

Formación
Permanente
2021



Aprendiendo a cuidar-nos.
Hacia una cultura del cuidado
y buenos tratos a la vulnerabilidad.
Alumbrando un nuevo paradigma

**APRENDIENDO A CUIDAR-NOS.
HACIA UNA CULTURA DEL CUIDADO Y BUENOS TRATOS A
LA VULNERABILIDAD.
ALUMBRANDO UN NUEVO PARADIGMA**

“El segundo es semejante a este: amarás a tu prójimo como a ti mismo” (Mt 22,39).
“Amar es cuidar” (Anónimo).

1. PRESENTACIÓN

En este artículo, voy a tratar de hacer una aproximación al tema del cuidado, desde la experiencia de veintiséis años trabajando como médica de familia —este último atravesado por la pandemia de Covid-19—. Y también, desde mi ser madre de tres hijos, ahora adolescentes; además, hija de padres ancianos, y voluntaria en ARCORES, en cercanía y pertenencia afectiva a la familia agustino-recoleta.

Iré planteando algunas reflexiones sobre esas experiencias que para mí son fundantes, concretan y dan solidez a mi manera de estar en el mundo y de intentar seguir a Jesús cada día: salir y servir al otro desde esas realidades es mi tarea y mi sentido (“Yo soy el camino”, Jn 14,6).

Estas reflexiones se han ido construyendo a la luz de distintas lecturas que me acompañan, que iré mencionando, y al calor de conversaciones con personas con las que comparto camino, algunas de ellas también en la familia agustino-recoleta. Es, pues, un relato coral, polifónico, mezclado, como la vida misma.

Vaya por delante que no soy una experta en la cultura del cuidado, y que este es un tema muy amplio para un artículo limitado como este. Así pues, pido disculpas

por la posible falta de rigor intelectual o profundidad que estas limitaciones puedan ocasionar.

Comenzaba a redactar este artículo el Domingo de Pascua de Resurrección. Me parece una de esas afortunadas coincidencias. Pienso que va a ser una vivencia pascual para mí.

2. ¿QUÉ ES CUIDAR? DIMENSIÓN HOLÍSTICA DEL CUIDADO

a) Cuidar es la esencia humana

Leonardo Boff¹, en “Saber cuidar”, afirma que la esencia humana se halla en la capacidad de cuidar. En el cuidado se encuentra el *éthos* del hombre: forma parte de la naturaleza y de la constitución del ser humano.

Cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato; asimismo, preocupación, inquietud y sentido de responsabilidad, porque la persona que cuida se siente afectivamente unida al otro. Lo opuesto al cuidado es el descuido y la indiferencia. Cuidar es más que un acto, es una actitud; contiene una dimensión material, personal, social, ecológica y espiritual.

Los cuidados atraviesan la vida; sin ellos no hay vida, dejamos de ser humanos. Los cuidados son, por tanto, una necesidad de todas las personas y en todos los momentos de su ciclo vital, aunque esa necesidad presente peculiaridades distintas². Esto implica asumir la vulnerabilidad y la interdependencia de las personas, como marco constitutivo de la existencia.

Esta forma de vivir el cuidado nos permite vivir la experiencia del valor: de aquello que tiene importancia y cuenta verdaderamente; no del valor utilitario, sino del valor intrínseco de las personas, del que emerge la dimensión de alteridad, respeto, admiración, reciprocidad y complementariedad. En vez de agresividad, hay convivencia amorosa; en lugar de dominación, hay compañía afectuosa al otro.

De este modo, se manifiesta que lo esencial en la persona no es el *lógos*, la razón, sino el *páthos*, el sentimiento, la capacidad de simpatía y empatía, la dedicación, la ternura, la compasión, el cuidado y la comunión con lo diferente; es la razón cordial o la lógica del corazón. Estos son los antídotos y medicamentos para el sentimiento de abandono y descuido que experimentan los pobres, los ancianos, los enfermos, los desempleados, los oprimidos y los excluidos.

Por ser especialmente significativos en mi vida y en la construcción de mi fe, he elegido los apartados siguientes para abordar la dimensión holística del cuidado. Podría haber elegido muchos otros, atendiendo a diferentes criterios, dada la transversalidad del cuidado en lo humano y en la experiencia cristiana.

b) El cuidado como diferencia evolutiva

A finales de marzo del año pasado, me contagié de Covid-19 en mi trabajo en el centro de salud. Durante la convalecencia mi amiga psiquiatra Ibone Olza³ escribió una entrada en su blog: “Carta a paciente aislada: la pandemia personal”. Era para mí. En esta carta me hablaba de Ira Byock, médico estadounidense de cuidados paliativos, que dirige el “Instituto para el cuidado humano”, en California, autor de este texto que habíamos comentado en alguno de nuestros paseos:

Hace años, un estudiante le preguntó a la antropóloga Margaret Mead cuál consideraba ella que era el primer signo de civilización en una cultura. El estudiante esperaba que Mead hablara de anzuelos, ollas de barro o piedras de moler. Mead contestó que el primer signo de civilización en una cultura antigua era un fémur que se había roto y luego sanado. Mead explicó que, en el reino animal, si te rompes una pierna, mueres. No puedes huir del peligro, ir al río a tomar agua o buscar comida. Eres carne de bestias que merodean. Ningún animal con una pata/pierna rota sobrevive el tiempo suficiente para que el hueso sane.

Un fémur roto que se ha curado manifiesta que alguien se ha tomado el tiempo suficiente para quedarse con el que se ha caído, ha vendado la herida, lo ha llevado a un lugar seguro, y le ha ayudado a recuperarse. Mead dijo que ayudar a alguien en las dificultades es el punto donde comienza la civilización.

El cuidado de los individuos más débiles o enfermos del grupo, es decir, un comportamiento altruista suele incluirse entre las cualidades éticas distintivas de lo que entendemos por humano. Tal comportamiento se ha constatado en muchos yacimientos neandertales, donde individuos lisiados o desprovistos de una dentición que les permitiera masticar el alimento sobrevivieron durante años, gracias al cuidado de sus congéneres⁴. No fue la lucha por la supervivencia del más fuerte lo que avaló la subsistencia de la vida, sino la cooperación y el cuidado.

c) El amor (cuidado esencial) en la biología

En “Parir: El poder del parto”, también Ibone Olza⁵ incluye un epígrafe titulado: “Neurobiología del apego: nacemos para amar”. Ahí explica que durante el parto los cerebros de la madre y del bebé producen gran cantidad de neurohormonas — oxitocina y endorfinas—, que facilitan la experiencia amorosa. ¿Por qué? ¿Para qué? Parece obvio que la biología ha previsto que las mujeres salgan del parto fuertes y enamoradas de sus bebés, y que los bebés lleguen esperando ser amados y preparados para amar. De que las madres amen y cuiden a sus criaturas depende ni más ni menos la supervivencia de la especie.

Estas neurohormonas afectan profundamente al vínculo madre-hijo, y en un futuro jugarán un papel importante en todas las relaciones sociales que establezca el bebé a lo largo de su crecimiento, pues en esa relación de apego se desarrolla la seguridad íntima del niño, su autoconcepto, la capacidad de tener relaciones afectivas próximas, de procurar y recibir atenciones y de cuidar de los otros. Separar a los recién nacidos de sus madres es una práctica dañina para los bebés, que puede dejar secuelas en el neurodesarrollo del niño y en su salud mental.

De este cuidado esencial surge el amor extendido, que es la socialización. El amor es, por tanto, el fundamento del fenómeno social, no su consecuencia (el amor crea la sociedad). El amor es apertura, convivencia y comunión con el otro.

El hecho de que estamos “diseñados” bioquímicamente para el amor (o apego), el cuidado y la comunión con el otro me asombra y me revela al Dios amor, que alienta, acompaña y sostiene la vida, el universo y la interioridad humana.

“Si Dios trinidad es esencialmente relación, todo lo que Él creó estará también en relación de todo con todo. Es un espejo de ese misterio innombrable, pero amoroso”⁶.

Recuerdo con nitidez ese enamoramiento y fortalecimiento del vínculo que viví tras el nacimiento y primeros meses de crianza de mi hijo mayor. Después, durante el segundo embarazo, comencé a sentir lástima por este nuevo hijo que venía de camino, pues pensaba que sería incapaz de quererle tanto como al primero. Ese pensamiento se desvaneció en el momento en que nació: sin esfuerzo alguno, ni intervención de mi voluntad, le quería tanto como al mayor. Experimenté en carne propia que el amor no se divide: se multiplica y sobreabunda. Afortunadamente, no me volvió a pasar en mi tercer embarazo: había aprendido a ensanchar el espacio de mi tienda; o, más bien, a dejar que otro lo ensanchara. Este aprendizaje me ha acompañado después en otros momentos y relaciones. Con los tres hijos ya adolescentes, la vivencia del apego persiste y aumenta. El corazón se ensancha, y duele al ser testigo de que la vida se abre paso a borbotones derribando, a veces, las propias proyecciones y expectativas. Pero también late frágil y necesitada de presencia y compañía constante.

Enrique Eguiarte⁷, OAR, en el curso sobre las *Confesiones* de san Agustín nos explica que la palabra usada por el hebreo bíblico para designar el amor compasivo o misericordioso de Dios es *rahamin*. *Rahamin* proviene de *rehem*, que en hebreo significa las *entrañas maternas*, o el *útero materno*, y *ra'hamin* expresa el apego instintivo de un ser a otro. De este modo, nos habla de un Dios que tiene entrañas de madre; en palabras de san Agustín, un Dios que es “Padre y Madre”:

Hizo de Dios un padre y una madre. Es madre porque da calor, nutre, amamanta y lo lleva en su seno.

d) La preocupación de Jesús por humanizar esta vida

Los últimos años, en verano, he pasado unas semanas colaborando como voluntaria en el dispensario médico de la parroquia San Agustín, de Bajos de Haina, República Dominicana. Allí participo en un círculo teológico junto con Cruz María Echeverría, OAR, y otros laicos y laicas de la parroquia. Es este un ámbito de reflexión crítica, donde aprendemos y compartimos sobre temas de teología. Para mí, además, es un lugar de arraigo y amistad allí. Este año, a causa de la pandemia de Covid-19, nos hemos reunido vía *zoom*. Estudiamos, hace un tiempo, un libro de José María Castillo⁸: “La humanidad de Jesús”, que ha impactado especialmente en mi seguimiento a Jesús, en mi vida. A continuación, un pequeño resumen.

Los tres grandes desvelos que ocuparon y acapararon la vida de Jesús han sido:

- La salud de los seres humanos: relatos de curaciones, expresadas en los milagros.
- La alimentación compartida: las comidas de las que tanto se habla en los evangelios.
- Las relaciones humanas (sermones y parábolas).

Y estas preocupaciones fueron tan fuertes, que Jesús las antepuso a las normas que imponían los maestros de la ley, a las observancias de los fariseos, a la autoridad de los sumos sacerdotes..., hasta el punto de que esto le costó la vida. Jesús hizo esto porque se identificó con Dios.

Nos debería preocupar lo que preocupa a todos los humanos: la salud, la comida compartida y mejorar las relaciones humanas. Es lo que centró la vida de Jesús: humanizar esta vida. En eso está el camino de esperanza que nos lleva a Dios.

En Haina, la fe y la vida están íntimamente unidas.

e) El cuidado en el cristianismo primitivo

Durante los siglos II y III, en el Imperio Romano hubo epidemias que constituyeron una amenaza terrible. La forma como la gente respondía ante ellas resulta esclarecedora. Los paganos y los cristianos coincidían en que el sufrimiento era inmenso; sin embargo, el modo de enfrentarse a aquellas era diferente. La comunidad cristiana no respondía a la crisis celebrando actos litúrgicos para aplacar a los dioses, sino actuando para ayudar a la gente que sufría. Las comunidades cristianas de la época de Cipriano habían creado una organización, única en el mundo clásico, que de forma eficaz y sistemática cuidaba de los enfermos.

Los cristianos contaban tanto con recursos para la caridad (el arca del dinero de la comunidad, mujeres atentas y diligentes y diáconos), como con la actitud (la paciencia activa o perseverante, *hypoméne*⁹) que los capacitaba para asistir a los demás en tiempos de necesidad. La gente que tenía esta tradición de ayuda mutua no dejaría que los demás creyentes murieran sin pan y agua; no los arrojaría a las calles; incluso cuidaría a sus vecinos paganos. Estos cuidados básicos que los cristianos ofrecieron a las víctimas de las plagas aumentaron considerablemente la cifra de cristianos respecto a los paganos. Los cristianos dieron un testimonio encarnado que planteaba interrogantes a los paganos; era una forma directa y eficiente de transmitir el Evangelio; el estilo de vida cristiano merecía tanto la pena que renunciaban a todo para seguirlo. Esto se produjo paulatinamente, mediante un proceso de fermentación.

Veintiún siglos después, los cristianos enfrentamos la pandemia de Covid-19. Como en aquella primera hora el sufrimiento es muy grande. Pero formamos parte de una buena tradición; permitamos las transformaciones necesarias, que nos lleven

a vivir de un modo nuevo —y tan antiguo—, y podremos afirmar con Cipriano y otros cristianos de su tiempo: “No hablamos de cosas grandes, sino que las ponemos en práctica”⁹.

También ahora se han dado distintas respuestas en escenarios diversos ante la pandemia de Covid-19. Cada institución, cada asociación y cada persona de Iglesia han intentado responder desde sus circunstancias. Comunidades y familias cristianas han sobrellevado un confinamiento resiliente, para proteger del contagio a sus convivientes más frágiles poniendo en valor la cultura del cuidado de puertas para dentro, haciendo iglesia en el propio hogar. O se han lanzado a la calle con el único deseo de servir a los pobres y necesitados de la sociedad sufriente: reparto de alimentos en los barrios y parroquias o hacer la compra a los vecinos ancianos son algunos ejemplos. Esta dimensión es muy bien acogida por el conjunto de la sociedad, y acerca bastante a la Iglesia al dolor y a la dura realidad de la gente¹⁰. Me vienen a la cabeza las imágenes de los programas de ayuda alimentaria y reparto de mascarillas y jabones que, para personas y familias en situación de vulnerabilidad, ha acompañado ARCORES en tantos países¹¹.

Como médica de familia cristiana es mucho lo vivido este año pandémico. No es fácil resumir la gran repercusión que ello ha tenido en mi vida profesional, familiar, emocional; en mi fe y en mis valores. Destacaré quizá una opción clara por ponerme en la realidad sobrevenida y hacerme cargo de ella: intentar aliviar a nuestros pacientes de Covid-19, proteger a los más vulnerables, y consolar a quienes han perdido un ser querido o el trabajo. Todo ello, con gran escasez de recursos y medios: equipos de protección, pruebas diagnósticas o vacunas... Sufrimiento, miedo, cansancio, decepción, impotencia, desolación, dilemas éticos y conflictos han estado muy presentes; mas también, entrega, compañerismo, trabajo en equipo y cooperación, ternura, atención y cuidados, sostenimiento, presencia y vida en abundancia que fluye y convoca.

f) El cuidado en san Agustín

San Agustín en sus obras hace hincapié en la necesidad de cuidar tanto el cuerpo como el alma. Afirma que descuidar el cuerpo es, de hecho, descuidar el alma. Puede decirse que, según la interpretación agustiniana, la relación entre alma y cuerpo depende tanto de la armonía entre ambos como del cuidado que ha de prestarse al cuerpo. Tuvo experiencia de enfermedad corporal, y expresó su propia conciencia personal de la dificultad que la enfermedad corporal plantea a quien busca la suprema sabiduría, el conocimiento de la Verdad y del poder del Hijo de Dios. También acogió el conocimiento médico útil para la promoción de la vida. Tuvo frecuente relación con médicos, incluso de algunos se hizo amigo, leyó algunas obras médicas, y sus escritos están llenos de comparaciones tomadas de la medicina¹².

Para san Agustín, en la comunidad la caridad se convierte en la norma suprema que debe regular todas las actividades y relaciones. Comunidad y vida fraterna han de estar siempre presididas por el amor. El dinamismo del amor es lo que debe animar una comunidad, a fin de que con la creatividad propia del amor aquella pueda afrontar los retos de cada día, y continuar su camino hacia la ciudad de Dios. “Al servicio de los hermanos, especialmente de los más débiles, está el siervo de Dios”. La vida en el “Monasterio del Huerto”, en Hipona, estaba marcada por la austeridad, aunque había excepciones debidas a la caridad: honrar a los huéspedes y consideración con los enfermos y los más débiles¹³.

San Agustín fue un hombre sensible a las necesidades y carencias de las personas; por ello, procuró prestar especial atención a los pobres. Invitaba a sus fieles a ser caritativos, a suministrar a los necesitados aquello de lo que carecen. En su vida diaria, san Agustín ayudaba generosamente a los pobres, y los trataba cordialmente, conociéndolos personalmente y ayudándoles en todo lo que podía. Celebró el aniversario de su ordenación episcopal con una comida con los pobres, para manifestarles su cercanía y preocupación por ellos. También se opuso al tráfico de esclavos: vendió unos vasos sagrados para liberar a personas vendidas como esclavos. Y construyó un albergue donde trabajaban los monjes para servir y atender a los peregrinos o a las personas pobres que llegasen a sus puertas.

Se mantuvo, pues, muy atento a los signos de los tiempos, a las circunstancias de la historia y a los fenómenos sociales. Su profunda relación con Cristo no lo alejó del mundo, de la hiriente realidad cotidiana¹⁴.

g) La cultura del cuidado, como camino de paz (Mensaje del papa Francisco¹⁵)

La gran crisis sanitaria del Covid-19, interrelacionada con las crisis climática, alimentaria, económica y migratoria, nos ha enseñado la importancia de hacernos cargo los unos de los otros, y también de la creación, para construir una sociedad basada en relaciones de fraternidad. De ahí que Francisco elija la cultura del cuidado, como tema del Mensaje de año nuevo.

Parte de Dios Creador, como origen de la vocación humana al cuidado. Todo está relacionado: el auténtico cuidado de nuestra propia vida y de nuestras relaciones con la naturaleza es inseparable de la fraternidad, la justicia y la fidelidad a los demás. Dios Creador es el modelo de cuidado: los profetas hacían oír continuamente su voz en favor de la justicia para con los pobres, quienes, por su vulnerabilidad y falta de poder, eran escuchados solo por Dios, que los cuidaba.

