



# El arte del cuidado como elemento humanizador en la era de la tecnología

José Carlos Bermejo Higuera

Director del Centro de Humanización de la Salud San Camilo

Fecha de recepción: 00/00/2018

Fecha de aceptación: 00/00/2018

## Sumario

1. Desarrollo tecnológico y deshumanización. 2. El hombre empieza cuando empieza la máquina.
3. Hacia la humanización. 4. Riesgo de tecnolatría. 5. Objetivo de la medicina.
6. La necesaria reflexión ética. 7. ¿Cosificación útil? ¿Amistad médica?
8. Tecnología al final de la vida. 9. Formación de los profesionales.
10. Cuidar con arte ante la vulnerabilidad humana. 11. La revolución de la ternura.
12. Acogida hogareña. 13. El sanador herido en el arte de acompañar empáticamente.

## RESUMEN

*Asistimos a procesos de desarrollo tecnológico que, en sí mismos, no tienen por qué ser deshumanizadores, pero pueden venir en menoscabo de relaciones de cuidados si estos no son el despliegue del arte del encuentro humano. El acompañamiento requiere hacer de este un espacio donde la vulnerabilidad y las potencialidades de unos y otros se dan cita en una hospitalidad humanizadora que promueve la dignidad del ser humano. Sanadores heridos que hacen de la técnica un medio y no un fin. Profesionales con competencias blandas que empoderan en las relaciones de ayuda.*

## Palabras clave:

*Humanizar, cuidado, acompañar, sanador herido.*

## ABSTRACT

*We are witnessing processes of technological development which, in themselves, do not have to be dehumanizing, but they may come in impairment of relationships of care if these are not*



*the deployment of the art of the human encounter. The accompaniment requires to make this a place where the vulnerability and the potential of some and others gather in a humanizing appointment that promotes the dignity of the human being. Wounded healers that make the technique a means and not an end. Professional with soft skills that empower in aid relationships.*

**Key words:** *humanizing, care, accompany, wounded healer.*

Era tecnológica... En realidad, el hombre empieza cuando empieza la técnica, decía Ortega y Gasset. Sin embargo, el riesgo de la carrera tecnológica puede hacer venir a menos el cuidado humanizado. Es el caso de la medicina, que del arte del encuentro personal entre el Galeno y el paciente, va pasando a la medicina basada en la evidencia y hoy a la medicina basada en resultados clínicos, en el valor aportado al conocimiento que se evalúa continuamente para ponderar lo que aporta al individuo y a la colectividad. La gestión de la información y el conocimiento es la línea de trabajo, más que la humanización del cuidado.

Pero sentimos también la urgencia de realizar programas que nos permitan darle la relevancia necesaria al arte del cuidar. En estas líneas tomaré el campo de la salud como referencia, como paradigmático de necesidad de humanización mediante el arte del cuidado. Las reflexiones son extensibles a otros ámbitos del acompañamiento y la intervención social.

## 1 DESARROLLO TECNOLÓGICO Y DESHUMANIZACIÓN

Existe una amplia corriente de pensamiento que asocia el desarrollo de la tecnología con la deshumanización. Desde este enfoque en general se sostiene que la tecnología tiene el efecto de entorpecer las relaciones humanas aislando y alienando a las personas. No lo comparto.

Una afirmación frecuente es que junto al desarrollo de la técnica ha ido produciéndose y creciendo un proceso de deshumanización. No lo comparto.

A veces el discurso cobra incluso tonos nostálgicos, halagando aquella medicina pobre en medios (conocimientos, métodos diagnósticos y terapéuticos), que hacía abundante uso sobre todo de uno de los recursos existentes: la relación humana al servicio del enfermo.

Con frecuencia, me parece asistir a un discurso reductivo que lleva también a constatar *el peligro de contraponer técnica y humanización*.

Quizás una cierta animadversión espontánea hacia la máquina como causa de deshumanización o como opuesta a la humanización en salud (y en general) tenga raíces ancestrales. Símbolo de ella puede ser el mito de Prometeo, según el cual, este robó al dios Zeus la semilla del fuego, símbolo de las habilidades técnicas y de la capacidad de transformar la naturaleza y, por desmesurado e imprudente, Zeus le castigó atándole a una columna y enviándole un águila voraz que le devoraba el hígado que se iba regenerando en un suplicio eterno.



Prometeo representa, por un lado, al bienhechor de la humanidad porque entrega al hombre la capacidad de transformar con la técnica la naturaleza, y, por otro, la desmesura y la imprudencia porque no bien utilizada, la técnica acarrea necesariamente desgracias en forma de pobreza para muchos y riqueza para pocos, guerras, desaveniencias sociales, envidias, etc. Así, la técnica aparece en el imaginario cultural con frecuencia dotada de poderes demoníacos, contranaturales, antihumanos, como si hubiera un persistente enfrentamiento entre humanidades y técnica.

Parecería como si el humanismo se sintiera acomplejado y el técnico omnipotente, con lo que uno y otro se obnubilan sin remedio.

## 2 EL HOMBRE EMPIEZA CUANDO EMPIEZA LA MÁQUINA

En cambio, a mi juicio, la técnica, la máquina, es un medio que más que deshumanizar puede humanizar, en función de cómo se utilice. Así lo creía Ortega: «El hombre empieza cuando empieza la técnica. No hay hombre sin técnica», escribió. Quien deshumaniza, por tanto, es el ser humano.

La «cibernetización», ha afirmado José Antonio Marina, esclaviza/libera, proporciona/elimina trabajo, da seguridad/vulnera, aliena/integra, empobrece/enriquece al ser humano. Lo importante es educar al usuario en la comprensión de la complejidad y de las repercusiones humanas y éticas de su aplicación y en la organización social<sup>(1)</sup>.

No obstante, no podemos negar la estrecha relación entre tecnificación y deshumanización en el mundo de la salud. Al mismo Instituto Nacional de la Salud de España, en el año 1984, cuando activó un *Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria*, no se le escapaba algo que responde al sentir generalizado de nuestra sociedad: la necesidad de humanizar. Y justificaba el plan diciendo que la enfermedad genera una situación de indefensión que hace sentirse a la persona desvalida, por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible. Se decía entonces: «La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina»<sup>(2)</sup>.

