepciones políticas, económicas y legales* (289-302). Thomson Reuters Aranzadi.

Valle Escolano, R. (2023). *Inteligencia artificial y derechos de las*

personas con discapacidad. Revista Española De Discapacidad (REDIS), 11(1), 7-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9038275>

Vallès-Peris, N. (2021). *Repensar la robótica y la inteligencia artificial desde la ética de los cuidados*. Revista Teknokultura, 18(2), 137-146. <https://doi.org/10.5209/tekn.73983>

Waldow, V. R. y Gérman-Bés, C. (2020). *Tecnologías Avanzadas e Inteligencia Artificial: reflexión sobre desarrollo, tendencias e implicaciones para la Enfermería*. Índice de Enfermería, 29(3), 142-146. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962020000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Xu, C., Gao, Y., Qi, L., Li, G., Li, M. y Yang L. (25-27 de febrero, 2022). *Research and Application of Artificial Intelligence and Computer Big Data Technology in the Individualized Nursing Care Platform*. [Comunicación en congreso]. IEEE International Conference on Electrical Engineering, Big Data and Algorithms (EEBDA), Changchun, China. <https://doi.org/10.1109/EEBDA53927.2022.9744853>

Zalama Casanova, E., Gómez García-Bermejo, J., Cobo, L., Delgado Urrecho, J. M. y Vielba García, B. (18-20 de mayo, 2022). *Una nueva oportunidad de atención a las personas mayores mediante robótica social en las residencias Lacort (uno más)*. [Comunicación en congreso]. XII Jornadas de Robótica Educación y Bioingeniería, Málaga. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/58413>



LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD
www.laborhospitalara.com