En su compasión, Jesús se acercaba a los enfermos, y los curaba; era el Buen Samaritano, que se inclinaba hacia el hombre herido, vendaba sus heridas y se ocupaba de él. Nos señala el camino del amor, y dice a cada uno: “Sígueme y haz tú lo mismo”.

El Papa va desgranando los principios de la doctrina social de la Iglesia como fundamento de la cultura del cuidado: el cuidado como promoción de la dignidad y de los derechos de la persona, el cuidado del bien común, el cuidado mediante la solidaridad, el cuidado y la protección de la creación. Propone tomar en mano la “brújula” de estos principios, para indicar un rumbo común, verdaderamente humano, al proceso de globalización.

Por medio de esta brújula, animo a todos a convertirse en profetas y testigos de la cultura del cuidado, para superar tantas desigualdades sociales. Y esto será posible solo con un fuerte y amplio protagonismo de las mujeres en la familia y en todos los ámbitos sociales, políticos e institucionales.

La brújula de los principios sociales, necesaria para promover la cultura del cuidado, es también adecuada para las relaciones entre las naciones, que deberían inspirarse en la fraternidad, el respeto mutuo, la solidaridad y el cumplimiento del derecho internacional.

La promoción de la cultura del cuidado requiere un proceso educativo que implica la familia, las escuelas y universidades, los agentes de comunicación social, las religiones y líderes religiosos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Concluye diciendo que no hay paz sin la cultura del cuidado.

Se necesitan artesanos de paz, dispuestos a generar con ingenio y audacia procesos de sanación y de reencuentro.

3. CUIDARSE A UNO MISMO. RECOMENDACIONES DE AUTOUIDADO

Cuidarse a sí mismo es el primer paso en este proceso de aprender a cuidar-nos. Cuidarme para cuidar y generar procesos de sanación en uno mismo y en los otros, como dice el papa. El “como a ti mismo” del mandato de Jesús es, ni más ni menos, la medida del amor a mi prójimo, ya que, en realidad, es el mismo amor. Si no nos amamos a nosotros mismos, ¿de dónde sacamos el amor al prójimo?

En la formación que impartimos a los voluntarios y voluntarias de ARCORES dedicamos un apartado al autocuidado: si no cuidan de ellos mismos difícilmente podrán encontrarse con otros y cuidarlos.

Desde hace unos catorce años, soy la médica de familia de varios religiosos agustinos recoletos, pues la casa vicarial de la Provincia de La Candelaria, en Madrid, está ubicada en la zona básica de salud donde trabajo. Ser médica me permite acercarme a las personas y a sus relatos, pues al hilo de un síntoma asoma la vida de cada día... Así mis “pacientes” frailes me fueron acercando a la familia agustino-recoleta: no puedo estar más agradecida.

“Salud es acoger y amar la vida tal como se presenta: alegre y trabajosa, saludable y enferma, limitada y abierta a lo ilimitado que vendrá más allá de la muerte”¹. Me gusta más esta definición de salud en clave de aceptación amorosa que la que los médicos tenemos “introyectada” de lucha contra la enfermedad. Cuidar de nuestro cuerpo es una inmensa tarea. Las siguientes recomendaciones pueden servir de ayuda.

3.1. Hábitos y estilos de vida saludables

El “Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)”¹⁶ es el referente que utilizamos en el centro de salud para la atención a nuestros pacientes. Propone varias recomendaciones para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Subyace el propósito de posibilitar en los pacientes el autocuidado y el automanejo de la salud y la enfermedad, para lo que son necesarios el conocimiento, las habilidades y la confianza.

a) Recomendaciones preventivas cardiovasculares: medidas sobre el estilo de vida

Las enfermedades cardiovasculares: cardiopatía isquémica (angina e infarto de miocardio), enfermedades cerebrovasculares (ictus isquémico o hemorrágico) y la arteriopatía periférica son —seguida por los tumores— la primera causa de muerte en España y en muchos otros países.

Los factores de riesgo para desarrollar las enfermedades cardiovasculares más importantes son: el tabaco, la presión arterial (PA) elevada (cifras de PA mayor o igual a 140/90), la hipercolesterolemia (cifras de colesterol total mayor de 200mg/dl), el índice de masa corporal elevado (sobrepeso y obesidad), el consumo de alcohol y la glucemia o azúcar elevado (diabetes).

En el tratamiento de los factores de riesgo y de las enfermedades cardiovasculares, puede ser casi tan efectiva como el tratamiento farmacológico una adecuada *implementación de cambios en el estilo de vida* que incluya: la pérdida de peso, la reducción del consumo de sal y azúcar, el incremento del ejercicio físico y el abandono del tabaco y el alcohol.

Los cambios en el estilo de vida son muy eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad, especialmente las enfermedades cardiovasculares, como se ha indicado, pero también el cáncer y otras. *Los hábitos saludables son:*

— *Abandono del tabaco:* el consumo de tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España y otros países; es una causa conocida de enfermedad cardiovascular, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras enfermedades. Dejar de fumar es beneficioso a cualquier edad,

mejora el estado de salud y la calidad de vida; reduce el riesgo de muerte prematura, y puede aumentar hasta una década la esperanza de vida. Fumar es una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar —mediante tratamiento psicológico y farmacológico, cuando sea necesario— supone, por tanto, superar la adicción a la nicotina, desaprender la conducta y modificar la influencia del entorno.

— *Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol*: por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso, el alcohol es el tercer factor de riesgo de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial. Es una droga asociada a consumo de riesgo y dependencia, causa más de 60 enfermedades, y es responsable de perjuicios sociales, mentales y emocionales incluyendo todo tipo de violencia. El riesgo de mortalidad por todas las causas, y específicamente por los cánceres, aumenta con el incremento de consumo, y el nivel de consumo que minimiza la pérdida de salud es cero. Esto supone un nuevo paradigma en la relación alcohol y salud: ya no existe un consumo saludable de alcohol.

— *Recomendaciones en alimentación*: la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adultos españoles es del 60.9%, representando solo la obesidad el 23%, asociándose a más de 50 enfermedades y a un aumento de mortalidad. Se estima que la promoción de una alimentación saludable podría prevenir, a nivel mundial, más de 11 millones de fallecimientos cada año, lo que supondría entre el 19 y el 24% del total de muertes en adultos. Fomentar la dieta mediterránea aporta beneficios en la conducta alimentaria y reducciones en la morbi-mortalidad cardiovascular y por cáncer.

La dieta mediterránea (o una dieta saludable equilibrada similar) recomienda consumir:

- El aceite de oliva, mejor si es virgen extra, como grasa culinaria en lugar de mantequilla o margarina. Añadirlo, preferiblemente crudo, a los alimentos. Disminuir los fritos en favor del horno, la plancha y la cocción, y no pasar de 3 cucharadas de aceite al día, si se está intentando perder peso.
- Consumir entre 5 y 9 raciones al día de alimentos de origen vegetal: frutas enteras, verduras y frutos secos. (El aguacate es la segunda grasa más saludable después del aceite de oliva).
- Todos los días: legumbres, patatas, cereales integrales (pan integral, pasta y arroz integral) y lácteos bajos en grasa (leche, yogures, queso).
- Varias veces por semana: pescado, carnes blancas (aves y conejo) y huevos.
- Varias veces al mes: carnes rojas (ternera, buey, cerdo, cordero).
- Consumo muy bajo o esporádico (una vez al mes o menos) de alimentos o bebidas con azúcares añadidos: bollería, pastelería, refrescos, zumos y néctares, y de carnes procesadas: salchichas, hamburguesas.

- Una baja ingesta de sal: menos de 2g de sodio o de 5g de sal al día.
- Beber entre 1,5 y 2 litros de agua al día.

Comento aquí algunas particularidades de la *dieta para la diabetes*, dada su alta prevalencia en nuestro medio:

- Es preferible fraccionar los alimentos en 3 comidas y 2 tentempiés (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena), para evitar fluctuaciones de los niveles de glucemia a lo largo del día. Para evitar las hipoglucemias o bajadas de azúcar, no saltarse comidas ni hacer periodos de ayuno.
- La dieta mediterránea explicada arriba está igualmente recomendada en diabéticos. Se limitará especialmente el consumo de azúcares: bollería, pastelería, refrescos, zumos y néctares (mejor la fruta entera). Se evitará el alcohol.
- Puede ayudar el “método del plato” (en comida y cena): llenar la mitad del plato con verduras, un cuarto del plato con proteínas como pescado, huevo, pollo o carne magra de ternera o cerdo, y el último cuarto del plato con un alimento de grano entero como arroz o pan integral. Incluir grasas “buenas”, como frutos secos o aguacate, y una porción de fruta y lácteos en el resto de tomas.
- No se recomienda el consumo de productos dietéticos especiales para diabéticos.

— *Recomendaciones de actividad física*: la actividad física realizada de forma regular a una intensidad moderada-alta ha demostrado ser efectiva tanto en la prevención como en el tratamiento de numerosas patologías, y aumenta la calidad de vida de las personas que la practican:

Practicar ejercicio aeróbico regular (caminar a buen ritmo, correr, bicicleta, nadar...), al menos 30 minutos 5-7 días a la semana. Es importante incorporarlo a la rutina diaria de cada uno: ir caminando al trabajo o bajarse del autobús dos paradas antes de llegar, a media tarde...

El ejercicio físico es uno de los pilares del tratamiento de la diabetes. Los diabéticos han de tomar antes de hacer ejercicio, si este va a ser prolongado, un alimento —una fruta o un yogur—, para prevenir hipoglucemias subsiguientes.

Es importante tener en cuenta que el excesivo tiempo de uso de los dispositivos tecnológicos favorece el sedentarismo, especialmente en niños y adolescentes, mas también en los adultos.

b) Recomendaciones para prevención del cáncer

El cáncer es una enfermedad multifactorial debida al efecto combinado de factores genéticos y factores externos (estilos de vida y ambientales). El tabaco es

la principal causa de cáncer y de muerte por cáncer. La dieta saludable, el control de peso y la actividad física pueden prevenir un tercio de los cánceres más comunes. En grupos específicos de población, la exposición a carcinógenos ocupacionales, la contaminación atmosférica, los agentes infecciosos, determinados aspectos de la vida sexual y reproductiva y el nivel socioeconómico son factores destacables de riesgo. Las desigualdades socioeconómicas condicionan los estilos de vida saludables y los patrones de comportamiento.

El cáncer hereditario o familiar representa únicamente el 5-10% de los cánceres, y generalmente aparece a edades más precoces. En estos casos, es importante conocer la historia familiar para identificar a aquellos individuos con un posible síndrome de predisposición hereditaria al cáncer; en estos casos, puede estar indicado su estudio genético.

Con la finalidad de poder ofrecer un tratamiento precoz, y aportar beneficios en términos de reducción de mortalidad a las personas, en algunos tipos de cáncer está indicado el cribado para detectar el cáncer antes de que se haya manifestado clínicamente. Estos son: mama (mamografías periódicas a partir de los 50 años), cuello de útero (citología Papanicolau y/o detección del virus del papiloma humano a partir de los 25 años) y colorrectal (sangre oculta en heces y/o colonoscopia a partir de los 50 años). En el caso del cáncer de próstata el cribado en pacientes asintomáticos mediante tacto rectal y realización de PSA en mayores de 50 años no está claramente indicado, pero se hace en la práctica.

Un pequeño porcentaje de cánceres se diagnostica en su fase presintomática, pero la gran mayoría presenta síntomas en el momento del diagnóstico. A veces, son síntomas muy inespecíficos; en otras ocasiones, son una manifestación de enfermedad avanzada. Lo cierto es que la gran mayoría de los pacientes diagnosticados de cáncer ha precisado de varias consultas para iniciar el proceso diagnóstico. Es un reto para el paciente y para el médico reconocer síntomas de alarma. Para ello, es muy importante considerar la persistencia o progresión de los síntomas, y la presencia de factores de riesgo (tabaco, alcohol, obesidad...) y de antecedentes familiares de cáncer.

Signos y síntomas de distintos tipos de cáncer

- Colorrectal: presencia de sangre o moco en heces, cambios de hábito o ritmo intestinal, masa abdominal palpable, pérdida de peso, dolor abdominal, anemia ferropénica y prueba de sangre oculta en heces positiva.
- Pulmón: hemoptisis (esputo con sangre), tos, dolor torácico o disnea (ahogo) persistentes.
- Melanoma y otros tumores dermatológicos: cambio de tamaño, forma o color, o ulceración de un *nevus* (lunar); úlcera o herida en la piel o mucosas, como la boca, que no cierra o que se reabre.

- Mama: aparición de un nódulo mamario con o sin dolor, ganglios en la axila, cambios en la forma o en la piel de la mama, retracción del pezón, emisión de leche (fuera de la lactancia) o sangre por el pezón.
- Ovario, cuello del útero y endometrio: sangrado o secreción vaginal anormal, dolor o masa abdomino-pélvica, hinchazón abdominal, pérdida de peso.
- Próstata: dificultad para iniciar la micción, disminución de la fuerza del chorro de la orina con goteo miccional al terminar, disuria (escozor al orinar), polaquiuria (orinar muchas veces y poca cantidad), presencia de sangre en la orina o en el semen, eyaculación dolorosa, disfunción eréctil, dolor óseo (por metástasis).
- Tiroides: aparición de nódulo tiroideo (en la parte anterior del cuello) con o sin ganglio cervical.
- Páncreas: pérdida de peso, dolor de espalda, dolor abdominal irradiado en cinturón, náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento, diabetes de nueva aparición.

Código Europeo contra el Cáncer. Doce formas de reducir el riesgo de cáncer

1. No fume.
2. Haga de su casa un hogar sin humo. Apoye las políticas sin humo en su lugar de trabajo.
3. Mantenga un peso saludable.
4. Haga ejercicio a diario. Limite el tiempo que pasa sentado.
5. Coma saludablemente:
 - a. Consuma gran cantidad de cereales integrales (pan o arroz integral), legumbres, frutas y verduras.
 - b. Limite los alimentos hipercalóricos (ricos en azúcar o grasa) y evite las bebidas azucaradas.
 - c. Evite la carne procesada, limite el consumo de la carne roja y de alimentos con mucha sal.
6. Limite el consumo de alcohol, aunque lo mejor para la prevención del cáncer es evitar las bebidas alcohólicas.
7. Evite una exposición excesiva al sol; sobre todo, si se trata de niños. Utilice protección solar. No use cabinas de rayos UVA.
8. En el trabajo, protéjase de las sustancias cancerígenas, cumpliendo las instrucciones de la normativa de protección de salud y seguridad laboral.

9. Averigüe si está expuesto a la radiación procedente de altos niveles naturales de radón en su domicilio, y tome medidas para reducirlos.
10. Para las mujeres:
 - a. La lactancia materna disminuye el riesgo de cáncer en la madre. Si puede, amamante a su bebé.
 - b. La terapia hormonal sustitutiva, en la menopausia, aumenta el riesgo de determinados tipos de cáncer. Limite el tratamiento con ella.
11. Asegúrese de que sus hijos participen en programas de vacunación contra:
 - a. La hepatitis B (los recién nacidos).
 - b. El virus del papiloma humano (VPH) (las niñas).
12. Participe en programas organizados de cribado del cáncer:
 - a. Colorrectal (hombres y mujeres).
 - b. De mama (mujeres).
 - c. Cervicouterino (mujeres).

c) Prevención de las enfermedades infecciosas: Covid-19

En medicina, el desarrollo de vacunas es uno de los campos que mayor expansión está teniendo y va a tener en el futuro, como estamos viviendo con la emergencia sanitaria por el coronavirus SARS-CoV-2.

La vacunación frente a la Covid-19 constituye actualmente la mejor estrategia para superar, a corto y medio plazo, la pandemia, ya que reduce el riesgo de infectarse por SARS-CoV-2 y, en caso de enfermar, reducirá la probabilidad de desarrollar enfermedad grave y de morir¹⁷.

En el momento actual disponemos de 4 vacunas en España: Comirnaty de Pfizer/BioNTech (ARNm), vacuna de AstraZéneca (vector vírico), Moderna (ARNm) y Janssen (vector vírico). Las 4 vacunas han mostrado niveles adecuados de eficacia y seguridad, si bien presentan diferentes características en cuanto a su logística, eficacia y perfiles de población en que han sido ensayadas. Los efectos secundarios son leves y de corta duración (escalofríos, febrícula, dolores musculares o de cabeza que ceden con paracetamol), y la única contraindicación es la alergia conocida a los componentes de la vacuna. La vacunación está especialmente indicada en personas con condiciones de muy alto riesgo (trasplantados, enfermos oncohematológicos, inmunodeprimidos...) y en los ancianos.

Actualmente en España, la vacuna de AstraZéneca está limitada al grupo de edad entre 60 y 69 años, debido a la aparición de un tipo específico de trombosis de senos cavernosos cerebrales en un número muy bajo de personas, sobre todo, mujeres jóvenes.

Las personas que hayan pasado la infección por SARS-CoV-2, si son mayores de 65 años, se vacunarán una vez superada la enfermedad con dos dosis. Los menores de 65 años que ya hayan pasado la enfermedad esperarán seis meses para vacunarse, y lo harán con una sola dosis.

Las personas vacunadas y aquellas que ya hayan pasado la enfermedad deberán continuar adoptando las medidas preventivas para reducir la transmisión (lavado de manos, uso de mascarilla y distancia interpersonal), pues la vacuna no elimina completamente la posibilidad de transmisión, aunque sí la disminuye (“la vacuna no es un portero de discoteca”). Ventilar los espacios y renovar el aire son fundamentales para evitar la transmisión (aérea) del coronavirus. Es muy importante seguir protegiéndonos para proteger a otros.

Si una persona vacunada presenta síntomas de sospecha de infección por Covid-19 (tos, fiebre, malestar general, pérdida de gusto u olfato...), se aislará y se realizará una prueba diagnóstica (test de antígenos o PCR) cuanto antes. Si resulta positiva, mantendrá 10 días el aislamiento, igual que los no vacunados. Muy probablemente, la infección será leve y sin complicaciones.

Si una persona no vacunada es conviviente o mantiene un contacto estrecho (más de 15 minutos, a menos de 2m, sin mascarilla) con un infectado por SARS-CoV-2, deberá aislarse 10 días y se le realizará una prueba diagnóstica hacia el final de la cuarentena. Si la persona ha pasado la enfermedad en los últimos 6 meses o está correctamente vacunada no necesitará aislamiento. Se le realizará una PCR tras el contacto con el infectado y otra a los 7 días.