Parece como si un doble proceso paralelo hubiera tenido lugar: la extensión de la asistencia sanitaria a todos (en nuestro contexto español)

(1) MARINA, J. A.: *Máquinas, espíritu y efecto 2000* (entrevista a Marina-Sáez Vacas), *El Cultural* (21 de noviembre de 1999), 78.

(2) Plan de humanización de la asistencia hospitalaria, INSALUD, 1984, 19.

acompañada de mayor técnica a su servicio, y la deshumanización de la misma. Y en este segundo proceso, pudiera olvidarse fácilmente de que la asistencia se está procurando a una persona que se encuentra en un particular momento de debilidad, cuya respuesta no puede reducirse a una intervención técnica, por muy apropiada que esta sea y muy al alcance de todos que estuviera.

Miguel Delibes, rechazando una torpe idea del progreso, escribe: «Mis personajes son conscientes, como lo soy yo, su creador, de que la máquina, por un error de medida, ha venido a calentar el estómago del hombre pero ha enfriado su corazón»<sup>(3)</sup>. Ciertamente no es la máquina quien enfría el corazón, digo yo, sino el que la usa. Porque también la máquina da calor al corazón si quien la usa lo hace bien y para objetivos dignos.

### 3 HACIA LA HUMANIZACIÓN

Un primer aspecto humanizador de la salud se centra en el respeto a la unicidad de cada persona. Cada persona es irrepetible, no puede ser generalizada, y responde con un estilo propio a las crisis de la vida. El peligro es que todo el tiempo de la relación clínica sea absorbido por la enfermedad y que no quede nada para las personas.

En segundo lugar, el contacto debe intentar reconocer el protagonismo de los pacientes y familiares en los procesos de salud. Para convertirse en protagonista, el enfermo debe ser ayudado a comprender su situación con una información clara y precisa.

Razón y corazón han de dialogar sabiamente con una inteligencia ética integrada que supere el racionalismo y el emotivismo para humanizar la vida, porque no es lo mismo *ser humano* que *vivir humanamente*, y precisamente esta última es la tarea que nos ha sido encomendada a cuantos vivimos.

En la mayor parte del mundo se muere con dolor. En la mayor parte del mundo se muere de enfermedades evitables, curables, pero sin contar con recursos para ello. Entre pobreza y enfermedad hay un estrecho vínculo escandaloso que hace que muchas de las enfermedades sean una manifestación de la pobreza<sup>(4)</sup>. Hablamos de agua potable, de alimentación, de vacunación, de condiciones habitacionales, de higiene. Hablamos de lo que, en el

(3) Plan de humanización de la asistencia hospitalaria, INSALUD, 1984, 19.

(4) BERMEJO, J. C. (Ed.) (2008): *Salud y justicia*. Madrid: PPC.



mundo así llamado desarrollado, damos por descontado cuando pensamos en parámetros de salud porque nos movemos en coordenadas de derroche, abundancia.

Es realmente espectacular el progreso de la técnica diagnóstica y terapéutica en los últimos años. Es esperable que el valor aportado por los resultados clínicos genere conocimiento, se transfiera y permita mejorar con visión global (mundial) y holística de la persona.

## 4 RIESGO DE TECNOLATRÍA

Pero, en la praxis comprobamos —como dice Rocamora<sup>(5)</sup>— que junto a beneficios notables (prolongación de la vida, disminución del dolor, etc.) conlleva o puede arrastrar graves inconvenientes. Entre otros, hacer del enfermo una máquina corporal averiada y del profesional de la salud un mecánico, y aumentar de forma progresiva la separación entre ambos. En numerosas ocasiones, el enfermo y el profesional de la salud se encuentran «unidos» solamente por aparatos, tubos y demás instrumentos terapéuticos. Como consecuencia, paulatinamente, se ha ido depositando la confianza en los medicamentos e instrumentos accesorios de diagnóstico o tratamiento en lugar de en la persona. En esta situación son dos los peligros más graves de la técnica: el reduccionismo y la tecnolatría.

El primero llevaría a minimizar el enfermar humano, contemplándolo solo con el prisma de la técnica y buscando el remedio solo a través de la ciencia instrumental. El segundo llevaría a la tecnolatría, al depositar toda nuestra capacidad de curación solo en los procedimientos técnicos, olvidando que también la palabra y el encuentro son medios eficaces de sanación y de cuidados.

En efecto, la tecnología se puede volver tirana<sup>(6)</sup>, es decir, puede hacer que se filtre la idea de que cada descubrimiento científico y tecnológico constituye un progreso y, como tal, debe ser necesariamente empleado. «Esta tiranía se sostiene y perpetúa por un juego de fuerzas que comprende la solicitud del cliente, el deseo de los profesionales de ofrecer productos (curación/cuidados) y la búsqueda de beneficio por parte del hombre de negocios»<sup>(7)</sup>.

(5) ROCAMORA, A. (2000): *Un enfermo en la familia. Claves para la intervención psicológica*. Madrid: San Pablo.

(6) GEIGER, H. J. (1975): «The causes of dehumanization in health care and prospects for humanization», en HOVARD, J. y STRAUSS, A. (eds.): *Humanizing health care*, Nueva York, 27.

(7) BRUSCO, A. (1983): *Umanità per gli ospedali*. Varese: Salcom, 27.

## 5 OBJETIVO DE LA MEDICINA

Vivimos en una cultura medicalizada. El gran volumen de personas que solicitan servicios sanitarios genera una demanda que presiona a los sistemas estimulando su hipertrofia. Detrás se esconde un simplismo con el que se enfoca la solución a ciertas problemáticas sociales e individuales y a problemas existenciales. Creemos que para todo problema personal, biográfico, existe una solución clínica, un remedio que me gustaría me fuese asignado de manera gratuita o mediante un cómodo sistema de prepago del que yo me beneficiase más que los demás y cuya cartera de servicios fuera ilimitada y creciente. Una medicina a la carta, con tarifa plana, que se centra mucho más en los signos y síntomas que en las causas del malestar personal y social.

No olvidemos las sabias palabras de Hipócrates en *Sobre el arte*: «El objetivo de la medicina es disminuir la violencia de las enfermedades y evitar el sufrimiento a los enfermos, absteniéndose de tocar a aquellos en quienes el mal es más fuerte y están situados más allá de los recursos del arte».