Aquellos casos con síntomas compatibles con Covid-19 que hayan pasado previamente la Covid-19 —vacunados o no— se considerarán sospechosos de reinfección. Se les realizará una PCR y una serología (IgG) frente a SARS-CoV-2, y se procederá de igual modo que en las primoinfecciones (aislamiento y estudio de convivientes y contactos estrechos)¹⁸.

El resto de vacunas recomendadas en el adulto, en España, son: Td (tétanos, difteria), vacuna antigripal anual (en mayores de 60 años y menores de 60 años con enfermedades previas) y vacuna antineumocócica a los 65 años.

Las situaciones especiales, como las personas que no han sido vacunadas correctamente en la infancia o las inmunodeprimidas, han de consultar con su médico para ser asesoradas sobre las vacunas necesarias en cada caso. Los viajeros deben recibir indicación personalizada en un centro de vacunación internacional (en España existen en cada provincia).

d) Recomendaciones en prevención de accidentes de tráfico

Las lesiones por colisiones de tráfico son un problema de salud pública. Las estrategias recomendadas para reducir las lesiones son: usar siempre los cinturones de seguridad —también en los taxis—, utilizar sillitas adaptadas a los niños y

sujetarlos correctamente, usar siempre casco en motocicletas y bicicletas, no conducir después del consumo de alcohol, evitar el uso de vehículos con conductores que han bebido, y no utilizar teléfonos móviles mientras se conduce.

Respecto al conductor anciano, se considera necesario: valorar su capacidad cognitiva, movilidad, visión, audición y patologías limitantes, teniendo en cuenta que la capacidad de conducción la condiciona el estado de salud, no la edad. Se aconseja a personas de edad avanzada: no conducir de noche ni a horas extremas, descansar cada hora y media, y a ser posible realizar trayectos cortos, revisar periódicamente la vista y audición, y evitar automedicaciones y consumo de alcohol.

3.2. Cuidando la salud mental

La pandemia de Covid-19 está teniendo un importante impacto en la salud mental de las personas. Las tasas de enfermedad y de muerte, la reducción del contacto social y físico y las enormes pérdidas económicas conllevan un riesgo psicosocial elevado: el dolor y el miedo son una constante en la vida de muchas personas.

Los efectos psicológicos negativos incluyen cambios o pérdida de los hábitos de salud, autocuidado y relaciones, síntomas de estrés postraumático (insomnio, pesadillas, quejas psicosomáticas), trastornos del estado de ánimo (ansiedad, depresión, duelos complicados), síndromes confusionales, trastornos de conducta como consumo excesivo de alcohol y otras conductas adictivas (drogas, apuestas, pornografía), y un incremento de conductas violentas, incluso de suicidios. El teletrabajo y la digitalización han favorecido también la adicción a la tecnología, lo que provoca aislamiento e incomunicación tanto en la persona que la padece como en quienes la rodean. Una persona ignora a otra y se abstrae del entorno, al estar más pendiente de su teléfono móvil que de sus acompañantes humanos.

Estos efectos pueden persistir meses o años. Los ancianos, las personas con antecedentes de enfermedades físicas o psíquicas y aquellos con condiciones económicas y sociales precarias están especialmente en riesgo de sufrir este importante impacto en su salud mental. Los casos más graves y aquellos que se prolonguen en el tiempo precisarán ayuda especializada.

Es fundamental pedir ayuda en caso de presentar algún síntoma de los anteriores; contárselo a alguien es el primer paso para solucionarlo, sin esperar a que “el tiempo lo cure todo”. Dejar pasar tiempo no juega, en este caso, a favor sino en contra. Perder el miedo a pedir ayuda, probablemente, sea lo más importante que podemos hacer por nuestra salud mental.

Desde el ingenuo “Saldremos mejores y más fuertes”, de los primeros meses, hasta la “Sociedad del cansancio” y la polarización, en estos últimos momentos, se ha hablado y escrito mucho sobre los aprendizajes en tiempos de pandemia. Si hay

algo en lo que casi todos estamos de acuerdo, puesto que nos afecta a todos, es que la pandemia ha puesto de manifiesto nuestros límites y fragilidad. Ha quedado a la vista nuestra vulnerabilidad (escondida detrás de fortalezas ficticias). Sabemos ahora que podemos enfermar y morir por un virus: uno mismo y aquellos a quienes queremos; antes, esto solo les ocurría a otros, y lejos. En esta situación de vulnerabilidad nos hemos dado cuenta de que nos necesitamos, nos hace falta que alguien nos escuche, nos responda, nos cuide y nos sostenga en medio de la inseguridad y la soledad: nadie se salva solo.

A continuación, algunas indicaciones para cuidar y preservar la salud mental.

a) Aceptar y cuidar la propia fragilidad

Pero tú me eras más íntimo que mi propia intimidad, y más alto que lo más alto de mi ser (*conf.* 3,11).

Cuando tú eres nuestra seguridad, entonces sí que estamos seguros; al contrario, cuando sacamos a relucir nuestra solidez, lo que aparece es nuestra flaqueza (*conf.* 4,31).

Las lágrimas, brotadas de haber conocido el propio límite y la propia fragilidad, son como el asentimiento dado a Dios para intervenir en nuestra historia¹⁹ (Paolo Scquizzato).

Tras revisar un material de formación sobre la realidad personal, que preparé hace un tiempo para el voluntariado de ARCORES, y unos cuantos libros que, para mí son referentes en este tema, y leer un montón de artículos escritos en tiempo pandémico, entre la “autoayuda” y el psicoanálisis o la sociología y la espiritualidad, acabo envuelta en un embrollo de vocablos y teorías. Me inquieta no lograr transmitir con pasión un asunto tan primordial como este de la aceptación de la fragilidad; y, sobre todo, no aportar nada que pueda ayudar un poco a las personas que lean esto, y que también están siendo bombardeadas —como yo— con tanta información. Así que decido pedir ayuda a tres personas cercanas, con las que más de una vez he conversado desde la fragilidad. Le digo a cada una que escriba unas líneas espontáneas, sin mucha elaboración —“lo que te salga”— sobre su experiencia vital de aceptar la fragilidad. Aceptan la tarea, transcribo su impresión tal cual.

Aceptar la propia fragilidad

Tengo una idea general de lo que en principio significa aceptar la propia fragilidad o fragilidades. En mi experiencia, eso se ha dado cuando en un momento de crisis importante, la realidad se me ha impuesto como mi propia “incapacidad” para responder o funcionar como lo que se espera de mí, estudiar, por ejemplo. Mi cuerpo se rebela de modo que no responde a mi “voluntad”.

Esas crisis, si son suficientemente importantes, te enfrentan a tu realidad psicológica, corporal, personal, a tu carácter, contigo mismo, a la fragilidad primordial. Te permiten conocer qué hace que se quiebre la imagen que uno tiene de uno mismo, y según o en función de la cual uno “funciona” en el mundo. Y cada uno tiene la suya, distinta de las demás, cada uno se quiebra por unos motivos, cada uno tiene unos mecanismos de defensa distintos a los de los otros, que protegen esa imagen de los demás y de sí mismo.

Y uno en principio lo interpreta (la crisis) como una debilidad, algo malo. Pero ¿qué hay detrás, más allá, de esa imagen defendida? La fragilidad de uno mismo, la fragilidad humana. Para mí, lo más intrínseco, lo que nos constituye, lo que somos y tratamos de defender u ocultar

para que no se vea. Es nuestra dignidad humana, nuestra valía humana. Es nuestro pequeño e inmenso valor, lo que somos sin ningún añadido o traje o función: un cuerpo, una psiqué herida, necesitada de afecto y amor. Solo por eso, y precisamente por eso, es para mí la humanidad misma.

Reconocer esto no es nada fácil, hay muchísimas resistencias, consciente o sobre todo inconscientemente uno huye de ahí. Porque uno trata por todos los medios de recuperar el “control” de su vida para “funcionar”.

Pero “ser”, “estar”, de ese modo, aunque sea muy muy “incómodo” y doloroso, es lo que hace que uno dirija su mirada desesperadamente a un “otro”, quizá es el único momento cuando realmente cabe un “otro” en ese espacio, porque uno se reconoce necesitado. Y se dirige a Dios, o como lo llame cada uno, en busca de explicación, de ayuda, se abre un diálogo... Y también, te abre a sentir una solidaridad y un deseo de protección y de cuidado inmensos con las personas así despojadas, rotas, en situación de “fragilidad”, a los que uno siente como hermanos, o tal vez porque uno los siente de verdad como hermanos. Es un impulso de aliviar, de acompañar, de reivindicar a otros en situación de “debilidad”, y hasta de querer pregonar la valía de la dignidad humana, lo que somos sin estar defendidos, y sin añadidos útiles. Es a la vez un impulso de sentido de la propia vida y de la de las demás personas.

Luego hay muchas fragilidades, que creo que podemos ver, conocer o aceptar cuando en otros momentos no tan críticos, nos frustramos o las cosas no salen como queremos, con los demás o con nosotros mismos... y que nos “bajan” un poco, por un momento, de nuestra imagen y nuestros sistemas defensivos.

“Aceptar” tal vez sea ver.

El cuidado de uno mismo desde la propia fragilidad

Todos vamos teniendo, a lo largo de nuestras vidas, experiencias y vivencias que van dejando heridas, cicatrices y que hacen que aprendamos a enfrentarnos a las situaciones y personas, de forma inconsciente, de la manera en que creemos que menos vamos a sufrir o que sentimos que más posibilidades de salir victoriosos vamos a tener. Por lo menos, esta es mi experiencia.

Cuando tenía un año mis padres me dejaron al cuidado de mis abuelos. Solo les veía los fines de semana. Aunque no viví durante mi infancia esta situación como algo dramático o especialmente traumático sí que me llevó a una serie de creencias que me acompañaron durante años y que me han hecho sufrir mucho en relaciones posteriores. Quizás la más importante es la de que el amor te lo tienes que ganar siendo lo que crees que los demás esperan de ti. Así me he pasado años con miedo a que los demás me dejen si no soy como ellos quieren o no hago lo que me piden.

Cuando llegué a la edad adulta fui consciente del abandono que esa situación había supuesto. En esa época y posteriormente también se fueron de mi vida otras dos personas muy importantes, dos de mis mejores amigas, sin ser yo consciente de qué había hecho para que me dejaran. Comenzó una nueva creencia, la de que yo era responsable de que las personas que quería, llegado un momento, se cansasen y se fuesen. Y empecé a vivir con un miedo sordo que me acompañaba, y todavía me acompaña ocasionalmente, a que los demás me dejen.

Otra de las grandes heridas y cicatrices que he tenido que trabajar viene dada del descubrimiento de que tras tantos años de lejanía, mi madre no era capaz de amar a la persona adulta en la que me había convertido. Esa verdad que va en contra de las creencias fundamentales para cualquier ser humano todavía me hace llorar.

Es cierto que nunca he tenido problemas para relacionarme, para tener amigos o para tener una vida que se podría definir como buena. Pero durante muchos años, dentro de mí, siempre había un sentimiento de tristeza, un estado latente de ansiedad y miedo, la creencia de nunca ser lo bastante buena, de no ser merecedora del amor de los demás.

Recuerdo un día en que en el silencio me empecé a *escuchar*. Empecé a escuchar mi angustia y cómo esta me hablaba de lo poco que me gustaba, del miedo a no tener nada que los demás pudieran amar de mí. También aprendí a ser *sincera*, a enfrentarme con la *verdad*, por dolorosa que sea. Fui *poniendo nombre* a los sentimientos, a las realidades, a los miedos... Pero también aprendí a decir todas las cosas buenas que soy y que tengo.

En definitiva, he aprendido a *cuidarme* escuchándome, buscando ayuda en personas, libros, cursos que me han ido guiando, me han dado fuerzas para tener el valor de plantarme ante cada miedo, ante cada persona, ante cada sentimiento, de manera que cada uno de ellos me ha hecho más libre, me ha descargado de culpas, me ha ayudado a confiar más en mí misma.

El trabajo personal continuo desde el amor a mí misma, y nunca desde el juicio y la crítica a lo que soy, pienso y siento, han hecho de mí una adulta sólida que ahora es capaz de ser feliz, disfrutar de sí misma y de los que le rodean, reírse de lo que sigue sin gustarle de sí misma y ser consciente de todo lo que es, especialmente de todos sus dones. Y siempre en proceso...

En diálogo con tus límites

Puede dar la sensación de que los límites son como las fronteras: constructos humanos, convenciones artificiales que necesitamos para poder manejarnos con una cierta serenidad en nuestras relaciones humanas: esto puedo, esto no puedo; hasta aquí puedo llegar, hasta aquí, no. Pero si eres capaz de llevar a cabo un proceso de crecimiento personal enseguida caes en la cuenta de que sí, que ahí están muy potentes marcando tus emociones y tus sentimientos, dándole realismo a tus proyectos y frustrando tus sueños. Los límites son sin lugar a duda omnipresentes.

La clave está en manejar un diálogo tensional con ellos. Darte cuenta de que, por un lado, los límites tienen un componente infranqueable, porque se han ido formando a través de procesos vulnerados, condiciones personales o heridas emocionales que llegan hasta nuestra infancia y que se expresan en esa frase tan diáfana: quiero, pero no puedo. Mas, a su vez, los límites son elásticos: el espacio de libertad y de acción que nos dejan se va ampliando o reduciendo en función de nuestra capacidad para conocer nuestro potencial, aceptarnos como somos y superar nuestras carencias.

En definitiva, todo crecimiento personal consciente y querido por uno, fruto de un acompañamiento espiritual o terapéutico —o de ambos—, te va a llevar a ese diálogo, con tus límites.

Precisamente, hemos sido creados como seres inacabados. Desde esa paradoja nos vamos haciendo y ahí nos vamos configurando con nuestros límites y con nuestros proyectos. Ser capaces de convivir con ambas realidades —límites y proyectos— acabará convirtiéndose para una persona madura en una señal clara de que ha encontrado su sentido y su lugar».

En la línea de lo que los tres testimonios anteriores nos han transmitido, Joan Chittister²⁰ escribe:

En el crecimiento personal hay un punto en el cual me convierto en mí misma, me vuelvo libre, me abro al mundo. Entonces sé que el hecho de que yo esté aquí no solo es lo debido para mí, sino también para los demás. Estoy donde debo estar no solo para mi propio desarrollo, sino por el bien del desarrollo del mundo que me rodea. Es cocrear el mundo, es llevar al resto del mundo el toque de humanidad que nosotros pensamos haber alcanzado.

Pienso que ese punto al que se refiere es precisamente aceptar la propia fragilidad, los propios límites. Cuando se ha hecho un proceso de reconocer y curar las heridas, entonces se abre la posibilidad de reconocer, acoger y potenciar todas las cualidades, todos los aspectos positivos de uno mismo, que nos han ayudado a irnos construyendo como personas. Todo ello lleva a la plenificación de la existencia, que consiste en capacitarnos para amar y generar las condiciones que lo hagan posible²¹, desde la realidad personal e histórica que nos toca vivir, a ras de suelo.

b) Establecer relaciones significativas. El sacramento de la amistad

Capacitarnos para amar es establecer relaciones significativas: sanas, profundas, sólidas y duraderas. Este amor implica comprometerse con la otra persona con todo

lo que conlleva construir una relación: planear, limpiar, esperar, poner cosas nuevas, aceptar lo que no se cambia, embellecer, insistir..., desde la aceptación del otro y el amor incondicional. Es tener capacidad para dialogar poniéndote en los zapatos del otro, en su óptica, en la piel de la otra persona, para mirar desde su perspectiva y sentir lo que ella siente (empatizar). Es ser capaz de permanecer en las relaciones, aun en la discrepancia y el conflicto.

En 1938 un grupo de investigadores de Harvard empezó a registrar la salud de 268 estudiantes, en un estudio longitudinal prospectivo (hacia delante), que es considerado actualmente una de las más importantes investigaciones sobre los factores que llevan a una vida longeva y satisfactoria. Se estudiaron múltiples variables relacionadas con la salud (se realizaron gran número de analíticas de sangre, escáneres cerebrales, etc.), con sus carreras profesionales, su vida familiar... El descubrimiento principal tiene que ver con que las relaciones personales y la felicidad que una persona reporta en ellas tienen una gran influencia en su salud. Esto sugiere que cuidar el cuerpo es importante, pero cuidar las relaciones es tan importante como cuidar el cuerpo, y constituye una forma de cuidado de la salud. Los investigadores concluyeron que, más que el dinero o el éxito profesional, las relaciones personales significativas son lo que hace felices a los individuos. Incluso, estas relaciones son mejores predictoras de una vida larga y feliz que nacer en cierta clase social, poseer un coeficiente intelectual alto o tener buenos genes. En contraste con ello, los investigadores constataron que los individuos que se sienten solitarios, que están más solos de lo que quisieran, tienden a enfermarse más y morir antes. Para las personas con relaciones felices, los días en los que se presenta dolor físico no suelen reportarse como más infelices; para quienes se sienten solos, el dolor físico sí afecta notablemente a su estado de ánimo. Los investigadores enfatizaron que, cuando estos individuos tenían 50 años y se estudiaron todo tipo de factores, como sus niveles de colesterol, lo que realmente determinó cómo llegarían a los 80 fue la satisfacción de sus relaciones personales. No hay duda de que, para el ser humano, lo verdaderamente importante y lo que le proporciona energía para vivir es el amor. Lo que da sentido a su vida son los otros, y las relaciones personales significativas que establece con ellos²².

Estudios recientes hablan del “hambre de piel” como el fenómeno neurológico que explica por qué la falta de contacto físico (abrazos, apretones de manos) en la pandemia de coronavirus también daña la salud física y mental. La carencia del “tacto” debilita el sistema inmunológico, empeora la presión arterial e influye en los niveles de hormonas: eleva las del estrés (cortisol y otras catecolaminas), y descende las del amor y bienestar (prolactina, serotonina y endorfinas). Estos efectos debilitantes se dejan sentir especialmente en los ancianos, el segmento de población menos “tocado”²³.

Las recomendaciones del PAPPS¹⁶ para preservar la salud mental durante la pandemia indican que mantener y mejorar la comunicación con familiares y amigos es esencial para asegurar el bienestar psicológico, y especifica la necesidad de acompañar emocionalmente a los ancianos, tanto si están en el domicilio con los familiares como si están ingresados en una residencia.

Hace unos seis años, partiendo de mi experiencia diaria, escribía esta reflexión sobre el amor a los otros desde lo existencial:

Creo que el amor es lo esencial de lo humano, lo que nos mueve, lo que nos realiza. Desde que nacemos, y si maduramos sanos, la tendencia es a acercarnos y a la donación a los otros, con todas las formas de amar; es lo que nos realiza en plenitud. Creo que ese amor es Dios. Cuando veo gente que se entrega, percibo a Dios, y suelo ver a menudo gestos de entrega.

La misericordia y la compasión con uno mismo y con los demás son la expresión de ese amor, ¡y me parece tan revolucionario, y tan sano! Lo contrario es el egoísmo y lo autorreferenciado. Esto nos enferma, lo tengo comprobadísimo. En el día a día, ver el rostro de Dios en el de los pacientes, en el de mis hijos, de Miguel, de cada persona con la que me encuentro me resulta muy gráfico. Esto me ayuda a cuidar cada encuentro, a no perder los nervios. No siempre me funciona, pero es lo que más me funciona en esto de Dios..., sobre todo cuando en el rostro de los otros hay sufrimiento o debilidad... E intento una mirada compasiva..., y que mis manos sean las manos de Dios...

Creo que ese amor que me impulsa/lanza a la comunión con los otros es Dios. Me siento muy llamada a tender puentes, a buscar consensos, a conectar gente, a hacer amigos y cuidarlos, y a disfrutar compartiendo... Y especialmente cuando compartimos el seguimiento a Jesús: *el Reino es una boda*, pura vida, puro Reino aquí y ahora.

En contraste con este tono optimista en clave de donación, en aquellos primeros meses de pandemia, tan duros de enfermedad y muerte, manifestaba en un artículo sobre mi experiencia como médica de familia:

Un aprendizaje: la necesidad en mi vida de mi familia y amigos, hermanos y hermanas, que me han sostenido y me sostienen, con tantas conversaciones cada día, con tanta atención y cuidados recibidos, tanta vida compartida, me ha hecho consciente de esos vínculos profundos, que les necesito en mi vida, que no soy sin ellos, que somos uno, que el amor es lo más importante.

Quizá hacerse adulta requiera pasar de la autosuficiencia en la iniciativa de amar y cuidar a otros a reconocerse necesitada, cuidada y sostenida por otros.

Esto que expreso ahora convencida y con paz me intranquilizaba en tiempos pasados, porque tenía un concepto equivocado del “apego”; lo identificaba con “dependencia” más que con el amor. En este sentido escribe Anthony de Mello²⁴, SJ, en “Una llamada al amor”:

Y ¿qué es un apego? Es un estado emocional de vinculación compulsiva a una cosa o persona determinada, originado por la creencia de que sin esa cosa o persona no es posible ser feliz. El apego te hace vulnerable al desorden emocional, y amenaza constantemente con hacer añicos tu paz. Si aprendes a disfrutar el aroma de un millar de flores, no te aferrarás a ninguna de ellas, ni sufrirás cuando no puedas conseguirla. Si tienes mil platos favoritos, la pérdida de uno de ellos te pasará inadvertida, y tu felicidad no sufrirá menoscabo. Pero son precisamente tus apegos los que te impiden desarrollar un más amplio y más variado gusto por las cosas y las personas.

Sin embargo, hice un descubrimiento que me ayudó a posicionarme firmemente en favor del “apego” en contra de la “virtud del desapego”, propia de la tradición

espiritual. Alguien ponía palabras a lo que yo venía intuyendo; era Joan Chittister²⁰, una monja benedictina, mayor, norteamericana. Y fue un descubrimiento, porque a pesar de que hablaba desde un contexto vital completamente diferente al mío, no podía estar más de acuerdo con ella. Dice así:

El desapego, en el sentido de ser emocionalmente insensible, sencillamente no funciona. La idea de que nada en la vida debe comprometernos, hasta el punto de encadenar nuestro corazón a la tierra, clama al cielo para ser enmendada. Pasar por la vida sin sentimientos es no pasar en absoluto por ella. Hemos sido puestos aquí, para amar —el amor humano encarna el amor divino—, y no solo por el bien de los demás, sino también por el nuestro. Atreverse a amar al otro como persona, y no como idea, es ponerse en disposición de ser moldeado una y otra vez por la vida, de sufrir por las pérdidas. En cada pérdida, el dolor es bienvenido y es real. Pero prefiero el dolor al insípido desapego.

Y yo lo digo con ella, aunque reconozco — y doy fe de ello— la sabiduría que encierran también las palabras de Tony de Mello en ese “no aferrarse y desarrollar un más amplio y más variado gusto por las cosas y personas”.

En la amistad hay dificultades, y como toda relación pasa por fases hasta que llega a su madurez: deslumbramientos, cuestionamientos, algún malentendido... No obstante, prima el cuidado mutuo, incluso en ocasiones cada uno protege al otro de lo malo de sí mismo. El amigo ofrece presencia, compañía y la confianza para poder hablar “sin filtros” y reírse con él. Es la persona a la que recurrimos en los momentos de dificultad, en las crisis, sabiendo que, sin juicios, encontraremos apoyo y comprensión; y esto ya es un bálsamo. En la amistad se da el reconocimiento del otro, valorando su vida y sus opciones, y potenciando su crecimiento, con respeto reverente, en la cercanía y en la distancia. Es una experiencia de lealtad y de amor incondicional, de ida y de vuelta.

Creo que las mujeres —escribe Chittister²⁰— sabemos cómo ser amigas. Eso es lo que nos salva la vida. Las mujeres establecen vínculos, no malgastan la vida probando su prestigio ni su poder. Creo sinceramente que los hombres también saben cómo ser amigos.

Cuando en la amistad, por no hablar del matrimonio, cargamos al otro con la obligación de satisfacer todas nuestras necesidades emocionales, nos condenamos a la decepción y al sufrimiento. La amistad debe ser tanto luz como libertad. Llegar a ser uno mismo supone una lucha constante entre la dependencia y la independencia: amar al otro sin perder el yo, amarse a uno mismo sin perder al otro: he ahí el sacramento de la amistad. Dice Simone Weil²⁵:

Cuando Cristo dijo a sus discípulos: *Amaos los unos a los otros* poco antes de su muerte como un nuevo mandamiento que venía a añadirse a los ya conocidos del amor al prójimo y a Dios, cabe pensar que la amistad pura, como la caridad para con el prójimo, encierra algo semejante a un sacramento. Es imposible que dos seres humanos sean uno y, sin embargo, respeten escrupulosamente la distancia que los separa, si Dios no está presente en cada uno de ellos. El punto de encuentro de las paralelas está en el infinito.

c) Cumplir con una tarea, trabajar, actuar, hacer

Es fundamental para preservar la salud mental poder estar en acción, realizar la tarea asignada, ya sea un trabajo, remunerado o no, una actividad voluntaria o una afición. Lo importante es que la persona sienta que hace lo que tiene que hacer, tenga la edad que tenga, sea mucha o poca actividad. Cuando estamos inmersos en la actividad, podemos experimentar ese momento de integración entre lo que estamos destinados a ser y lo que hacemos. Son esos momentos en los que toda nuestra atención está centrada en la actividad que estamos realizando, como si no existiera ninguna otra cosa ni nosotros mismos; y como si el tiempo no pasara. Son momentos mágicos. Cuando los has experimentado, sabes que estás en lo que debes estar; que estás llamado a estar ahí. Son experiencias de sentido, y el sentido — como dijo Viktor Frankl— es la mejor medicina contra el estrés.

De ahí que mantener rutinas de trabajo diario e incorporar o recuperar actividades y aficiones sean algunas de las recomendaciones para mantener el bienestar psicológico durante la pandemia de Covid-19, que hace el PAPPS¹⁶, especialmente en los ancianos.

Es importante, también, huir del activismo, y buscar momentos para descansar, reponerse y darse los nutrientes necesarios en el ámbito físico, psíquico y espiritual, a fin de mantenerse fresco, activo, entusiasmado²¹.

d) Hablar a Dios desde el sufrimiento. La espiritualidad de la resistencia

Una cosa es clara: si no lloráramos cerca de tus oídos, no nos quedaría ni pizca de nuestra esperanza. Mas ¿cómo se explica que de las amarguras de la vida, expresadas con gemidos, llantos, suspiros y quejas, se recoja fruto agradable? (Conf. 4, 10).

Nuestro Dios es un Dios que interviene sin resolver, porque cuidar es más que sanar¹⁹ (Paolo Scquizzato).

He decidido incluir este último aspecto, más espiritual, dentro del cuidado de la salud mental, aunque no sea muy ortodoxo desde el punto de vista médico, porque ha formado parte de mi recorrido vital estos meses de pandemia de Covid-19; y, ciertamente, puedo decir que lo espiritual está muy interconectado con lo psicológico. Si se vive integrado, contribuye a la salud, tiene capacidad terapéutica.

Al inicio de la pandemia vivimos dificultades serias, especialmente Miguel, mi marido, médico en una residencia de ancianos. Sobre todo, la enfermedad y muerte de casi treinta ancianos de su residencia, sin poder trasladarlos al hospital, sin apenas medicación ni oxígeno, únicamente morfina para paliar la asfixia de las últimas horas. La falta de camas de UCI para nuestros pacientes ingresados que se desestimaban por edad... tantos muertos... Mi contagio en aquellos momentos, el miedo a contagiarle a él y a los niños, a complicarme y tener que ir al hospital, el miedo a la muerte. La muerte de Manolo (Manuel Beaumont, OAR) el 29 de marzo.

Tanto sufrimiento, tantos momentos de desolación los meses siguientes, ola tras ola... Sufrimiento, desolación y una profunda decepción con un sistema sanitario

tan frágil, fragmentado y falto de recursos, con el que siempre me había sentido tan alineada. A lo largo de estos meses, he vivido con angustia, en ocasiones, la tensión entre denunciar la realidad de la que estaba siendo testigo de primera mano, por un lado, y el no generar más crispación y seguir trabajando por los pacientes, por otro.

Creo que, si tuviera que elegir una sola cosa para recordar de este tiempo pandémico, elegiría estos mensajes de *WhatsApp*, que me escribió mi hijo Pablo la noche del 31 de marzo de 2020:

— Papá está muy preocupado y no duerme. He estado hablando con él, y se cree que te vas a levantar muerta, en fin...

— Luego me ha explicado la tormenta citoquímica —creo—, y me ha dicho que, para que te pase eso, tienes que tener mucha fiebre. Yo mismo, con los mismos argumentos, le he contradicho: que si mamá estaba bien ayer, es poco probable, muy poco probable.

— Sufre también por nuestros abuelos y por todos sus pacientes abuelos de la residencia. Yo rezo por él, e intento ayudarlo, pero no lo entiendo. No sé lo que es ver morir a alguien ahogado o por una sepsis.

— Él decía que se han muerto por su culpa; pero yo le he dicho que, al menos, ha conseguido que se sientan atendidos y que mueran en paz.

— Papá es el tipo de médico y de hombre que quiero ser, con sus defectos y virtudes; pero siempre preocupándose por los más débiles, tanto o incluso más que por él mismo.

— Rezo por ti y por él y por todo el mundo.

— Hasta mañana, y machaca ya a esa bola de fosfolípidos y ARN.

¿Dónde está Dios en medio de todo esto? Es la pregunta que se hizo Job, que nos hemos hecho nosotros, y que nos están haciendo reiteradamente otros. Es... casi un grito. Job habla a Dios desde la experiencia de dolor e injusticia. Ahora, cuando Job siente en carne propia la suerte de los pobres, su relación con Dios se hará más honda y auténtica; la experiencia de la muerte le lleva a ver con claridad en Dios la fuente de la vida. Salir de sí mismo, ayudar a otros que sufren es encontrar un camino hacia Dios.

La libertad de Job alcanza su madurez y plenitud, cuando sin intermediarios encuentra al Dios de su esperanza. Su queja y su protesta nunca fueron mayores que su esperanza y su confianza. Muchas dificultades subsisten, mas el horizonte se ha ensanchado. Job vislumbra por dónde debe ir al encuentro de Dios y de los demás. Una presencia que guía en medio de la oscuridad y el dolor, una mano que inspira confianza. No todas las incógnitas están despejadas, pero el camino está trazado. Eso fue lo que hizo Job: lanzarse a lo imposible, hacia un enigmático futuro. En ese esfuerzo, encontró al Señor, a un Dios, cuya grandeza está, más que en su poder, en su libertad, la gratuidad de su amor y su ternura²⁶.

En estos tiempos recios habita en mí una roca áspera e irregular, austera, sobria; es mi resistencia interior. Es una presencia en lo profundo: Dios “todocuidadoso”, compañero de camino, a mi lado en todo momento, me anima y fortalece. Es el Dios “hainero” (de Bajos de Haina), el de los que no tienen nada asegurado y necesitan todo. En sus brazos amorosos me acuesto y logro conciliar el sueño.

Arraiga esta certeza: Jesús es el camino. Intentar seguirle cada día y salir y servir al otro es mi empeño y el sentido de mi existencia.

¿Resistencia interior? Ahora soy una *resistente*; mejor, una aprendiz de *resistente*. Mi resistencia interior configura mi modo de estar y de ser. El *resistente* no anhela el dominio, ni la colonización, ni el poder. Quiere, ante todo, no perderse a sí mismo y anhela, de una manera muy especial, servir a los demás. El *resistente* esquiva la victoria del egoísmo, la indiferencia, el dogmatismo de la actualidad y la ceguera del destino; asimismo, la retórica sin palabra, el absurdo, el mal y la injusticia. Esto no debe confundirse con la protesta fácil y tópica. La resistencia suele ser discreta: no hay resistencia sin modestia y generosidad; de ahí que la presunción y el egoísmo certifiquen la ausencia de aquella.

La resistencia exige perseverancia, esfuerzo continuo, mantenerse firme cuando toca. No hay otra opción. La fortaleza del *resistente* proviene de su ser más hondo; no es una resistencia optimista, pero tampoco cede al desánimo, al abatimiento. La peor desgracia es habituarse a la desgracia: toda resistencia vive de la esperanza²⁷. Esta cita de Pedro Casaldáliga, leída los días de su despedida, me resuena con fuerza: “Porque creemos que su Reino avanza más allá del pecado y de la muerte, hablemos y vivamos de esperanza. Contra toda esperanza, esperamos; esperamos, pero andamos”.

He aquí un gran desafío: el cuidar de nuestra alma entera. Cuidar de los sentimientos, de los sueños, de los deseos, de las pasiones contradictorias, de lo imaginario, de las visiones y de las utopías que guardamos escondidas en el corazón. El cuidado es el camino, y ofrece una dirección cierta¹.

4. CUIDAR EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO: LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD SANADORAS

Como médica de familia de algunos religiosos agustinos recoletos y por cercanía y amistad, en ocasiones, les visito en casa. También durante mis estancias en verano en Bajos de Haina comparto mesa y mantel con la comunidad. Estoy convencida de que la comunidad tiene mucho en común con la familia. No quiero caer en la simplificación obviando las diferencias, pero encuentro muchas semejanzas en el vivir de cada día, en sus bondades, y en las dificultades y retos que hemos de afrontar en casa, en la comunidad y en la familia (comunidad doméstica²⁸). Especialmente, en las necesidades de cuidado que tenemos todos. Los buenos tratos en la familia y en la comunidad irradian al mundo la dimensión sanadora del Evangelio.

4.1. Aterrizando en la proximidad: el cuidado y los buenos tratos

a) *La densidad de lo cotidiano*

Cotidiano es lo diario, lo que sucede habitualmente en cada jornada. Nuestra existencia se desenvuelve en el marco de la cotidianidad; por ello, la necesidad de sentido y plenitud alcanza a la rutina de la vida diaria.

La cotidianidad es la realidad de cada día que abarca la existencia humana en su conjunto. Sin repetición ni rutina, sin ciclos, o sea, sin cotidianidad, la vida no es posible. Necesitamos comprender hasta qué punto la condición humana está atravesada por la densidad de lo cotidiano²⁹. No es en los pocos momentos estelares que de vez en cuando irrumpen en nuestra vida, sino en el sencillo transcurrir de nuestro día a día, donde nos jugamos la vida.

Evitemos buscar siempre lo extraordinario; admiremos lo simple y llano, y aprendamos a apreciarlo, porque es lo más sublime de todo. He ahí la lección. La tenemos al alcance de la mano, y quizá por eso sea, paradójicamente, una de las más olvidadas y difíciles. Es un error identificar la oportunidad con lo excepcional; cuando así se hace, la frustración está asegurada. Hay que identificar la oportunidad con el día a día. Si cada día es como el último, debemos cuidar lo que tenemos a mano, en una especie de *Carpe diem* —ese presente que se nos da y que se nos va—

Los contenidos del día incluyen el esfuerzo y el trabajo; también, la satisfacción de las necesidades y el mantenimiento de las relaciones humanas. De igual modo, la dificultad no atañe solo al trabajo, sino que también está asociada a los conflictos relativos al reconocimiento y a la competencia con los demás, a la decepción por las expectativas abiertas y no alcanzadas... Suelo comentar con cierta retranca que todo el aprendizaje a lo largo de mi vida se resume en una sola frase: “Aprender a ajustar —a la baja— mis expectativas a la realidad... y agradecida, aceptar esta realidad”.

Bonhoeffer²⁸ lo dice claro:

Dios es el Dios de la realidad, aborrece los ensueños piadosos, porque nos hacen duros y pretenciosos. Nos hacen exigir lo imposible a Dios, a los demás y a nosotros mismos. Nos erigen en jueces de los hermanos y de Dios mismo. Nuestra presencia es para los demás un reproche vivo y constante. Nos conducimos como si nos correspondiera a nosotros crear una sociedad cristiana que antes no existía, adaptada a la imagen ideal que cada uno tiene. Y cuando las cosas no salen como a nosotros nos gustaría, hablamos de falta de colaboración, convencidos de que la comunidad se hunde cuando vemos que nuestro sueño se derrumba.

Donde aparece “comunidad”, puede entenderse “familia” (comunidad doméstica), y los “hermanos” son asimismo el esposo, la esposa, los padres y los hijos.