Quizás uno de los problemas más intensamente experimentados por ciudadanos de países desarrollados y por la cultura imperante también en los que no tienen mucha abundancia de recursos, es la «colonización tecnológica del mundo sanitario» con la consiguiente posibilidad de reducción del ser humano a objeto<sup>(8)</sup>. Este proceso de conversión de lo subjetivo en objetivo, de lo singular en lo seriado, se denomina cosificación y a través de él, se puede producir una grave pérdida de identidad personal.

Las cualidades del corazón pueden ser como tragadas por la trascendencia de la técnica: cuanto más se tecnifican los cuidados sanitarios más se pueden hacer mecánicas las relaciones con las personas.

## 6 LA NECESARIA REFLEXIÓN ÉTICA

Sin duda, el proceso de inmersión en la tecnificación creciente, la colonización tecnológica de los procesos de sanación plantea grandes interrogantes que han de formar parte de la reflexión bioética.

Se hace necesaria una reflexión ética sobre el uso de la técnica. De lo contrario, sin preguntas sobre el bien y el mal, lo justo y lo injusto... puede suce-

(8) GADOW, S. A. (1985): «Nurse and patient: the caring relationship», en BISHOP, A. y SCUDER, J. R.: *Caring nurse curing physician coping patient*, Alabama: University of Alabama, 33-34.



der no que la técnica nos deshumanice, sino que nosotros deshumanicemos el uso de la técnica y su sentido.

## 7 ¿COSIFICACIÓN ÚTIL? ¿AMISTAD MÉDICA?

Algún autor, como Omar Sultan Haque y Adam Waytz, de la Universidad de Harvard, a la vez que denuncia el proceso de deshumanización y reclama la necesaria actitud empática como potencial clave de humanización, dice que es necesario distinguir cuándo la deshumanización es útil y cuándo no lo es.

Argumenta que la deshumanización es útil (se refiere a la cosificación) solo en contextos específicos, tales como cuidados intensivos. Waytz dice que «la funcionalidad de la deshumanización varía violentamente a través de las especialidades desde pediatría a cirugía ortopédica». A la vez, insisten en la necesidad de eliminar lo que llaman la «ceremonia de la bata blanca»<sup>(9)</sup>. Aun siendo un modo provocador de decirlo, evocan esa parte de intervenciones en salud que comportan alta dosis de necesaria mirada objetivadora (solo puntual y transitoria) al cuerpo humano para proceder a prácticas terapéuticas. Es aquí donde indebidamente, a mi juicio, se excusan algunos profesionales argumentando la necesaria distancia y frialdad y extrapolando la actitud debida de algunas intervenciones al ser profesional en general.

Gregorio Marañón decía: «Hay que atreverse a decir muy alto que, para el médico, la técnica es secundaria. En último término no es su misión ejecutarla. Los técnicos mejores son, con frecuencia, gentes manuales y asalariadas, ejecutantes exentos de la preocupación creadora. Lo esencial (...) no es la técnica, sino el planteamiento, que es donde palpita el poder creador; y en este, y no en la técnica, es donde hay que ir a buscar la verdad o el error de los resultados»<sup>(10)</sup>.

Laín Entralgo dirá que el fundamento del amor al arte médico se encuentra en el amor al enfermo, como decía Hipócrates. Marañón, dirá Laín, «bajo su severa y certera crítica de la técnica deshumanizada, nuestro gran médico fue, y no podía no ser, un entusiasta de la técnica al servicio de la dignidad humana y del amor al menesteroso»<sup>(11)</sup>.

(9) *La deshumanización de la medicina moderna*, disponible en: <http://ecodiario.economista.es/interstitial/volver/acierto-julio/salud/noticias/3833541/03/12/La-deshumanizacion-de-la-medicina-moderna.html>, acceso en julio de 2017.

(10) MARAÑÓN, G. (1961): *Vocación y Ética y otros ensayos*, Madrid: Espasa Calpe, 48.

(11) LAÍN ENTRALGO, P. (1988): *Cajal, Unamuno y Marañón*. Tres españoles. Barcelona: Círculo de Lectores, 191.

El peligro, pues, es «la tentativa de cientificismo, que pretende convertir la Medicina en ciencia exacta»<sup>(12)</sup>. Un desafío es recuperar la dimensión vocacional de la medicina. «¿Y qué es vocación? —se pregunta Diego Gracia— ¿Algo así como una emoción romántica surgida en el interior de uno mismo? Nada más alejado de la realidad. Para Marañón se trata de «una emoción primordial del deber, con detrimento de los posibles derechos» (Marañón, 1973). Y añade: «La vocación es una cuestión de fe y no de técnica»<sup>(13)</sup>.

## 8 TECNOLOGÍA AL FINAL DE LA VIDA

En nuestra sociedad, «la no integración de la muerte conlleva, en muchas ocasiones, dejarse llevar por un gran número de falsas esperanzas: otro centro más avanzado, un fármaco experimental, un aparato más sofisticado van a lograr vencer la muerte. Se pueden depositar esperanzas desmedidas en la medicina, como si fuera la ciencia de alargar la vida, provocando así una profunda deshumanización del morir»<sup>(14)</sup>.

A principios del siglo XXI Eric J. Cassell, un profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cornell, publicó en *The New England Journal of Medicine* un artículo que luego se convertiría en libro con el mismo título: *La naturaleza del sufrimiento y los objetivos de la medicina*.

Pocos años más tarde un nuevo artículo de Callahan, con el título «La muerte y el imperativo investigador», vuelve sobre el mismo tema y concluye que «los objetivos de la medicina son dos, y ambos de la misma categoría y la misma importancia; por una parte, permanece el objetivo médico de los últimos siglos, luchar contra las enfermedades; pero, por otra, cuando, a pesar de todos nuestros esfuerzos, llegue la muerte —ya que nuestra especie nunca podrá posponerla indefinidamente— conseguir que los pacientes mueran en paz»<sup>(15)</sup>.

Nuevas leyes retoman la necesidad de «plantarse ante la técnica» en lo que conocemos como adecuación del esfuerzo terapéutico.

«Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico de vida limitada así lo aconseje. Es la adaptación de los tratamientos a

(12) PIÑAS, A. (2014): «Aspectos éticos de la relación médico-paciente en Gregorio Marañón Posadillo», en: PEÑA, J. y PIÑAS, A. (Coord.): *El humanismo médico en Gregorio Marañón*. Madrid: CEU Ediciones, 107.