Así cada momento de la jornada requiere un pequeño esfuerzo que, por acumulación, causa la fatiga del día. Es duro especialmente el día a día de la enfermedad, de los problemas en el trabajo o los estudios, económicos, en las

relaciones... La huida o la evasión se explican, en parte, por todas estas dificultades. Buscamos fuera y lejos lo que somos incapaces de ver.

A la rutina, la sencillez, el contraste, el gozo y la dificultad que caracterizan la cotidianidad hay que añadir el aspecto más decisivo de todos: la proximidad. Nuestro existir conlleva permanecer en la proximidad, cuidando más que dominando. Acompañar y cuidar son expresiones de la proximidad; esta, a su vez, resulta ser la nota característica de la cotidianidad. Volver a casa, sentarse alrededor de la mesa y compartir el pan, los gestos y las palabras hacen presente lo más sublime. Es la mejor manera de vivir.

Retornar al día a día es volver a la vida, a sus oportunidades, demandas e invitaciones: he aquí la suerte de poder volver a la normalidad tan anhelada en este tiempo pandémico. Recuperar la normalidad, volver a la cotidianidad es una bendición²⁷.

b) La escucha

El amor al prójimo se inicia con la “escucha”. El primer servicio que uno debe a otro dentro de la familia o la comunidad es escucharlo. A su vez, el amor al próximo se resiente, sobre todo, porque no nos escuchamos mutuamente, y porque nos deparamos poca atención los unos a los otros³⁰. El primer problema en el trato con las personas es no escucharlas. Así de simple. Escuchar a alguien conlleva no solo oír sus palabras, sino acoger la preocupación del otro. Más aún: poner los cinco sentidos en cuanto le preocupa, para que se sienta plenamente comprendido y aceptado. Mi hija pequeña sabe bien demandarme este tipo de escucha: “Mamá, deja el móvil, y mírame; que te tengo que contar una cosa”.

Escuchar adecuadamente nos cuesta. En el trato normal, solo escuchamos hasta que hemos entendido más o menos lo que nuestro interlocutor desea manifestar. Luego nos centramos en nuestros juicios, pensamientos e intereses. El interlocutor puede continuar hablando tranquilamente, pero nosotros ya no estamos con él. Y muy pronto, al hilo de lo que él nos está diciendo, le interrumpimos con algo que tiene que ver con nosotros. El que piensa que su tiempo es demasiado valioso para perderlo escuchando a los demás jamás encontrará momentos para el prójimo; solo los tendrá para sí mismo, para su palabrería y proyectos personales.

Nos pasa con frecuencia: alguien nos cuenta un problema, y rápidamente damos un consejo. Creemos saber muy bien lo que el interlocutor necesita en esa situación. Es posible que la otra persona no busque un consejo, sino únicamente ser escuchado, aliviar su corazón; por eso ha buscado a alguien que lo escuche. Nosotros, en cambio, no podemos soportar ver sufrir a alguien; de inmediato, sentimos el impulso de tener que ayudarlo. Ese impulso no nos permite seguir escuchando, y nos apremia a dar consejos. Escuchar exige tranquilidad interior y el valor de poder soportar el sufrimiento.

A los médicos residentes en formación les pedimos que realicen el siguiente ejercicio: medir el tiempo que dejan hablar a los pacientes en la consulta antes de intervenir. Si, cuando un paciente empieza a relatar sus síntomas, se cronometra lo que el médico tarda en interrumpirlo con una pregunta, rara vez transcurre más de un minuto. Creo que lo mismo pasa en casa.

Algo parecido ocurre en una discusión ideológica: cada uno tiene en cuenta únicamente su propia opinión, y no valora que su interlocutor es un ser humano que quiere ser escuchado. Ya no nos importa la persona, sino las concepciones ideológicas. Situar al ser humano, aun cuando opine de modo diferente, en el centro de nuestra atención exige mucha serenidad interior. La polarización en la política, que permea toda la sociedad y las relaciones, es un claro ejemplo de esta ausencia de serenidad interior que casi todos echamos en falta.

También nosotros, en vez de ser controlados, necesitamos ser escuchados; ser atendidos, en lugar de ser reprimidos. Los hijos adolescentes necesitan ser escuchados en la familia; también los ancianos, por los jóvenes; y los hermanos jóvenes y los mayores y los “disidentes” en las comunidades o en la familia... Para el desarrollo de las personas, la escucha ha sido siempre más útil que el dictar órdenes.

Cada uno hemos conocido, en nuestra propia vida, el valor de ser escuchados por personas que perciben el dolor que hay detrás del dolor; que te facilitan explorarlo y trabajan contigo para que encuentres un camino para superarlo. Sanamos el alma y el mundo que nos rodea.

c) La ternura y la caricia

La ternura es el afecto que profesamos a las personas, y el cuidado que aplicamos a las situaciones existenciales, es el cuidado sin obsesión. Es un afecto que a su manera también conoce; es un conocimiento que ve profundamente y entra en comunión. La ternura irrumpe cuando la persona se descentra de sí misma; sale en dirección al otro, participa de la existencia del otro, se deja conmover por la vida del otro, y le da valor. La relación de ternura no implica angustia, puesto que está libre de la búsqueda de ventajas o dominación. La ternura es la fuerza propia del corazón, es el deseo profundo de compartir caminos: la angustia del otro es mi angustia; su éxito, mi éxito; y su salvación o perdición son también mi salvación o perdición.

La ternura es la expresión más serena, bella y firme del respeto y del amor, y se da preferencialmente en el ámbito de la proximidad: en la familia y en la comunidad, en el calor de casa. Se muestra en el detalle sutil, en la mirada cómplice o en el abrazo sincero. Paradójicamente, la ternura no es blanda, sino fuerte, firme y audaz, porque se muestra sin barreras, sin miedo. No es ñoñería. Es un acto de coraje y de voluntad para mantener y reforzar el vínculo de una relación. Gracias a

la ternura, las relaciones se profundizan y se hacen más duraderas, pues su expresión no es sino un síntoma del deseo de que el otro esté bien.

Una de las expresiones máximas del cuidado y la ternura es la caricia. La caricia es esencial, cuando se transforma en una actitud, en un modo de ser que cualifica a la persona en su totalidad y en las relaciones que establece. La distinguimos de la caricia como mera excitación psicológica en el marco de una aventura fugaz. El afecto no existe sin la ternura, la caricia y el cuidado. El afecto para perdurar necesita de la caricia, lo concreta.

El órgano de la caricia es la mano: la mano que toca, la mano que establece relación, la mano que calienta, que aporta quietud; no es la mano que agarra. Es una mano revestida de paciencia. La caricia esencial confiere reposo, integración y confianza; ese es el sentido de tocar, como cuando la madre acaricia a su hijo. Con la ternura, la caricia requiere un pleno altruismo, respeto por el otro y renuncia a otra intención que no sea la experiencia de querer bien y de amar. En una caricia responsable y adulta puede transmitirse mucho respeto.

La ternura tiene especial valor en los momentos difíciles. Expresar el afecto, hacerse cargo de los problemas del otro, comprender, acariciar, cultivar el detalle, acompañar, estar física y anímicamente en el momento adecuado... son actos de entrega y cargados de significado. Y es que en el amor no hay nada pequeño.

La doctora Elisabeth Kübler-Ross, que acompañó a miles de enfermos terminales, afirmaba que los recuerdos que nos acompañan en los últimos instantes de nuestra vida tienen que ver con experiencias de ternura: expresiones de gratitud, caricias, miradas, un adiós, un reencuentro, un perdón, un te quiero. Son instantes que quedan grabados en la memoria, gracias a la luz de la ternura que, a través del cuidado y el afecto, revela la excelencia del ser humano³¹.

d) El perdón

Todos debemos aprender a perdonar de todo corazón, porque todos padecemos heridas e injusticias, especialmente en nuestro ámbito de proximidad: los roces día tras día, una traición... Y para seguir amando, hemos de aprender a vivir con ellas. A veces, las heridas parecen estar cicatrizando, pero es solo aparentemente, pues continúan supurando por debajo de la costra.

Perdonar de todo corazón no es fácil. Solo se perdona de corazón cuando el rencor, el odio y el dolor se transforman en amorosa reconciliación con quien nos ha ofendido. Esto no se da por sí solo. Es un proceso que debemos aprender. Existe un requisito básico: que haya cesado la ofensa. Si la ofensa continúa, no es posible un proceso de perdón: se requerirá otro tipo de trabajo terapéutico.

- El primer paso consiste en tener la intención de perdonar; es un propósito libre, ya sea que el rencor subsista o no: “Perdono a esta persona”. Este

perdón, fruto de la voluntad, tiene mucho valor. Es el perdón efectivo, es perdón verdadero.

- El segundo paso incluye descubrir el rencor que aún anida en nosotros y contemplarlo: “He perdonado, pero el rencor todavía está en mí”. Sigo sintiéndolo, debo permitir que aflore y expresarlo; no tratar de cambiar los sentimientos, sino aceptarlos.
- El paso decisivo conlleva dirigir mi atención a la fuerza sanadora que me habita, a Dios; y desde ahí volver al presente y proseguir mi vida. El rencor, la cólera, amargura, autocompasión, resignación están ahí, pero ya no me ocupo de ellos; irán desapareciendo capa por capa, según el tamaño de la herida. Lo que vaya quedando nos estorbará cada vez menos, resultará menos perceptible, y finalmente desaparecerá por completo. Entonces habremos perdonado realmente de todo corazón: es el perdón afectivo, que puede tardar en llegar³⁰.

Existen algunas *concepciones falsas* con respecto al perdón:

- Identificar perdón con olvido: “Borrón y cuenta nueva”; es necesario el recuerdo, porque perdonar implica integrar.
- Identificar el perdón con la negación: “No pasó nada”; es necesario recordar los hechos, pero, sobre todo, el dolor, la vergüenza, la cólera que causaron, para que estos sentimientos se canalicen de manera aceptable y sana.
- Identificar el perdón con un acto de voluntad: “Si quisieras, podrías perdonar”; hemos visto antes que es un propósito libre, pero es más complejo.
- Negar la necesidad de perdonar al otro: “Tú no eres quién para ofenderme”; en el fondo, estamos negando y excluyendo al otro.
- Identificar el perdón con una acción exclusiva de Dios, y eximirse de la responsabilidad de transformación de los sentimientos.
- Identificar el perdón con renunciar a que se haga justicia. Perdonar no significa que haya que eximir al otro de asumir las consecuencias de su falta y de reparar los daños.
- Creer que perdonar es volver a la situación que se vivía antes. Que todo sea nuevo exige confianza, y esta no se genera solo con decir te perdono; es un camino que necesita tiempo para recorrerse. En ocasiones, se puede dar el perdón, pero no es posible recuperar la situación en que se vivía antes de la ofensa.

El gran indicador de que se está en un proceso de perdón es que se haya terminado el deseo de venganza y el resentimiento, y tener la capacidad de ver a la

persona que nos ha ofendido con ojos diferentes, con una mirada que nos permita ver lo bueno que hay en ella²¹.

4.2. Cuidádo-nos en el envejecimiento

Los hermanos enfermos son el tesoro de la comunidad (Constituciones OAR, 90).

Atiendan con especial caridad, según las necesidades de cada uno, a los enfermos y a los ancianos dándoles consuelo y ánimo [...]. Préstense de buen grado los hermanos a servir a los enfermos y visítenlos con oportuna frecuencia (Constituciones OAR, 91).

En nuestras familias y comunidades hay una elevada presencia de ancianos: padres, abuelos y hermanos mayores. Reconocemos y agradecemos el valor de su presencia, la riqueza de su vida y experiencia, y sabemos que les debemos atención, amor y cuidados.

La vejez no es una enfermedad; sin embargo, el paso de los años conlleva, en muchos casos, la aparición de enfermedades físicas y deterioro cognitivo que puede evolucionar a demencia, y producir alteraciones de conducta, con la subsiguiente incapacidad y dependencia.

A medida que se envejece, los defectos y asperezas ya presentes en la edad adulta pueden resultar más pronunciados, y el encuentro con la vejez y sus debilidades puede producir desasosiego interior, el cierre hacia los demás o el rechazo de la fragilidad. No obstante, las personas mayores también nos pueden ofrecer un testimonio a través de su fragilidad, habiendo derrotado toda autosuficiencia, que es una enseñanza de vida: nos muestran la debilidad radical de todo ser humano, la dependencia mutua, nuestros lazos familiares y comunitarios, la necesidad de ser amados y apoyados³².

He escuchado a mi padre y a un fraile mayor casi la misma frase: “A los viejos lo único que nos importa es que nos hagan caso”. ¡Cuánta sabiduría y ternura desprenden estas palabras!

La horrible tragedia de la cantidad de ancianos muertos en las residencias y en los hospitales, relegados en el acceso a los tratamientos durante la pandemia, nos ha reforzado la conciencia de que han de ser valorados y protegidos.

Tratar bien a las personas mayores es posibilitarles una buena calidad de vida. Prestarles los cuidados que necesitan para una buena calidad de vida y, a su vez, realizar el trabajo y las actividades habituales en nuestras familias y comunidades, sometidas a un fuerte ritmo de vida, entraña dificultades y conflictos.

A continuación, algunas pistas para este desafío de cuidarnos y dejarnos cuidar en el envejecimiento, todos, los ancianos y los cuidadores, la familia y la comunidad.

a) Los referentes éticos del buen trato a las personas mayores

- *La percepción de su valor.* La percepción de valor ha de comenzar por las propias personas mayores. Fomentar su autoestima es el primer paso para

favorecer el buen trato. También hemos de superar los valores sociales que asocian vejez con “déficit”: improductividad, involución, decadencia; y sustituirlos por un modelo de “desarrollo” que asuma un concepto biográfico de salud, como proyecto de vida, y plantee nuevos objetivos y metas para esta nueva situación. El “deficientismo” es el caldo de cultivo para el maltrato. Menospreciamos lo que no vale, y no esperamos que alguien lo trate bien; por ello, consideramos “heroicas” a las personas que mantienen compromisos de cuidado y atención digna a los mayores dependientes. Una percepción ajustada acerca de las personas mayores, que incluya sus capacidades además de sus déficits, tendrá como consecuencia el reconocimiento de sus derechos y posibilidades en todos los ámbitos, incluido el familiar y el comunitario, donde han de tener un papel también con responsabilidades y tareas asignadas para su calidad de vida y el bien común. En mi experiencia con las familias y comunidades he visto, no pocas veces, un error propio de una visión “deficitaria” de los mayores: dejarles desprovistos de cometidos en el día a día, con demasiadas horas vacías de contenido, con consecuencias negativas en su salud y calidad de vida.

- *El compromiso con su dignidad.* La dignidad es la categoría ética fundamental, cuando hablamos de las obligaciones que tenemos para con las personas mayores: genera estima e impulsa un compromiso con vistas a la mejora de su calidad de vida. Dicho compromiso es el que motiva a los que conviven y asisten a los mayores a capacitarse y cualificarse para el bienestar de la persona mayor. Dicha capacitación debería incluir: aspectos técnicos (conocer sus enfermedades y tratamientos), relacionales (habilidades de comunicación con competencias emocionales), y cualificación ética para la deliberación y toma de decisiones compartidas respecto a sus cuidados.
- *El respeto y promoción de su autonomía.* La autonomía de los mayores puede verse afectada por su situación de dependencia funcional y fragilidad, pero es necesario no considerarlos por ello incapaces de decidir, en la medida de sus posibilidades al menos, sobre su vida. El respeto a la autonomía conlleva: no invadir su intimidad y privacidad si no es necesario para su bienestar, protegerlos del acceso de otros a su vida privada sin su consentimiento, no utilizar engaños, manipulaciones y coacciones que puedan condicionar o eliminar su voluntad personal, informar de modo completo y sencillo para que pueda tomar una decisión compartida, libre y responsable, sobre cómo y dónde ser cuidado en las últimas etapas de su vida, y facilitar que pueda participar en la deliberación de las decisiones que le afectan.

- *La inclusión en los ámbitos de participación* en la familia, las comunidades y su entorno pastoral y social, según puedan.
- *La protección de su vulnerabilidad.* No podemos obviar que casi con seguridad en breve tiempo los mayores necesitarán cuidados más intensos y especializados. En aquellos momentos y ámbitos en que no puedan decidir por sí mismos se deberán procurar atenciones conforme a sus preferencias y valores. El buen trato incluye que sus representantes conozcan dichas preferencias y valores, para que puedan decidir la forma de atenderlos. Si es posible, hay que facilitar a los mayores la expresión de sus instrucciones previas o testamento vital, y su participación en la planificación anticipada de los cuidados al final de su vida³³.

Conocer las enfermedades y tratamientos médicos de los miembros de la familia y la comunidad, especialmente de las personas mayores y enfermas, favorece una atención y cuidados más cualificados y dignos, que harán posible una mejor calidad de vida. El diálogo empático en la familia y en la comunidad sobre la enfermedad y los tratamientos y cuidados necesarios de sus miembros ayuda a tomar decisiones compartidas y más éticas respecto al cuidado.

Formular instrucciones previas o testamento vital emana del respeto a la autonomía de la persona, que expresa de forma anticipada su voluntad respecto a cómo ser cuidada cuando ya no tenga capacidad de expresarlo. Que sus representantes conozcan las preferencias y valores de la persona es una manera de protegerla en situación de máxima vulnerabilidad.

b) Recomendaciones preventivas en el anciano. Envejecimiento activo

- *Considerar la situación funcional y la fragilidad del anciano,* antes de tomar decisiones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y de cuidados. La situación funcional indica cómo una persona se desenvuelve —de manera autónoma o dependiente— para realizar diferentes actividades de la vida diaria, desde las más elementales en casa, a las más complejas en la sociedad. Constituye el mejor indicador de salud global en el anciano. La pérdida de funcionalidad conlleva dependencia y fragilidad, y puede tener origen en distintas áreas: física, mental o sociofamiliar. Cuando es incipiente, tiene más posibilidades de ser revertida. Por todo lo anterior, es muy importante valorar, conocer y tener en cuenta la situación funcional de los mayores.
- *Colaborar en la consecución del envejecimiento activo.* El envejecimiento activo es la meta actual global; es decir: conseguir un envejecimiento con el mejor estado de salud posible, libre de discapacidad, acompañado de una actitud positiva ante el hecho de envejecer, con participación activa y protección por parte de la familia y de la comunidad. Contribuye al

envejecimiento activo: realizar una dieta saludable y ejercicio físico, realizar actividades para mantener las habilidades cognitivas y de aprendizaje, revisiones preventivas médicas periódicas y de la medicación que toma, evitar hospitalizaciones innecesarias y promover la participación con actividades distintas para permanecer integrado en la familia y en la comunidad.

- *Realizar ejercicio físico variado.* El ejercicio físico variado, que incluya caminar, ejercicios de equilibrio, fuerza y flexibilidad, ha demostrado ser muy eficaz para la prevención del deterioro funcional y cognitivo asociado a la edad. Tanto en el anciano sano como en el frágil es frecuente la pérdida de masa muscular (sarcopenia) y el detrimento en la coordinación corporal. Estas limitaciones producen disminución del equilibrio, de la fuerza y la confianza psicomotriz, aumentando el riesgo de caídas y la pérdida de movilidad e independencia para las actividades de la vida diaria. Para revertir o prevenir la evolución de su fragilidad, reducir el número de caídas y mejorar su calidad de vida percibida, lo más importante que puede hacer un anciano es el ejercicio físico. Este debe estar adaptado a las capacidades individuales, y es beneficioso para todos los ancianos, incluso para los aquejados de Alzheimer, artrosis, eventos cardiovasculares, limitaciones graves en la movilidad y encamados.
- *Una buena alimentación* es muy importante en el envejecimiento saludable. Además de la dieta mediterránea, con el efecto beneficioso del consumo de frutas y verduras que ya hemos comentado anteriormente, se ha de asegurar una ingesta adecuada de energía y proteínas (carne, pescado, huevos, lácteos, legumbres con arroz), especialmente en los ancianos frágiles y con patologías graves o úlceras. Los alimentos ricos en fibra (pan integral, arroz integral, verdura, fruta entera) junto con una ingesta adecuada de agua evitan el estreñimiento. Los déficits de vitamina B₁₂ y D son frecuentes en el anciano. Es necesario suplementarlos, si sus valores están por debajo del rango normal. Se recomienda exposición solar de al menos media hora al día para la absorción de vitamina D.
- *Revisar periódicamente los medicamentos crónicos pautados.* Aproximadamente un 50% de las personas mayores de 65 años toman diariamente 5 fármacos al menos. En estos casos, es muy importante revisar con el médico periódicamente la medicación “crónica”, para evitar un uso inadecuado, reacciones adversas e interacciones entre los medicamentos, que acaben ocasionando más problemas que beneficios. No suele haber “medicamentos para toda la vida”.

- *Prevención del aislamiento social y la soledad no deseada.* A medida que envejecen, los mayores se enfrentan a un riesgo elevado de soledad, especialmente los de más de 80 años. El debilitamiento de los vínculos familiares y comunitarios y la acentuación del individualismo favorecen la soledad, que se asocia con una mayor tasa de trastornos mentales, accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica y mortalidad temprana. Las relaciones sociales, tanto en cantidad como en calidad, contribuyen a reducir la morbilidad y la mortalidad, como también ha quedado dicho.
- *Seguimiento del deterioro cognitivo leve y demencia.* Si el mayor comienza con fallos cognitivos o alteración conductual leve, por el riesgo que el deterioro cognitivo leve entraña de evolución a demencia es recomendable un seguimiento médico periódico. En los casos de deterioro cognitivo leve es muy importante mantener un estilo de vida saludable: buena alimentación, evitar el tabaco y el alcohol, ejercicio físico y estimulación cognitiva, así como tratar las pérdidas sensoriales (vista y audición) y la depresión —si las hubiere—, realizar un buen control de las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial...), y evitar el aislamiento social. Realizar un diagnóstico temprano de demencia posibilitará planificar los cuidados, evitar riesgos, y permitirá al paciente y a su familia o comunidad tomar decisiones sobre su futuro³⁴.

c) Planificación anticipada de cuidados

La planificación anticipada de cuidados es un proceso realizado por el mayor o persona enferma, de manera conjunta con su familia o comunidad y el médico que lo atiende, dirigido a programar su atención futura. Busca definir objetivos y preferencias en sus cuidados para cuando se encuentre en una situación de pérdida de autonomía. Cuando se realiza, se logran unos cuidados de acuerdo con los objetivos deseados, con intervenciones menos agresivas, y una mejor atención al final de la vida. Incluye la posibilidad de otorgar instrucciones previas.

Este proceso está conformado por tres escalones:

- *Exploración del conocimiento de la enfermedad y de los valores de la persona:* ¿qué sabe y quiere saber de la enfermedad?, ¿qué le gustaría tratar de preservar a pesar de la enfermedad?, ¿cuáles son sus expectativas respecto a su cuidado?, ¿qué le preocupa?, ¿cuáles son sus miedos y dudas?, ¿en quién podría delegar la toma de decisiones?
- *Compartiendo decisiones y objetivos de tratamiento:* ¿cuál es el momento del posible ingreso en una residencia de asistidos u hospitalización, si precisase?, ¿desea ser alimentado por una sonda nasogástrica u otras medidas invasivas si las requiriese?...

- *Estrategia para el final de la vida*: si desea la retirada de tratamientos que prolonguen su vida y en qué momento; si prefiere una sedación paliativa, en el caso de que los síntomas no se controlaran con los tratamientos instaurados. Guiar a la persona para formular deseos específicos: actuaciones concretas en estado grave y al final de la vida³⁵.

Cuando a un religioso mayor se le ha de realizar una cirugía, por ejemplo, la colocación de una prótesis de cadera o rodilla, y tras asesorarse con su médico sobre el proceso, prevé, en diálogo con su superior, cuáles serán los cuidados necesarios: acompañamiento durante el ingreso, ayuda para la higiene y movilización los primeros días tras el alta hospitalaria, la rehabilitación posterior..., quién los otorgará y dónde se llevarán a cabo, esto es planificación anticipada de cuidados.

De la misma manera, cuando, como hija y tras consensuarlo con mi madre, solicito con antelación unos días libres en el trabajo porque esta va a ser intervenida de cataratas, y va a necesitar ayuda para ponerse los colirios pautados los dos primeros días tras la cirugía, estoy haciendo planificación anticipada de cuidados.

d) Instrucciones previas (Testamento vital o Voluntades anticipadas)

El documento de *Instrucciones previas* es un escrito dirigido al médico responsable en el que una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre el cuidado y tratamiento de su salud, para que esa voluntad se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente. También puede decidir sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos, en el caso de fallecimiento.

Este documento es la expresión del respeto a la autonomía de la persona, incluso en el supuesto de que no pueda decidir por sí misma. También es un instrumento que ayuda a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones.

La persona puede designar, además, un representante que, llegado el caso, actúe como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario, para procurar el cumplimiento de las *Instrucciones previas*.

Cada servicio de salud regula el procedimiento adecuado para que se garantice el cumplimiento de las *Instrucciones previas* de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

No serán aplicadas las *Instrucciones previas* contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis* (buena práctica médica), ni las que no se correspondan con el supuesto del hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

Las *Instrucciones previas* podrán revocarse libremente por la persona en cualquier momento dejando constancia por escrito, así como ser sustituidas por otras posteriores. Prevalecen las últimas que se hayan otorgado.

El concepto de *Instrucciones previas* quedó definido en España en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (ley de autonomía del paciente). Desde la entrada en vigor de esta ley, las comunidades autónomas han establecido normas que regulan sus registros de *Instrucciones previas* o voluntades anticipadas. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las *Instrucciones previas*, existe un Registro Nacional de Instrucciones Previas.

Es recomendable que la persona comunique al médico encargado de su seguimiento (médico de familia u otro) que ha otorgado *Instrucciones previas*, y que de ello el médico deje constancia también en la historia clínica.

En España hay actualmente 280.000 documentos de *Instrucciones previas* registradas; corresponde al 0,5% de la población. En nuestro país, es un documento poco reconocido aún por los ciudadanos.

Las *Instrucciones previas* han demostrado ser útiles para aminorar los problemas bioéticos y procurar una atención centrada en la persona, cuando se ha producido la pérdida de la capacidad, y el paciente se encuentra en situación de iniciar o no tratamientos que repercuten directamente en su calidad de vida y en su supervivencia. También han demostrado mejorar la satisfacción del paciente, de la familia y del profesional sanitario³⁵⁻³⁷.

Ejemplos de Instrucciones previas:

- Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria, desproporcionada y fútil... Deseo que estas medidas se retiren, si ya han comenzado a aplicarse.
- Deseo tratamientos adecuados para paliar el dolor físico o psíquico.
- Rechazo tratamientos o pruebas diagnósticas, si no van a mejorar la recuperación o aliviar síntomas.
- Deseo acompañamiento por mi familia y hermanos de comunidad en el trance final de la vida.
- Deseo, según el buen criterio médico, todos los tratamientos precisos para mantener la vida hasta donde sea posible.
- Deseo que no se me aplique la eutanasia.

e) Cuidados al final de la vida

Siendo médica interna residente, el profesor, al inicio de una clase sobre cuidados paliativos, nos pidió a cada uno que, con todos los detalles posibles,

imagináramos la propia muerte, y pensáramos en cómo desearíamos que fuera ese momento. Después en otro curso sobre acompañamiento al final de la vida hicimos el mismo ejercicio. Es un ejercicio clásico, uno de esos aprendizajes que no olvidas. Quizá fuera bueno que todas las personas, no solo los profesionales de la salud, hiciéramos este ejercicio de pensar en nuestra propia muerte, y cómo nos gustaría ser cuidados. Y esto, por el mero hecho de que todos vamos a morir y necesitaremos ser cuidados, o porque es muy probable que a todos nos toque estar cerca y cuidar de una persona en sus últimos días de vida.

Atender como médico de familia a un paciente en situación terminal (con una enfermedad grave e incurable, con un pronóstico de vida limitado) supone un gran reto de cuidados y necesidades que atender: realizar un buen control de sus síntomas físicos: dolor, disnea (ahogo), estreñimiento...; y psíquicos: insomnio, angustia... También te sitúa ante una experiencia de profundo encuentro personal, que requiere actitudes y habilidades de comunicación: permitir la expresión de deseos y sentimientos, respetar silencios... La buena muerte de algunos de estos pacientes ha sido una experiencia que me ha enriquecido como pocas.

Para las familias y comunidades acompañar a un familiar, a un hermano, al final de la vida es una experiencia con una carga emocional grande por el dolor que entraña despedirse y las dificultades de su cuidado para que la persona moribunda mantenga la mejor calidad de vida posible hasta el último momento y pueda tener una buena muerte.

Puede ayudar tener en cuenta algunas de las necesidades que tienen las personas al final de su vida:

- *Un buen control de sus síntomas es básico.* Los síntomas en la etapa final de la vida son muy diversos. No voy a detallar los distintos síntomas y sus tratamientos, pero sí me parece importante explicar el concepto de *sedación paliativa*, que no debe confundirse con eutanasia.

Puede llegar un momento en que el paciente presente un *síntoma refractario*: aquel síntoma (dolor, disnea, agitación...) que, en un plazo de tiempo razonable, no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles aplicados por un experto en cuidados paliativos.

En este caso está indicada la *sedación paliativa*: disminución deliberada de la conciencia del enfermo mediante la administración de fármacos apropiados, con el objetivo de evitar el sufrimiento intenso causado por uno o más *síntomas refractarios*. En el caso de la agonía, la *sedación paliativa* se administra al paciente, cuando se encuentra en sus últimos días u horas de vida, para aliviar el sufrimiento físico o psicológico mediante la suficiente disminución profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia.

La *sedación paliativa* exige: un sufrimiento intenso causado por *síntomas refractarios*, que el enfermo, en su defecto, la familia o su representante haya otorgado el adecuado consentimiento (puede ser también mediante instrucciones previas), y que el enfermo haya tenido la oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, comunitarias y espirituales.

Para la aplicación de la *sedación* en la agonía, se requiere que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.

Los fármacos empleados en la *sedación* podrían acortar la vida del paciente debido a sus efectos secundarios en una persona debilitada, no siendo esto el objetivo de la *sedación*, sino el control de uno o varios *síntomas refractarios*. La *sedación paliativa* correctamente indicada y consentida es una práctica habitual, conforme a los deberes fundamentales de respeto a la vida y a la dignidad de los enfermos que establece la ética y deontología médica.

- La mayoría de los enfermos quiere y espera *poder hablar sin rodeos, sentirse escuchado, respondido y no evadido*. Si prefiere no conocer detalles, lo respetaremos y no daremos más información —la información es un derecho del paciente, no una obligación—; informaremos hasta donde el paciente quiera saber, ni más ni menos (Evitaremos la tristemente conocida “conspiración del silencio”; y en el extremo contrario, informar “de todo” sin tener en cuenta al enfermo).
- *Estar rodeado de sus seres queridos*: compañía, confianza, también conversaciones corrientes y buen humor, cariño y muestras de afecto con contacto físico incluido, despedirse, decir adiós.

Algunos errores que hay que evitar:

- Dar seguridades prematuras: “Seguro que todo sale bien”.
- Expresar con palabras o gestos que “no se puede hacer nada”.
- Minimizar el sufrimiento emocional: “Claro que te curarás”, “Todos vamos a morir algún día”, “Qué tonterías dices”^{38,39}.

“No vivimos para morir sino que morimos para resucitar, para vivir más y mejor”¹.

5. EL CUIDADO EN LA ACCIÓN PASTORAL: PROMOVER LOS BUENOS TRATOS Y LA PROTECCIÓN DE LOS MENORES Y PERSONAS VULNERABLES

No se puede no amar a la gente: ¡son todos, somos todos, tan dignos de compasión! (Lev Tolstói).

La acción pastoral es muy variada, e incluye muchos ámbitos “pastorales”: las parroquias, los proyectos sociales y el voluntariado, los centros educativos, la

pastoral juvenil, social, familiar, pastoral de la salud... El cuidado es la esencia de todas ellas. “Pastorear” es cuidar. Promover los buenos tratos y la protección de los menores y personas vulnerables es un reto de cuidado transversal en toda la acción pastoral.

Hace ya unos años, el equipo de voluntariado de ARCORES elaboramos unas normas de buenas prácticas para la protección de los menores y personas vulnerables, y un protocolo de notificación de un posible incumplimiento de estas normas, y/o un posible caso de abuso a un menor o persona vulnerable:

El objetivo de estas normas es ayudar a los voluntarios a proceder de modo correcto con menores o personas vulnerables, a fin de protegerlos de posibles abusos, especialmente del abuso sexual. Se trata de generar entornos de voluntariado respetuosos y seguros para los menores, las personas vulnerables y los voluntarios⁴⁰.

Desde entonces impartimos a los voluntarios internacionales y locales una sesión formativa sobre este tema. Constatamos en cada edición que esta formación les resulta novedosa, interesante, y es muy bien recibida por su parte.

Con el objetivo de luchar contra la lacra de los abusos, que tanto daño ha causado a las víctimas y ha sumido a la Iglesia en una grave crisis de credibilidad, la Archidiócesis de Madrid, a través de su proyecto REPARA⁴¹, ofrece el curso “Atención y Prevención de Abusos en la Iglesia”, dirigido a sacerdotes, religiosos, agentes de pastoral, miembros de ONGs católicas, etc. Participar en este curso me ha ayudado a profundizar y a ampliar la mirada; también, a comprender que promover los buenos tratos en los ámbitos pastorales y en todos requiere centrar la atención no tanto en las normas y protocolos, que son necesarios, como en identificar y sanar las relaciones, dinámicas y contextos que generan los abusos de poder, de conciencia y sexuales, en nuestra Iglesia y nuestro mundo.

La *prevención de los abusos* y la *reparación de las víctimas* (acompañamiento, asesoramiento y justicia restaurativa hasta su recuperación) son los dos grandes ejes de la cultura del cuidado, que hemos de implementar en nuestros ámbitos pastorales, para convertirlos en *entornos seguros*.

A continuación, se enumeran algunos aspectos para la *prevención de los abusos*, ahondando en las *raíces del abuso* (La reparación de las víctimas excede del propósito de este artículo):

a) La negación del otro

- *La violencia contra el otro: no dejar ser.* La violencia es un medio para alcanzar poder. Se puede ejercer la autoridad sin coacción y de un modo legítimo. Mas quien ha perdido la autoridad tiende a mantenerse en el poder abusando de este, es decir, por la fuerza. La violencia también se da, cuando se incapacita a la persona para ser quien es y para actuar. Quien vive utilizando a los demás vive como un yo para el que nadie es un tú; pone a

los demás al servicio de sus necesidades y deseos, el otro pasa a ser parte de lo que uso, de aquello de lo que puedo abusar.

Cuando la dominación sufrida queda interiorizada, no es ya necesario que se muestre externamente para ser obedecida. Se produce una naturalización de la violencia que permite que la dominación se mantenga sin esfuerzo por parte de quien la ejerce. La persona que vive bajo esta violencia sufre un desgarramiento interior que destruye su libertad. Cuanto menos visible es la dominación en una institución mayor es su eficacia, puesto que está interiorizada en quienes la sufren.

La acción violenta no consiste solo en posicionarse en contra del otro, sino también en actuar como si este no existiera: la indiferencia y la excesiva burocratización (el otro es un número, un expediente) constituyen también una forma de violencia.

- *El reconocimiento de la alteridad.* La relación interhumana implica que haya un reconocimiento mutuo de la alteridad —infranqueable, sagrada e irreductible— de uno mismo y del otro. Lo más humano es lo que somos por otros y con otros. Encontrarse verdaderamente con la alteridad implica dejar que esta nos interpele y nos transforme, cuestionando nuestras seguridades. La conciencia moral nace en el recibimiento y la aceptación al otro. Es necesario, pues, tener una mirada atenta, que me permita reconocer en cada momento a quien está necesitado de mi ayuda. En la relación ética se sitúa libremente uno ante el otro.
- *La vulnerabilidad.* Desde el momento en que nacemos, dependemos de otros para ser: no nos podemos valer por nosotros mismos. Somos, por ello, dependientes unos de otros, necesitamos el reconocimiento y la atención de otro. Sin embargo, no todos estamos igualmente expuestos a esta vulnerabilidad inicial; hay condiciones de vida que la hacen más llevadera o, por el contrario, más difícil de sostener. Nuestra situación personal y los medios con los que vivimos nos exponen de forma desigual a la vulnerabilidad sobrevenida o provocada. En una situación de abuso, el victimario detecta la fragilidad inicial, y la aprovecha para dominar a la víctima. A su vez, quien abusa provoca vulnerabilidad en la víctima convirtiéndola en una persona frágil y dócil, que se siente culpable de ser abusada. El abuso es un crimen de poder, por lo que hay que revisar las relaciones de dominio que conducen a la negación del otro.

b) El abuso de poder y de conciencia

- *Relación personal con el poder.* Detrás de cada abuso sexual hay siempre un abuso de poder que se produce en un marco de desigualdad radical. El abuso sexual es solo la punta del *iceberg*. Una familia, un colegio o una

parroquia son espacios donde la autoridad está repartida, normalmente, de modo jerárquico y desigual. Cuando la autoridad se ejerce de modo que no se respeta la dignidad del otro y se adoptan formas autoritarias en la manera de dirigirse al otro y de consolidar la relación, estamos ante abusos de poder en estructuras que los favorecen. La evolución del proceso del razonamiento moral se resume en el tránsito de la obediencia (heterónoma) a la responsabilidad (autónoma). Es el proceso de maduración cognitiva el que se ha de potenciar. La obediencia puede abocar a confusión y abrir la puerta al abuso de poder.