(13) GRACIA, D.: «Marañón como modelo», en *Arbor*, 189 (759). En línea en: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.759n1006>, acceso 15 septiembre 2017.

(14) DE LA TORRE, J. (2012): *Pensar y sentir la muerte*. Madrid: San Pablo, 223.

(15) BAYÉS, R. (2001): *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca, 11.



la situación clínica del paciente. La adecuación del esfuerzo terapéutico supone aceptar la irreversibilidad de una enfermedad en la proximidad de la muerte y la conveniencia de abandonar las terapias que mantienen artificialmente la vida, manteniendo las de tipo paliativo. Forma parte de la buena práctica clínica y es una obligación moral y normativa de los profesionales»<sup>(16)</sup>.

Pero, además de asistir al olvido de la misión de la medicina, causa de deshumanización, podemos asistir también a una no distinción entre dolor y sufrimiento, cayendo en la deshumanizadora reducción del sufrimiento a los aspectos biológicos y no tratando a la persona en su globalidad.

También la ley prevé el rechazo de tratamientos o retirada del consentimiento, particularmente por considerarlo fútil o desproporcionado. La Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su art. 2.3 y 2.4 dice:

«El paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley; su negativa al tratamiento constará por escrito».

La nueva Ley de 9 de marzo de 2017, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, en su art. 5.2 dice sobre el consentimiento:

«Es un proceso gradual y continuado, plasmado en ocasiones en un documento suscrito por el paciente, mediante el cual este, capaz y adecuadamente informado, acepta o no, someterse a determinados procesos diagnósticos o terapéuticos, en función de sus propios valores. Deberá dejarse constancia en la historia clínica de las decisiones que se vayan adoptando».

## 9 FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

La formación centrada de forma casi exclusiva en el desarrollo de habilidades técnicas, en detrimento de los contenidos filosóficos y antropológicos humanistas, casi inexistentes en los programas de pre y posgrado, unido a la enseñanza de una ética limitada a códigos administrativos y procedimentales o a la presentación de leyes o códigos deontológicos, genera como resultado profesionales con un nivel de saber científico elevado, con gran pericia técnica, pero con una paupérrima formación humana y la consecuente incapacidad para interactuar con competencias relacionales, emocionales, éticas y espirituales con los pacientes y sus familias. Estamos lejos de una perspectiva holística e integradora. Lejos de una medicina que haga honor a su nombre.

(16) LEY 4/2017, de 9 de marzo, de *Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir*, n.º 12

La ausencia de competencias blandas es causa de deshumanización por el perfil de profesional que adquiere la persona que no las desarrolla. Las competencias blandas son aquellos atributos o características de una persona que le permiten interactuar con otras personas de manera efectiva. No son solo un ingrediente en particular, sino que son el resultado de una combinación de habilidades sociales, de comunicación, de forma de ser, de acercamiento a los demás y otros factores que hacen a una persona dada a relacionarse y comunicarse de manera efectiva con otros. Son especialmente necesarias para las profesiones de ayuda en la vulnerabilidad<sup>(17)</sup>. Un buen diagnóstico, una buena adherencia al tratamiento, una mala noticia bien dada, un final de vida bien acompañado, dependen de estas competencias.

Las competencias blandas (como elemento a relacionar con las «duras», es decir, las científico-técnicas) tienen relación con lo que se conoce como inteligencia emocional, inteligencia moral, inteligencia espiritual, inteligencia cultural... La relación y comunicación efectiva se ve afectada principalmente por la capacidad de conocer y manejar las emociones, los valores, tanto en nosotros mismos como en los demás. También se puede utilizar el término de «competencias interpersonales» para agrupar a estas habilidades en una persona<sup>(18)</sup>. Pere Tarrés, que como médico era realmente excepcional, cuajado de sus hondos valores decía: «Nuestra actuación de puertas afuera tiene que ir precedida de una buena preparación de puertas adentro». Un desafío para el desarrollo humano del médico.

## 10 CUIDAR CON ARTE ANTE LA VULNERABILIDAD HUMANA

Una de las claves para humanizar las relaciones es considerar el cuidado como arte. En el siglo XVI hubo un interesante revolucionario del cuidado (san Camilo de Lelis) que cambió radicalmente los olores hediondos por aire puro, que habló del hospital como jardín, que concibió las llamadas de los enfermos como sinfonía, que fue visto saltando y bailando por el hospital. Un biógrafo sostiene que una de las intuiciones más brillantes de este «genio de la caridad» es la de haber introducido, en la asistencia a los enfermos, la *idea de la belleza*<sup>(19)</sup>.

En efecto, cuentan biógrafos de uno de los grandes humanizadores del mundo de la salud, san Camilo, en tantas cosas de rabiosa actualidad, que era un artista del cuidado. Su presencia en el hospital del Espíritu Santo en Roma

(17) BERMEJO, J. C. (2011): *Introducción al counselling*. Santander: Sal Terrae.

(18) SANTOS, E. y BERMEJO, J. C. (2015): *Counselling y cuidados paliativos*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

(19) SANNAZARO, A. (2000): *Todo corazón para los enfermos. Camilo de Lelis*. Santander: Sal Terrae.



mostraba una creatividad al servicio de los enfermos como solo se puede encontrar en otras personas de semejante hondura humana. Inventaba aparatos, personalizaba los cuidados, realizaba cambios inauditos. Concebía el servicio como una obra de arte.

En el mundo de la salud, como en casi todos, los modelos de gestión de la excelencia o de la calidad están promoviendo el trabajo por procesos definidos que garanticen el buen cumplimiento de las tareas necesarias para cuidar a los enfermos y familiares. No cabe duda de que es este un avance en el deseo de aplicar la evidencia a la mejora y a la calidad de la atención.

Ahora bien, nada de esto debería anular la concepción de las profesiones sanitarias como arte. Este hombre rudo al que nos estamos refiriendo no es un antiguo por ser del siglo XVI. Es un ejemplo de creatividad, de conversión de la profesión en artesanía. El término *artesanía* se refiere al trabajo realizado de forma manual por una persona en el que cada pieza es distinta a las demás, diferenciándolo del trabajo en serie o industrial. Humanizar pasa por convertir la aplicación de los protocolos, procesos, planes de cuidados, evidencias científicas y cuanto pueda contribuir al bien del otro, de manera tan personal que quien los recibe sienta esa relación como única.