- *Abuso de poder.* La persona que es abusada sexualmente se encuentra ante una persona adulta que ejerce un poder extraordinario sobre ella. El abusador sabe que cuenta con ese poder de influencia, y lo ejerce. Tal poder exagerado convierte en vulnerable a la víctima, y es el resquicio por donde el abusador se introduce en la conciencia de esta, para someterla. Esa vulnerabilidad nos puede afectar a todos, en determinados contextos afectivamente significativos y religiosos. En este sentido, no hay personas “abusables” sino contextos abusivos.

En una relación de abuso no hay libertad, de ahí que no puede haber consentimiento por parte de la víctima. El hecho de que la víctima otorgue consentimiento no significa que no haya abuso, pues tal consentimiento no es válido al otorgarse en una relación viciada por la asimetría y el abuso de poder. Cuando aparentemente hay consentimiento, la víctima tiene muchas dificultades para reconocer (y reconocerse a sí misma) que ha sufrido abusos.

- *Abuso de conciencia.* El abusador establece una relación asimétrica en la que se apodera poco a poco de la conciencia de la persona abusada. En los abusos están presentes la coerción, engaño, manipulación, seducción, desigualdad madurativa, conciencia de ser figura de referencia y ejemplo moral.
- *Algunos rasgos de los excesos que derivan del abuso de poder y de conciencia:* ganarse poco a poco el afecto y la confianza de la víctima, como una especie de “figura paterna”; la imposición del secreto y el silencio (“este es nuestro secreto, nuestra forma de vincularnos a partir de ahora”); amenazas e inversión de roles (la víctima con su silencio se convierte en la protectora del agresor); instalación en la confusión (la culpa, la ira y el autodesprecio invaden a la víctima).
- *La cultura del abuso:* es el nutriente que sostiene y alimenta cada uno de los casos individuales de abuso de poder, abuso de conciencia y abuso sexual. Ya no se deben abordar como actos aislados, sino como una cultura que se

desarrolla en el interior de las estructuras eclesiales, con un “sistema de encubrimiento” que permite que el abuso tenga lugar. “Urge generar espacios donde la cultura del abuso y del encubrimiento no sea el esquema dominante” (papa Francisco).

- *El concepto de jerarquía.* Una concepción jerárquica de la Iglesia alimenta y sostiene todo tipo de abusos, apoyados en estas dos realidades: el fariseísmo de la buena reputación (cambios de destino, política de silencio absoluto, ausencia de transparencia...) y el clericalismo, como una forma soterrada de abuso de poder. La superación del clericalismo pasa por fortalecer el sacerdocio común de los bautizados.

c) Buenos tratos a los menores y personas vulnerables. Propuestas

Estas seis actuaciones marcan el necesario giro cultural que debe presidir las actuaciones pastorales:

- Ante el abuso de confianza: recuperar la *confianza que cuida*. El cuidado debe ser la respuesta ante la confianza de quien se aproxima buscando refugio espiritual.
- En las relaciones asimétricas: ser custodio de la dignidad del otro desde el reconocimiento y el respeto.
- Establecer *relaciones horizontales* que abran a la persona a la experiencia de unitividad para favorecer una vivencia sana de la afectividad. El presbítero puede encontrar dificultad para establecer este tipo de relaciones simétricas. Su rol de autoridad, sumado al clericalismo, dificulta que tenga ámbitos de relación con iguales. En las relaciones de abuso se constata de manera recurrente la ilusión patológica de horizontalidad⁴².
- Ante el fariseísmo, coherencia: no hay nada que proteger más importante que las víctimas.
- Ante la jerarquía como sistema, explorar la *sinodalidad*.
- Ante la cultura del abuso, generar una *cultura del cuidado*:
 - *El cuidado como relación ética*: toda forma de relación pastoral y de acompañamiento se enmarca en una relación de cuidado entre personas.
 - Construir relaciones afectivas seguras y una comunicación tejida de mucha escucha que acepta es enormemente preventivo: que la víctima pueda contar el abuso a otra persona es el primer paso para ponerle fin⁴¹.

En el curso de REPARA, nos propusieron una tarea que consistía en relatar una experiencia personal en una relación asimétrica positiva, en la que hubiese estado presente la confianza, el respeto, el reconocimiento del otro y el cuidado. O bien,

una experiencia personal en una relación asimétrica en la que se hubiese sufrido un abuso de poder o de conciencia. Elegí la primera. El ejercicio me resultó de gran ayuda para reflexionar sobre las relaciones sanas, acerca de cuáles son los criterios de una relación positiva, que puedo aplicar también para el discernimiento de otras relaciones personales y en las relaciones de otras personas; en el ámbito pastoral, pero también en el familiar y comunitario, incluso en el laboral.

Reflexionar sobre una relación asimétrica positiva también me permitió reconocer otras relaciones personales asimétricas en las que pudo haber existido algún grado de abuso de poder o de conciencia. Pienso que este tema de la prevención de abusos es de tal hondura que requiere mucha reflexión personal, además de formación, para favorecer aprendizajes de calado. Os animo a hacer este mismo ejercicio.

Todo lo que se está moviendo en la Iglesia en torno a la protección de los menores y de las personas vulnerables tiene que ver con los valores evangélicos de atender, cuidar, amar a quien sufre; de proteger con justicia a quien ha sido agredido en lo más sagrado de su interior, y ofrecer ayuda a quien ha desviado su conducta tan dañinamente y desea un nuevo camino de reparación.

Se nos ha abierto, como Iglesia, un tiempo de oportunidad, de llamada a la reparación, de propuesta de mejora profunda en el cuidado de todos los vulnerables, de aprender a mirar con ojos misericordiosos capaces de abordar con responsabilidad el dolor callado que envuelve los abusos. Un movimiento institucional de este calado se convierte en referente de transformación social, que contribuirá a abrir una nueva sensibilidad en el conjunto de la sociedad⁴³.

6. LAS DIMENSIONES ECONÓMICA, SOCIOPOLÍTICA Y ECOLÓGICA DEL CUIDADO

Nos encontramos con gente necesitada con la que ejercitamos la misericordia; y la miseria de los miserables nos hace compasivos. ¿Cuánto mejor estarías donde ya no te encuentres un hambriento a quien alimentar, un peregrino a quien hospedar, un desnudo a quien vestir, un enfermo a quien visitar, ni un litigante a quien apaciguar? (San Agustín).

Es imposible abordar en profundidad el cuidado en estas dimensiones tan amplias en un artículo como este; así que, de nuevo, van solamente algunas pinceladas.

a) La crisis de los cuidados

La expresión “crisis de los cuidados” se acuñó para hacer referencia a la tensión constante entre el capital, el empleo, la reproducción humana y los límites que plantea su organización política. El capitalismo ha reducido los salarios reales; ha aumentado el número de horas de trabajo remunerado que cada hogar necesita para sostener a la familia; y, en una espiral de cuidados y precarización, ha provocado una desesperada pelea por transferir el trabajo de cuidados a otros.

Las desigualdades de nuestro modelo de cuidados en términos de género, clase social y etnia ya estaban presentes. Hace ya tiempo, se demuestra desde ámbitos diversos cómo es necesario partir de un enfoque de los cuidados, para garantizar una sociedad más equitativa y sostenible.

La crisis de la Covid-19 ha supuesto un shock económico que ahonda sobre nuestros déficits estructurales: hundimiento de la actividad económica, destrucción del empleo e impacto sobre el bienestar (muchos hogares se han quedado sin ingresos).

Este contexto social y económico en el que estamos inmersos no ha propiciado un afrontamiento adecuado de la crisis de la Covid-19; en gran parte, porque el cuidado se ha situado siempre en los márgenes de la sociedad moderna, y nunca cerca de su centro. Y es ahí donde en estos tiempos de pandemia se ha puesto de manifiesto la importancia de la interdependencia, y han surgido varias *contradicciones*:

- Se han convertido en esenciales todas las actividades relacionadas con el sostenimiento de lo cotidiano, curiosamente las peor remuneradas y menos profesionalizadas de nuestro mercado de trabajo. Han aflorado “las otras cuidadoras”: las que trabajan en domicilios con unas pésimas condiciones laborales, con un alto porcentaje de migrantes en situación de precariedad (feminización de los cuidados y de la pobreza).
- Esta crisis cuestiona también el modelo formal de cuidados profesionales implementado a través de las residencias geriátricas: ni la mercantilización privada de la asistencia, ni las fórmulas públicas para su provisión estaban funcionando con eficacia. Por ello, la pandemia evidencia las consecuencias de los recortes de los servicios sanitarios y de la privatización de los cuidados.
- Las redes de solidaridad y apoyo mutuo se han multiplicado por todo el país, lo que ha contribuido al sostenimiento diario de muchas personas. Durante la pandemia, se ha visto la eficacia del ámbito comunitario y de los vínculos sociales. En estas redes, vínculos y espacios se cuida más allá del espacio doméstico y de la atención pública. Se ha visualizado la insuficiencia de los servicios sociales para dar respuesta a los nuevos riesgos sociales.

La pandemia, por tanto, ha evidenciado la necesidad de reorganizar los esquemas de bienestar y cuidados, a través de una distribución más equitativa de la provisión y la atención social entre la familia, el Estado y el mercado; pero sin obviar el relevante valor de lo comunitario⁴⁴.

En el centro de salud hemos atendido estos meses a mujeres enfermas, que no pueden dejar de ir a sus trabajos en el servicio doméstico o en la hostelería, sin

contrato o con contratos precarios, porque pierden el trabajo; a mujeres extenuadas, trabajadoras de residencias de ancianos, que se infectan; a ancianas solas o cuidadoras en sus casas, frágiles y expuestas al virus; a familias migrantes, que conviven juntas en pisos pequeños, donde sus miembros se van contagiando sucesivamente uno tras otro, porque es imposible aislarse. Enferman por sus condiciones de vida.

b) Crisis climática, crisis de civilización

La crisis climática tiene que ver con un modelo de consumo y de producción, que no es universalizable; es inviable e insostenible, y está llevando al planeta al colapso de sus ecosistemas. Hay dos grandes problemas en el intento de superar este “modelo perverso”, como lo calificó el papa Francisco en *Laudato Si'*:

- El primer problema es político: necesitamos, en un tiempo récord, decisiones y cambios políticos que logren un funcionamiento económico respetuoso con las necesidades del planeta.
- Un segundo problema es el cultural: la minoría global, un 15 por ciento del planeta, que seguimos un modelo de consumo que produce el 90 por ciento del impacto ecológico, debe deconstruir con urgencia una cultura del exceso y del consumismo que el mismo sistema necesita para retroalimentarse. La “huella ecológica” de África sigue siendo diez veces menor que la de Estados Unidos, o seis veces menor que la de Europa.

La pandemia no es sino el “ensayo general” de lo que está por venir, una primera consecuencia de una crisis ecológica que acaba de empezar. Si como humanidad no somos política, social, cultural y económicamente capaces de superar este modelo en los próximos años, la realidad va a ser, a medio plazo, la de un mundo que deberá acostumbrarse a gestionar los efectos inciertos de una crisis de civilización⁴⁵.

c) La injusticia estructural necesita una terapia estructural

La gran lección de la pandemia es constatar la necesidad de cooperación en un mundo profundamente interdependiente. Los grandes problemas que afectan a la humanidad tienen una naturaleza transnacional, y los Estados no disponen de los recursos ni de la capacidad para abordar aquellos. Tenemos un ejemplo claro en los peligros que encierra la distribución desigual de vacunas contra el SARS-CoV-2 entre países ricos y países pobres. Esta estrategia no cierra la puerta a la propagación del virus, sino que pone fácil a este seguir mutando. Lo cual, antes o después, volverá a constituir un grave peligro de salud pública a nivel global (Aparecen nuevas cepas de virus, resistentes a las vacunas, en las personas no vacunadas de los países pobres, que infectarán a las personas vacunadas de los países ricos, generando un círculo vicioso perverso).

Es urgente la articulación de un movimiento civil de carácter global que abandere las diferentes luchas por la equidad, así como la visibilización de los cuidados o de los derechos sociales y del planeta.

José María Aguerri⁴⁶, OAR, escribía hace ya unos años:

Nuestro punto de partida consiste en descubrir la situación de injusticia estructural que vive hoy la humanidad. Esta situación necesita una terapia estructural, si queremos llevar a los seres humanos la esperanza por un mundo mejor. En este trabajo no existe la neutralidad: estamos a favor de los cambios estructurales o seguimos aceptando la situación de ahora como problema irremediable, o que no nos afecta.

d) La cultura del voluntariado

La experiencia de voluntariado en el dispensario médico de la parroquia San Agustín de Bajos de Haina, que atiende a pacientes con pocos recursos, y aquí en Madrid, en el Proyecto Esperanza-Adoratrices para mujeres víctimas de trata, me abre los ojos a los empobrecidos y empobrecidas de este mundo por la injusticia rampante. Me siento denunciada en mis comodidades, tibiezas e incoherencias, y empujada a caminar hacia una opción y posicionamiento del lado de los pobres, para intentar con otros —“muchos pocos”— la transformación de la realidad, del mundo en que vivimos, con el sueño, que es el sueño de Dios, de que *otro mundo es posible*. Es un sueño, pero con los pies a ras de suelo, en la tierra de la exclusión.

El voluntariado es una posibilidad para encauzar un compromiso cristiano auténtico, portador del valor de la solidaridad, como afirma Javier Sánchez⁴⁷ en “Convocados a la solidaridad. El Voluntariado misionero, factor de diálogo universal”. No obstante, Javier advierte del peligro de que el Estado, al apoyar las experiencias de voluntariado, contribuye a la pervivencia del modelo de sociedad de mercado en que vivimos. El Estado, mediante el voluntariado y las ONGs, cubre las deficiencias asistenciales del “Estado de Bienestar”; y, a través de su control, limita su capacidad de transformación real de la sociedad.

Frente a ese peligro, la cultura del voluntariado, como alternativa, apuesta por la “integración disidente” en una sociedad que no le gusta, y a la que exige cambios de valores y de actuaciones. La disidencia no niega la colaboración, pero la sitúa. Esta manera de entender la cultura del voluntariado contrasta con la moda efímera o el fenómeno del voluntariado acomodaticio:

El otro, en su situación real de dolor, abandono o exclusión, es el referente que debe tensionar el compromiso de los satisfechos. Ello no debe generar amargura ni culpabilidad, sino sentido de responsabilidad y de modestia, sabiendo que vamos a un paso lento en comparación con la injusticia y el sufrimiento que vivimos y que nos rodea⁴⁸.

e) La cultura y la ética del cuidado

Hoy más que nunca, necesitamos el paradigma y la ética del cuidado. El cuidado da origen a una cultura de solidaridad contra la competición; del compartir, contra el individualismo; del consumo sobrio, contra el consumismo y el desperdicio.

El cuidado nos hace acompañar al oprimido en sus luchas, y rescatar la vitalidad de los ecosistemas, dando descanso y paz a la Madre Tierra.

Solo la incorporación del cuidado como cultura y como espiritualidad para una ecología integral nos puede sacar del cortejo fúnebre de quienes van hacia su propia tumba.

Tenemos que pasar de una sociedad industrial, extremadamente contaminante, a una sociedad que sostenga la vida. En el ámbito de la economía, pasar de la acumulación de la riqueza para unos pocos a la producción suficiente y decente para todos. En las relaciones sociales y en la política, poner el cuidado en el centro, sin lo cual la vida no es posible porque somos interdependientes, y sin cuidado no hay vida⁶.

La economía del bien común, la humanización de la asistencia sanitaria, el ecofeminismo y el decrecimiento son algunas de las propuestas emergentes que están haciendo posible este nuevo paradigma.

¿Es posible que cuidar y cuidarnos sea la gran revolución pendiente, que ya está empezando a concretarse?

7. PATOLOGÍAS DEL CUIDADO

Aprender a cuidar-nos no es una meta que se alcanza solo al final del camino, sino una tarea que nos acompaña en cada momento, en cada paso, a lo largo de toda nuestra vida. Por lo tanto, es un reto incrementar la práctica del cuidado en toda circunstancia, en las buenas y en las malas, acogiendo los límites y las dificultades, cierta sombra de descuido, con humildad y un poco de humor. Comento aquí, para finalizar, algunas “patologías” del cuidado, también compañeras de camino, de los que tratamos de seguir las huellas de Jesús, el Buen Samaritano, compasivo y cuidador.

a) La negación del cuidado

La mayor aberración del cuidado es su negación. Como consecuencia, nos entregamos al deseo de poder y dominación, a la autoafirmación, a la exclusión del otro y al maltrato a las personas, a la familia y a la comunidad, a la sociedad y a la Tierra. De esto son ejemplo reciente los “negacionistas” de la pandemia o del cambio climático: en su no querer ver, se niegan a cuidarse y a cuidar.

b) El exceso de cuidado

Con el exceso de cuidado, nos volvemos obsesivos por preocuparnos demasiado de cuidar de todo y de todos. Esto provoca un perfeccionismo, que nos inmoviliza y nos produce insatisfacción y ansiedad constantes.