Los artesanos se caracterizan por usar materiales típicos de su zona de origen para fabricar sus productos. Son profesionales, pero muy particulares. Tanto que la «profesionalización» de su trabajo podría hacer perder su especificidad, su diferencia, su toque particular.

Cuando Camilo exhorta a sus compañeros a «cuidar como lo haría una madre a su único hijo enfermo» está pidiendo un grado de personalización y creatividad que solo el amor es capaz de desplegar<sup>(20)</sup>. La capacidad de transformar objetos cotidianos en instrumentos terapéuticos o de ayuda para los enfermos será siempre una de las cosas que distinga a un buen cuidador. Inventar artilugios y procedimientos a la medida de la legítima rareza personal o impuesta por la situación de cada uno es un indicador de arte.

La expresión *artesanía del cuidado* ha entrado muy recientemente en el mundo de la enfermería de la mano de Carmen de la Cuesta Benjumea, implicando esa valencia de invención y creatividad, tanto técnica como emocional. Inventar el cuidado pasará por hacer de él no solo una tarea práctica para resolver problemas, sino un oficio que transforma al paciente, el mundo material del cuidado y al propio cuidador. Sí, al propio cuidador también, porque la relación en el cuidado puede hacer artista al agente de salud.

(20) ALVAREZ, F. y BERMEJO, J. C. (coord.) (2013): *Diez miradas sobre Camilo de Lejis*. Santander: Sal Terrae.

Mucho de los profesionales de la salud se juega en conjugar el verbo cuidar. Sí, y no solo para los profesionales de enfermería, que tendrían a gala este verbo. Reconozcamos que también para el resto el verbo es fundamental: cuidar está en el corazón de las profesiones de salud. No solo curar o intentar evitar la muerte; también cuidar. Cuidar en la cronicidad, en la dependencia, en los procesos diagnósticos, en los terapéuticos. Cuidar siempre.

Pues bien, en este contexto la familia del enfermo es, con frecuencia, la gran olvidada. Incluso muchas veces, cuando el enfermo es un niño. Un proceso de una cierta «apropiación» del paciente realizamos los agentes de salud hasta el punto de expresarnos así: este es mío, este es de mi compañera.

Hacer del cuidado *artesanía* comportará pensar en esos cuidadores tan importantes a los que nos referimos muchas veces con la expresión «cuidadores informales» que son los familiares. Ellos tienen miedo, a veces ignorancia, otras información, otras recursos, otras conocimiento y creatividad.

Considerar al cuidador simplemente como recurso nos llevaría a convertirlo en medio para un fin, para el fin de asistir al enfermo. Y quizás estemos cayendo cada vez más en la cuenta de cuánto de verdad haya en que la mayor parte del peso del cuidado en la enfermedad y en la dependencia está en manos de los familiares.

Un paso adelante en la *artesanía del cuidado* sería convertir al cuidador informal, al familiar, en aliado del cuidado, en cooperador y facilitador para centrarnos en los intereses y el bienestar del paciente. Ya aquí habríamos de pensar también en la necesidad de cuidar al cuidador para lograr bien los objetivos.

Pero, en realidad, la *artesanía del cuidado* podría hacernos caer en la cuenta de que el cuidador familiar es «materia prima», es destinatario de cuidados, es aliado en el escenario de la vulnerabilidad, es agente y paciente, es sujeto activo que cuida y sufre, que necesita ayuda, que genera unos problemas y soluciona otros.

Cuando las relaciones en salud se mercantilizan, se deshumanizan. Cuando nos pensamos a nosotros mismos como técnicos del conocimiento o de los procesos y al enfermo como único destinatario de la intervención, nos perdemos lo más hermoso del potencial humanizador que tiene la red de redes que se crea en torno al enfermar, al sanar o al morir.

Yo quiero soñar, quiero seguir soñando con un día en que la inventiva y creatividad de los profesionales cristalice de tal manera su potencial que cambie incluso nuestro modo de expresarnos. Sueño con encontrar artesanos de la relación.



Sueño no solo con dejar de escuchar críticas sobre pacientes y familiares, sino que espero aún llegar a escuchar frases como estas: «El paciente está emotivamente inestable» (y no solo hemodinámicamente). «El paciente —o el familiar— está espiritualmente angustiado» (y no solo psicológicamente). «La madre, el hijo o cualquier miembro de la familia necesita un extra de comunicación, de soporte emocional», y no solo de un fármaco para síntomas físicos. «Mi radar emocional me dice que suenan pitidos de alarma que me reclaman». «Mi compañero o compañera necesita un “chupito” de escucha», y no solo de un analgésico. «Suenan la bomba del corazón del paciente porque se siente solo y tiene miedo»<sup>(21)</sup>.

Sí, quiero soñar con el fondo de la tradicional expresión *ars medica* aplicado a todo el mundo de la salud. Al mundo clínico, sí, pero impregnado de la dimensión relacional sin la cual no podría existir. Quiero soñar con un nuevo paradigma que opere dentro de las profesiones sanitarias que se proponga interpretar el complejo mundo de la sanidad con una perspectiva holística y genuinamente humanizadora.

## 11 LA REVOLUCIÓN DE LA TERNURA

Ha sido el papa Francisco el que ha reiterado la invitación a hacer la revolución de la ternura. Invita a «descansar en la ternura», habla de «la fuerza de la ternura», de «una montaña de ternura», insistiendo que no es una virtud de los débiles; evoca la «ternura combativa de los embates del mal», y construye el binomio de «justicia y ternura». No era frecuente encontrar estas palabras en documentos de envergadura como una exhortación apostólica.

Quizás tampoco es muy frecuente pensar en la ternura en las relaciones de ayuda y las diversas formas de terapia. Parece que evoca cierta debilidad, que su espacio natural es el de las relaciones con los niños y, posteriormente en las íntimas, asociándose más directamente a la caricia. Algunos autores refieren la importancia de la ternura en la creación del apego, como es el caso de Bowlby<sup>(22)</sup>, en quien tanto se apoyan distintas comprensiones del sufrimiento asociado a pérdidas y duelo.

Sin embargo, la ternura no se agota en las caricias. Es la cualidad de la persona que muestra fácilmente el afecto, la dulzura y la simpatía.

(21) BERMEJO, J. C. y BRUSCO, A. *et al.*, (2015): *La humanización en salud. Tarea inaplazable*. Bogotá: San Pablo.

(22) BOWLBY, J. (1993): *El apego y la pérdida*, Barcelona: Paidós.



La ternura es la expresión más serena, bella y firme del respeto y del amor. Es traducción del reconocimiento hacia una persona a la que no se quiere juzgar, sino ayudar. La ternura se muestra en el detalle sutil, en el símbolo (regalo) inesperado, en la mirada cómplice o en el abrazo entregado y sincero. Gracias a la ternura se crean también vínculos, no solo en la pareja o con los hijos, sino en las relaciones de ayuda. Sin ternura es difícil que prospere la relación de ayuda.

Gandhi decía que un cobarde es incapaz de mostrar amor. Y así es: paradójicamente, la ternura no es blanda, sino fuerte, firme y audaz, porque se muestra sin barreras, sin miedo. Es más, no solo la ternura puede leerse como un acto de coraje, sino también de voluntad para mantener y reforzar el vínculo de una relación. La ternura hace fuerte el amor y enciende la chispa de la alegría en la adversidad. Gracias a ella, toda relación deviene más profunda y duradera porque su expresión no es más que un síntoma del deseo de que el otro esté bien.

La ternura es una cara de la misericordia. No es ñoñería. Quizás se puede decir con el ensayista francés Petrus Jacobus Joubert que «la ternura es el reposo de la pasión» y que es expresión de profundo respeto reconfortante para la persona a la que se desea acompañar.

Las corazonadas, las fuertes intuiciones que se revelan como realidades ciertas, se generan en el corazón. Diversos autores que han profundizado en el estudio de este «tercer cerebro» sostienen que el ingenio, la iniciativa y la intuición nacen de él: este cerebro está más abierto a la vida y busca activamente una comprensión nueva e intuitiva de lo que más le importa a la persona en la vida.

«Una palabra salida del corazón calienta durante tres inviernos», dice un proverbio chino. Ese calor favorece la relación terapéutica y se traduce en afabilidad, afecto, amor, cordialidad, dulzura, finura, interés, misericordia, querer bien, estima, caricia, delicadeza, expresión o palabra cariñosa y afectuosa, sensibilidad, simpatía, solicitud. Todo, al servicio de la persona herida y como despliegue de un ayudante maduro e integrado.

En efecto, la ternura encuentra también un espacio para desarrollar su extraordinario valor en los momentos difíciles. Expresar el afecto, saber escuchar, 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 cargados de significado. Y es que en el amor no hay nada pequeño.

La doctora Elisabeth Kübler-Ross<sup>(23)</sup>, de feliz memoria por su acompañamiento a miles de enfermos terminales y sus experiencias compartidas en una

(23) KÜBLER ROSS, E. (1974): *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.



serie de libros, no dudaba en afirmar que los recuerdos que más nos acompañan en los últimos instantes de nuestra vida no tienen que ver con momentos de triunfo o de éxito, sino con experiencias de ternura, de encuentro profundo con un ser amado, momentos de intimidad cargados de significado: palabras de gratitud, caricias, miradas, un adiós, un reencuentro, un gracias, un perdón, un te quiero. Son esos instantes los que quedan grabados en la memoria gracias a la luz de la ternura que revela la excelencia del ser humano a través del cuidado y el afecto.

En situaciones críticas de sufrimiento, en momentos de *counselling*, la sana expresión de la ternura no encuentra todos límites que pueden pesar de la sospecha interesada sobre la persona tierna. Es difícil que haya segundas intenciones. Puede transmitirse mucho respeto en una caricia responsable, adulta. La blandura en el tono de voz puede transmitir también ternura. Ha de haber en el fondo una auténtica relación respetuosa y ser expresión del genuino sentimiento del bien, de la disposición a la hospitalidad del corazón que lejos de infantilizar, empodera y reconoce al otro.

La ternura cumple una función primordial en el crecimiento de las personas. Por un lado es un baremo de cómo nos encontramos en relación a nuestra autoestima y nuestro vínculo con el mundo exterior. Por otro, permitirnos experimentarla alimenta de amor y seguridad a la parte de nuestro ser que se siente inseguro y miedoso.

La ternura del terapeuta nos hace fuertes emocional, física y psíquicamente. Nos aumenta la autoestima porque nos permite vernos como seres únicos y valiosos, generándonos confianza para afrontar las dificultades.

La ternura del ayudante genera un espacio para reposar y descansar. Nos da permiso para relajarnos, es una parte importante del proceso psicoterapéutico como lo es también trabajar con las emociones que nos disgustan.

El terapeuta que se muestran autosuficiente y arrogante tiene menos poder de hacer del encuentro una medicina. La ternura se relaciona con la dulzura, la suavidad; nos ablanda y nos hace ser más flexibles. Sin contactar con la ternura estamos rígidos y duros, y si somos honestos con nosotros mismos, todos sabemos que necesitamos ese «calor humano» en las relaciones de ayuda. Así lo planteaba Rogers, en su tríada actitudinal, como parte del significado de la aceptación incondicional y consideración positiva del cliente. Se favorece que el ayudado se sienta cobijado, sin juicios ni intromisiones, sino con apoyo y respeto.

Si la ternura tiene una dimensión personal, de expresión en la relación corta, también tiene una dimensión larga y comunitaria. Gioconda Belli dice,

en efecto, que «la solidaridad es la ternura de los pueblos». Quizás por eso también, se justifica que el papa Francisco esté insistiendo en la necesidad de hacer una «revolución de la ternura».

## 12 ACOGIDA HOGAREÑA

Con ocasión de la enfermedad, si algo inspira confianza es que uno sea atendido con aires familiares, hogareños, en lugares acogedores, humanizados. Quizás los criterios de la arquitectura hospitalaria y la humano-relacional se han ido centrando más en el modelo biomédico que en la acogida de la persona enferma y su familia.

En los últimos años, las diferentes voces que reclaman humanización, los modelos que se definen a sí mismos como centrados en la persona (en salud y en intervención social), las corrientes de psicología humanista o más integradoras, reclaman variables de atención en los que la acogida, la hospitalidad, ocupa un lugar relevante.