- *El exceso de cuidado para con uno mismo* da lugar al narcisismo y la afectación. Se da, en algunos casos, una obsesión por la salud corporal y la apariencia física. Si se tambalean, lo consideramos una desgracia, con el consiguiente “consumo” desenfrenado de recursos sanitarios, estéticos... Intentamos salvarnos solos, bajo el yugo del miedo y la preocupación excesiva por nuestra seguridad: nos “blindamos” personalmente del otro y, como sociedad, “blindamos” nuestras fronteras al que no es de los nuestros.
- *El exceso de cuidado a los otros* nos puede hacer transitar por veredas donde es muy fina la línea que separa la sana entrega y el amor al prójimo, de la vanidad, el martirio y el abandono de uno mismo. Este texto de “El olvido que seremos”, donde el autor cuenta la vida de su padre, Héctor Abad Gómez, médico salubrista asesinado en Medellín en 1987 por su incansable lucha por la mejora de las condiciones de vida en las zonas rurales de Colombia, me interpeló tras contagiarme al comienzo de la pandemia:

Hay una fuerza interior que los impele a trabajar a favor de los que necesitan su ayuda. Para muchos, esa fuerza se constituye en la razón de su vida. Esa lucha le da significado a su vida. Se justifica vivir si, cuando uno muera, el mundo es un poco mejor como resultado de su trabajo y esfuerzo.

No sé en qué momento la sed de justicia pasa esa frontera peligrosa en que se convierte también en una tentación de martirio. Un sentimiento moral muy elevado corre siempre el riesgo de desbordarse y caer en la exaltación del activismo frenético, el cual tiene cierto parentesco con la vanidad. Y esos reformadores a ultranza pueden llegar a ser personas que hacen, a su pesar, más mal que bien⁴⁹.

c) La carencia de cuidado: el descuido

A veces, estamos tan ocupados en tareas que “descuidamos” lo que de verdad importa, a nosotros mismos y a los otros. Nos puede la impaciencia. En este punto, insisto en algo que nos cuesta especialmente: *aprender a dejarnos cuidar por otros*, a dejarnos también cuidar como cuidadores que somos. Los profesionales sanitarios sabemos que, si no nos cuidamos, ni nos dejamos cuidar, padecemos el síndrome de *burnout* o del cuidador quemado (agotamiento físico, emocional y mental causado por el estrés que surge de la relación con otras personas).

Además de los sanitarios, están especialmente expuestas a este síndrome las personas que han elegido un “oficio” vocacional, que implica dedicación y entrega hacia terceros, como los educadores, trabajadores sociales y los religiosos, religiosas, sacerdotes, agentes de pastoral, etc. Todos nosotros sufrimos el “desgaste” de atender y cuidar de otros, y cargamos “pesadas mochilas” llenas de dolor que nos van lastrando. Vencer la resistencia a “ponernos del otro lado”, el de los necesitados de cuidados, descargar nuestras “mochilas” en los hermanos y dejarnos cuidar por ellos es el aprendizaje definitivo (“En verdad te digo que, cuando eras más joven, te vestías y andabas por donde querías; pero, cuando seas

viejo, extenderás las manos y otro te vestirá, y te llevará adonde no quieras” [Jn 21,18]).

8. A MODO DE CONCLUSIÓN

Cuidar es la concreción del mandato de Jesús de amar al prójimo como a ti mismo. El cuidado está en la esencia de lo humano, es la cualidad ética distintiva de lo que en la evolución entendemos por humano. Estamos “diseñados” bioquímicamente para el amor (o apego), el cuidado y la comunión con el otro. Humanizar esta vida: la salud de las personas, la comida compartida y las relaciones es lo que ocupó la vida de Jesús. Los cristianos de la primera hora dieron un testimonio encarnado que consistía en ayudar y cuidar a la gente que sufría; era una forma directa y eficiente de transmitir el Evangelio. San Agustín insiste en la necesidad de cuidar tanto el cuerpo como el alma. En su comunidad, el amor se convierte en la norma suprema, y fue también sensible a las necesidades y carencias de los pobres. El papa Francisco propone la cultura del cuidado como camino de paz, y demanda “artesanos de paz dispuestos a generar procesos de sanación”.

Cuidarse a uno mismo es el primer paso para aprender a cuidar-nos. Un estilo de vida saludable, que incluya la dieta mediterránea, la práctica de ejercicio físico en la rutina diaria, y el abandono del tabaco y el alcohol, previene las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, principales causas de muerte en muchos países.

Es necesario mantener las medidas de prevención frente al Covid-19, para seguir cuidando a otros, aun después de la vacunación.

Para cuidar la salud mental, se propone aceptar la propia fragilidad, establecer relaciones significativas (de amistad) con los demás, cumplir con la tarea asignada, y hablar a Dios desde el sufrimiento, desde una espiritualidad de la “resistencia” que aspira a no perderse a sí mismo; pero, de manera especial, a servir a los demás.

Para cuidarnos en casa, como familia y comunidad sanadora, necesitamos comprender que en lo cotidiano nos va la vida. La familia y la comunidad se parecen en el vivir de cada día, en sus “bondades” y en las dificultades y retos. En la proximidad, la escucha atenta y acogedora es el primer servicio al otro; la ternura es la expresión más bella, serena y firme del afecto y el respeto, y la caricia es su concreción. Perdonar es un proceso necesario para seguir amando.

Los mayores son nuestro tesoro. Para cuidar el envejecimiento de una manera ética, hemos de valorarlos, comprometernos con su dignidad, respetar su autonomía, favorecer su participación y proteger su vulnerabilidad. Se plantean recomendaciones para la consecución de un “envejecimiento activo”; entre ellas, la práctica de ejercicio físico acorde con la edad y situación.

Conocer las enfermedades y tratamientos médicos de los miembros de la familia o la comunidad, así como otorgar instrucciones previas o testamento vital, posibilitan una planificación de los cuidados dialogada entre el mayor y la familia o comunidad, respetando su autonomía y procurando el bien de todos los miembros.

En los cuidados al final de la vida, son básicos el acompañamiento y un buen control de los síntomas del enfermo. Para ello, puede ser necesaria la sedación paliativa.

Promover los buenos tratos y la protección de los menores y personas vulnerables es un reto de cuidado transversal en toda la acción pastoral. Es preciso reflexión personal, además de formación. No consiste solo en elaborar normas de actuación o buenas prácticas y protocolos, sino en identificar y sanar las relaciones, dinámicas y contextos que generan los abusos de poder, de conciencia y sexuales. El abuso de poder está en la base de todos los abusos. La prevención y la reparación son los dos grandes ejes de la cultura del cuidado, que hemos de implementar en los espacios pastorales, para convertirlos en entornos seguros. Establecer relaciones donde se dé la confianza, el reconocimiento del otro y el cuidado, y promover la horizontalidad y la sinodalidad en los ámbitos pastorales son algunas propuestas para la prevención de los abusos en la acción pastoral.

Para abordar las dimensiones económica, sociopolítica y ecológica del cuidado, se plantea un enfoque que comprende la crisis actual como una crisis de cuidados. La crisis climática es una crisis de civilización. La pandemia de Covid-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de cooperación en un mundo profundamente interdependiente. La injusticia estructural precisa una terapia estructural: no podemos ser neutrales. La cultura del voluntariado, que apuesta por la “integración disidente” en la sociedad, y la cultura y ética del cuidado (donde el cuidado a los excluidos y a la Tierra sean puestos en el centro) se presentan como las alternativas “terapéuticas”. Es posible que cuidar y cuidarnos sea la gran revolución pendiente, que ya está empezando a concretarse.

Por último, no podemos obviar algunas *patologías del cuidado*, como la negación del cuidado (negacionismo), el exceso de cuidados a uno mismo (narcisismo) o a los otros (vanidad), y el descuido a uno mismo (síndrome de *burnout*). Nos cuesta especialmente dejarnos cuidar por otros. Vencer la resistencia a ponernos del lado de los necesitados de cuidados y *dejarnos cuidar por los hermanos es el aprendizaje definitivo.*

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Boff, L., *Saber Cuidar*. 20 ed. Petrópolis: Vozes; 2017.
2. Torres-Pérez, P., *Teología en las periferias*. Madrid: San Pablo; 2020.
3. Olza, I., *Carta a paciente aislada (4): la pandemia personal* [Internet]. Blog de Ibone Olza. 2020 [citado 30 abril 2021]. Disponible en: <https://iboneolza.org/2020/03/19/carta-a-paciente-aisladao/>
4. Rosas, A., *Los neandertales*. Madrid: CSIC; 2010.
5. Olza, I., *Parir. El poder del parto*. Barcelona: Grupo Zeta; 2017.
6. Boff, L., *Reflexiones de un viejo teólogo y pensador*. Madrid: Trotta; 2020.
7. Eguiarte, E. A., “Ubi affectus, ibi misericordia” (en. Ps. 33, 1, 9). *San Agustín y la misericordia en las Enarraciones in Salmos*. Mayéutica 2016; 42: 89-132.
8. Castillo, J. M., *La humanidad de Jesús*. Madrid: Trotta; 2017.
9. Kreider, A., *La paciencia. El sorprendente fermento del cristianismo en el Imperio Romano*. Salamanca: Ediciones Sígueme; 2017.
10. Lobo-Arranz, A., *Pastoral en tiempos de COVID: ¿desastre u oportunidad?* *Sal Terrae. Revista de Teología pastoral de la Compañía de Jesús en España*. 2021; 1265: 335-348.
11. ARCORES España. Memoria 2020. [Internet] Página web ARCORES España. 2021 [citado 30 abril 2021] Disponible en: https://es.arcores.org/wp-content/uploads/2021/04/20_Memoria-ARCORES-Espan%CC%83a-2.pdf.
12. Djuth, M., *El cuidado del cuerpo en las obras primeras de Agustín: 386-395*. *Augustinus*. 2016; 61: 245- 261.
13. Eguiarte, E. A., *San Agustín y la vida fraterna: un itinerario existencial y trinitario*. *Augustinus*. 2014; 59: 77-118.
14. Eguiarte, E. A., *San Agustín y los pobres de su tiempo*. *Augustinus*. 2014; 59: 47-76.
15. Mensaje del Santo Padre Francisco para la celebración de la LIV Jornada Mundial de la Paz (1 de enero de 2021). [Internet] Página web oficina de prensa de la Santa Sede. 17 diciembre 2020 [citado 30 abril 2021] Disponible en: <https://press.vatican.va/content/salastampa/es/bollettino/pubblico/2020/12/17/mens.html>.
16. Actualización 2020. PAPPS. Aten Primaria. [Internet] 2020 [citado 30 abril 2021]; Supl 2 (1-172) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-52-num-s2-S0212656720X00114>.
17. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Documento informativo de vacunación frente a COVID-19 en la Comunidad de Madrid. [Internet] Página web CAM. 29 abril de 2021 [citado 30 abril 2021] Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/doc_tecnico_vacunacion_covid-19.pdf.
18. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud Estrategia de vacunación frente a CoVID-19 en España. Actualización 5. [Internet] Página web MSCBS. 20 abril 2021 [citado 30 abril 2021] Disponible en:

- <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV/vacunaCovid19.htm>.
19. Scquizzato, P., *Elogio de la vida imperfecta. El camino de la fragilidad*. Madrid: Paulinas; 2019.
 20. Chittister, J., *Ser mujer en la Iglesia*. Santander: Sal Terrae; 2006.
 21. Cabarrús, C. R., *Crecer bebiendo del propio pozo*. 12 ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2009.
 22. Harvard study of adult development. [Internet] Página web Adult Development Study. [citado 30 abril 2021] Disponible en: <https://www.adultdevelopmentstudy.org/>
 23. Vázquez, C., “*El Hambre de piel*”, *el síndrome neurológico que causa el aislamiento en la pandemia*. [Internet] Página web msn Microsoft News. 17 diciembre 2020 [citado 30 abril 2021] Disponible en: <https://www.msn.com/es-es/salud/vida-saludable/el-hambre-de-piel-el-s%C3%ADndrome-neurol%C3%B3gico-que-causa-el-aislamiento-en-la-pandemia/ar-BB1c00d4>.
 24. De Mello, A., *Una llamada al amor. Conciencia, libertad, felicidad*. Maliaño: Sal Terrae; 2015.
 25. Weil, S., *A la espera de Dios*. 5 ed. Madrid: Trotta; 2009.
 26. Gutiérrez-Merino, G., *Hablar de Dios desde el sufrimiento del inocente. Una reflexión sobre el libro de Job*. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1995.
 27. Esquirol, J. M., *La resistencia interior*. Barcelona: Acantilado; 2015.
 28. Bonhoeffer, D., *Vivir en comunidad*. Salamanca: Ediciones Sígueme; 2014.
 29. Saldaña-Mostajo, M., *Rutina habitada. Vida oculta de Jesús y cotidianidad creyente*. Maliaño: Sal Terrae; 2013.
 30. Jalics, F., *Ejercicios de contemplación*. Salamanca: Ediciones Sígueme; 2013.
 31. Bermejo, J. C., *La revolución de la ternura*. [Internet] Página web José Carlos Bermejo. 2016 [citado 30 abril 2021] Disponible en: <https://www.josecarlosbermejo.es/la-revolucion-de-la-ternura-2/>
 32. *La vejez: nuestro futuro. La condición de los ancianos después de la pandemia*. [Internet] Página web La Santa Sede. 2 febrero 2021 [citado 30 abril 2021] Disponible en: http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pont-acd_life_doc_20210202_vecchiaia-nostrofuturo_sp.html
 33. Goikoetxea-Iturregui, M., *Ética y buen trato a personas mayores. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*. [Internet] 2013. [citado 30 abril 2021]; 41: 424-448. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eticabuentratogoikoetxea.pdf>.
 34. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la SEMFYC. *Recomendaciones no hacer y hacer en el anciano*. [Internet]. En: *Congresos y ediciones SEMFYC*. 2019. Barcelona. [citado 30 abril 2021] Disponible en: https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2019/05/DOCUMENTOS-SEMFYC_40-SOCIOS.pdf.
 35. Garrido Barral, A et al., *Ayudar a planificar el futuro: Respetando la autonomía en la incapacidad*. [Internet] En: XXXIX Congreso de la SEMFYC. 9-11 de

- mayo de 2019. Málaga. [citado 30 abril 2021] Disponible en: https://semfyc.es/wp-content/uploads/2020/12/Planificar-el-futuro-respetando-la-autonomia-en-la-incapacidad_Malaga2019_def.pdf.
36. Cegri-Lombardo, F., *Planificación de decisiones anticipadas*. [Internet] En: Guía Atención Domiciliaria. Congresos y ediciones SEMFYC. 2019. Barcelona. [citado 30 abril 2021] Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2019/05/Cap%C3%ADtulo-Muestra.pdf>.
 37. Guía Práctica de salud SEMFYC. Organización y legislación sanitaria en España. [Internet] Página web SEMFYC [citado 30 abril 2021] Disponible en: <https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/guias/guia-practica-de-la-salud/>
 38. GdT Cuidados paliativos SEMFYC. *Acompañando al final de la vida. Atención al paciente moribundo*. [Internet] Página web SEMFYC. Junio 2016 [citado 30 abril 2021] Disponible en: https://semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/Taller_Acompa%C3%B1amiento_GdTCP.pdf
 39. González-Aguilera, J.-Gómez-Sáenz, J. T., *Mi madre tiene fiebre y no responde* [Internet] Página web SEMFYC. 2018 [citado 30 abril 2021] Disponible en: <https://e-documentossemfyc.es/urgepaliar/mi-madre-tiene-fiebre-y-no-responde-resolucion/>
 40. ARCORES España. *Normas de actuación de protección del menor*. [Internet] Página web ARCORES España [citado 30 abril 2020] Disponible en: <https://es.arcores.org/wp-content/uploads/2019/06/Co%CC%81digo-de-conducta-proteccio%CC%81n-menores.pdf>.
 41. Curso de Atención y Prevención de abusos. Proyecto REPARA. [Internet] Página web REPARA. Septiembre 2020 [citado 30 abril 2021] Disponible en: <https://repara.archimadrid.es/curso-de-atencion-y-prevencion-de-abusos/>
 42. Leal, C.-Valdivieso, F., *Tres elementos para una renovación de la practica sacerdotal*. Teología y Vida. [Internet] 2020. [citado 30 abril 2021]; 61 (3): 355-372. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/tv/v61n3/0717-6295-tv-61-03-0355.pdf>.
 43. Beltrán, J.,-Virgina Cagigal: “La Iglesia ha dado un paso decidido y claro para acompañar, cuidar y proteger a quienes han sufrido abusos”. [Internet] Página web Vida Nueva Digital España. 25 abril 2021 [citado 30 abril 2021] Disponible en: <https://www.vidanuevadigital.com/2021/04/25/virginia-cagigal-la-iglesia-ha-dado-un-paso-decidido-y-claro-para-acompanar-cuidar-y-protger-a-quienes-han-sufrido-abusos/>
 44. Fundacion FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada). *2020 Análisis y perspectivas. Distancia Social y Derecho al Cuidado*. [Internet] 2020. [citado 30 abril 2021] Disponible en: <file:///C:/Users/carme/Downloads/C%C3%81RITAS-analisis-y-persectivas-digital-00000002.pdf>.
 45. Mateos, O., *El shock pandémico. Sustrato, aprendizajes y horizontes de una crisis global*. [Internet] Cristianisme i Justicia. 2021 [citado 30 abril 2021]; 221: 3- 31. Disponible en: <http://www.herrerohernansanz.es/wp-content/uploads/2021/02/81-El-Shock-pand%C3%A9mico.pdf>

46. Aguerri, J. M.^a, *Educación para la justicia y la solidaridad*. Madrid: Federación Agustiniiana Española; 2002.
47. Sánchez-Portela, J., *Convocados a la solidaridad. El voluntariado misionero, factor de diálogo universal*. [Internet] Página web agustinos recoletos. 2021 [citado 30 abril 2021] Disponible en: <https://www.agustinosrecoletos.com/wp-content/uploads/2021/04/2-el-voluntariado-misionero-2021.pdf>.
48. Aranguren-Gonzalo, L. A., *Los retos en el voluntariado de hoy* [Internet]. Página web voluntariado de marginación Claver valencia. 2001 [citado 30 abril 2021]. Disponible en: [http://www.dwvalencia.com/claver/Documentos/retosdelvol\(aranguren\).pdf](http://www.dwvalencia.com/claver/Documentos/retosdelvol(aranguren).pdf).
49. Abad-Facioline, H., *El olvido que seremos*. Barcelona: Penguin Random House; 2017.

D^a. CARMEN MONTEJO
Médica de Familia
Madrid (España)



Instituto de Espiritualidad e Historia
Curia General