Los hospitales, como también los centros de servicios sociales, así como los profesionales que trabajamos en ellos, corremos el riesgo de dejarnos habitar por modelos biologicistas, centrados en las necesidades biológicas (¡tan importantes!) y materiales, así como en las psicológicas. Pero considerar que el destinatario de la atención es una persona, no termina de calar en sus implicaciones de acogida hogareña.

Afortunadamente van surgiendo reclamos de humanización, reclamos de la importancia de la hospitalidad compasiva, como referente ético, que evoca la experiencia de que «nada humano me es ajeno» y que despliega una nueva responsabilidad empática, una nueva manera de concebir la acogida en los procesos asistenciales y de cuidados físicos o psicológicos.

Pero todavía nos queda mucho por recorrer en la necesaria humanización de las instituciones y los modelos de ayuda en la vulnerabilidad humana. Convertir el hospital en un hogar, la residencia de mayores en una casa acogedora, la atención psicológica en un cuidado personalizado, es un reto por el que cada vez más personas se apasionan.

Lévinas define la hospitalidad como la acogida de aquel diferente a mí. Y la acogida es una práctica que requiere el reconocimiento de las necesidades del otro, de su dignidad y su diversidad<sup>(24)</sup>. La acogida puede considerarse

(24) LEVINAS, E. (1993): *Humanismo del Otro Hombre*, Madrid: Caparrós Editores, 98.



como tal cuando el ser humano es tratado como un fin en sí mismo y no es cosificado. Quizás por eso Javier Gafo evocaba como primer problema ético en el mundo de la salud la deshumanización, y refería como contenido básico de la misma la despersonalización en la relación.

Al ejercer la hospitalidad compasiva, se invita al otro extraño a formar parte del propio mundo, a abandonar la esfera pública para conocer el terreno de la privacidad. En este sentido, la hospitalidad funciona como punto de intersección entre lo privado y lo público. La acogida hace que el extraño deje de ser extraño y el que acoge se haga con la rica extrañeza de la vida y la considere como oportunidad de aprendizaje.

Entre el otro extraño y el huésped nace un vínculo de afecto como consecuencia de la hospitalidad, una *relación de ayuda* que Laín Entralgo llamará «amistad médica», que hace al anfitrión más vulnerable y nos llevará por eso a utilizar la metáfora del *sanador herido*<sup>(25)</sup>. Si la hospitalidad compasiva se produce, ambos protagonistas se expresan con libertad y el encuentro resultante altera positivamente la identidad de ambos.

En el esfuerzo que Torralba hace de aproximación al concepto de hospitalidad, afirma que la hospitalidad puede definirse como «el movimiento extático que realiza el anfitrión con respecto al huésped y que tiene como finalidad la superación de los prejuicios, la recepción y la escucha del otro y la metamorfosis del otro extraño en el tú familiar»<sup>(26)</sup>; es, en el fondo, el esfuerzo del movimiento inicial de la actitud empática.

Centrándonos en la finalidad de una institución o servicio de ayuda en la enfermedad, sea hospitalario, de acompañamiento en *counselling* (Centro de Escucha), centro de servicios sociales, etc., consiste en salir al paso y paliar las formas de vulnerabilidad del ser humano. Se trata de suplir el propio hogar cuando la vulnerabilidad impide estar en él. Por eso, la clave de control de calidad de estos servicios sería la pregunta: «¿Te has sentido como en casa?». Y la respuesta debería oscilar en dos enfoques de la pregunta: a nivel de atención personal y a nivel de disponibilidad del espacio.

La acogida de la hospitalidad exige que uno esté atento incesantemente a la meteorología del corazón del otro. La experiencia de sentirse o no acogido está relacionada con diferentes variables y sentidos. Hay una acogida espacial, una acomodación al universo del lenguaje, una acogida en la intimidad del corazón...

(25) BERMEJO, J. C. (2012): *Empatía terapéutica. La compasión del sanador herido*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

(26) TORRALBA, F. (2003): *Sobre la hospitalidad. Extraños y vulnerables como tú*. Madrid: PPC, 87.

No habrá palabra oportuna y hospitalaria si no está profundamente arraigada en la gran clave de la hospitalidad, que es la escucha activa en la que se encarna el comportamiento compasivo y la empatía terapéutica. Sentirse escuchado, comprendido en el mundo de los sentimientos, ser captado en el voltaje emocional con que uno vive, ser visto con el ojo del espíritu, son frutos de la hospitalidad compasiva. Entre el anfitrión y el huésped, el juego de miradas revelará la calidad del contacto (visual) que estamos dispuestos a tener, la calidad de la comunicación que pretendemos desplegar en la acogida.

Acoger es un arte. Uno percibe inmediatamente si hay disposición a la acogida en el otro. Como también percibe si molesta, si tiene que hacer un esfuerzo acelerado por acomodarse a las normas del lugar y de las personas que están allí donde llega. Los mensajes suelen ser percibidos de manera clara: «eres bienvenido» o bien «molestas y te tendrás que amoldar».

Los seres humanos disponemos de dos hermosas antenas parabólicas llamadas orejas (patenas me gusta a mí llamarlas) para disponernos a recibir la experiencia única de quien llega. Así, ser escuchado es sentir una entrañable acogida para el mundo más íntimo y personal, ser comprendido en la especificidad de la propia experiencia, hacer experiencia de la terapia de la solidaridad emocional. No se consigue con la frase hecha, por muy cariñosamente que se pronuncie o estudiada y dibujada de sonrisa que esté. El interés de una persona por otra se percibe por la autenticidad de los modos.

Y es que el corazón también tiene heridas que esperan ser vendadas con las vendas de la mirada, con el suave ungüento del contacto físico, con la palabra y el tono calibrados adecuadamente, con la proximidad generada por todos los sentidos transformados en terapia eficaz para la enfermedad de la exclusión o del sentirse foráneo en el mundo.

Quien es acogido nunca viene con «las manos vacías». El que pide posada —de cualquier tipo que sea— nos regala la posibilidad de desarrollar nuestra humanidad. Acoger ayuda a crecer al que acoge. Escuchar ayuda a humanizarse al que escucha. Mirar bien sana la vista del que mira. Aliviar al prójimo ennoblece al galeno. Cuidar nos hace humanos. Y esta oportunidad la da el huésped que, con su vulnerabilidad, se hace fuerte ante la aparente fuerza del posadero. Somos todos sanadores heridos<sup>(27)</sup> que, en el encuentro, tenemos la posibilidad de crecer.

(27) NOUWEN, J. M. H. (1971): *El sanador herido*. Madrid: PPC, 109.



## 13 EL SANADOR HERIDO EN EL ARTE DE ACOMPAÑAR EMPÁTICAMENTE

Está en juego, en el acompañamiento, en las relaciones de ayuda, la persona del ayudante, que, lejos de ser un mero técnico, es un sanador herido que se reconoce como tal al experimentar el eco del esfuerzo empático de entrar en el mundo del otro. Es el otro el que nos devuelve nuestra propia realidad, no solo la suya. Es el ayudado el que hace sentir en nosotros el eco de la vulnerabilidad que también como ayudantes nos pertenece junto con el poder de comprender la alteridad. Acogemos, hospedamos, entramos en el mundo del otro y el nuestro se nos revela más claramente a la vez. Si no manejamos bien nuestra vulnerabilidad, necesitaremos unas veces orfidal; otras nos saldremos de la escena defendiéndonos no necesariamente de manera saludable.

Zambullirnos en el mundo del otro nos abre las puertas de nuestro propio mundo y nos permite apreciar las semejanzas entre ambos. Somos efectivamente mucho más parecidos de lo que dejan entrever la profesión, el censo, la pertenencia étnica o la misma cultura. Psíquica y existencialmente estamos contruidos de la misma madera. Dentro de nosotros encontramos el significado del comportamiento del otro que se convierte en potencial para ayudar si es bien utilizado. La yuxtaposición de dos experiencias, no ya únicamente la del ayudado, sino también la del ayudante, da lugar a interpretaciones que fomentan la comprensión. A esto conduce lo que Lipps denominaba «contagio emotivo». Carotenuto lo define como «simetría secreta» y Buber como «relación yo-tú», de persona a persona, de corazón a corazón.

La imagen del *sanador herido* (que cada vez se emplea más en la literatura médica, psicológica y espiritual) sirve para poner en evidencia el proceso interior al que son llamados todos cuantos prestan ayuda a quien atraviesa un momento difícil en la vida, marcado por el sufrimiento físico, psíquico o espiritual. Significa, pues, el reconocimiento, la aceptación y la integración de las propias heridas, de la propia vulnerabilidad y condición de finitud.

Los orígenes de esta imagen se remontan a la edad antigua. Mitologías y religiones de casi todas las culturas poseen una gran riqueza de figuras que, para poder ayudar a los demás, primero deben curarse a sí mismas.

Cuenta la mitología griega que Filira (Phylira), hija de Océano y Tetis, fue acosada pasionalmente por Kronos, razón por la que pide a Zeus ser transformada en yegua para burlar así al dios. Pero advertido Kronos del engaño, se transforma en caballo y logra su cometido. De esta unión forzada nace un ser singular, Quirón, con figura de centauro, es decir, cabeza, torso y brazos de hombre y cuerpo y patas de caballo.

La madre, al ver el monstruoso ser fruto de su vientre, reniega de su hijo y Quirón crece en una cueva al amparo de los dioses Apolo y Atenea. De la mano de estos padres adoptivos, Quirón, contrariamente a sus pares centauros violentos y destructivos, se convierte en ejemplo de sabiduría y prudencia. Conocía el arte de la escritura, la poesía y la música, pero ante todo, era reconocido como médico y cirujano, sanador y rescatador de la muerte, al cual consultaban héroes y dioses.

Toda su ciencia se produjo tras un accidente fortuito que le provocó una herida incurable: un día, accidentalmente, Hércules hiere al centauro con la punta de su lanza envenenada en una de sus patas traseras, y siendo su condición inmortal, queda condenado a un sufrimiento perpetuo que no puede recibir alivio ni curación.

Buscando remedio a su mal, comienza a descubrir el arte de curar pero, he aquí su mítica paradoja, mientras puede curar a otros no puede curarse a sí mismo. El sentido de su existencia se centró así en sanar a los demás y hacerse cargo de su dolor; la medicina actual le debe mucho y por cierto la palabra «quirófano» (de Quirón, Kirón o Chirón), que significa «el que cura con las manos las heridas de otro».

Aunque el personaje de Quirón fue rescatado en la literatura por Dante en *La divina comedia* y por Goethe en su *Fausto*, entre otros, hubo que esperar el albor del siglo xx para que el mensaje encerrado en su historia adquiriera un claro sentido antropológico de la mano del psicólogo Carl Gustav Jung. Quirón es el arquetipo del *sanador herido*: el sanador lo es porque sana, pero a su vez está herido, lo cual constituye una paradoja existencial que se encarna en cada persona, tanto en la que busca curar su dolor como en la que ofrece curación.

El *sanador herido* es, pues, la figura arquetípica de la relación terapéutica, donde el ayudante ejecuta el arte de curar más allá de un método o una terapia puntual, involucrando todo su ser en ese acto y empatizando con la herida del paciente que le rememora y activa su propia herida devolviéndole así su percepción, de modo que ayudado y ayudante se «pasan» sus roles haciendo fructíferamente sanador el dolor de ambos.

Jung, adelantándose a Carl Rogers y a Martin Buber, ya sabía que ningún proceso terapéutico funciona sin el involucramiento de la subjetividad que implica la relación personal.

Al hilo de las reflexiones de Carl Jung, diríamos que el autoconocimiento tiene como uno de sus objetivos fundamentales la *integración de la propia sombra*. La sombra constituye, en lenguaje metafórico, un oscuro tesoro compuesto



por los elementos infantiles del propio ser, los apegos, los síntomas neuróticos y los talentos no desarrollados, los sentimientos difícilmente aceptados, los límites y zonas oscuras que, a primera vista, repugnan a la buena imagen que queremos tener y dar de nosotros mismos, los traumas experimentados en la propia biografía, los problemas sin resolver...

Conocer e integrar la propia sombra es sanarse. Supone una apasionante terapia del límite, es decir, un proceso de humanización donde la propia fragilidad se convierte en recurso resiliente, donde lo que deseábamos esconder se transforma en fuente de comprensión de las dinámicas ajenas, hasta que podemos decir serenamente «nada humano me es ajeno»; cualquier dinámica personal que encuentro en los demás tiene un eco en mí que me permite ser comprensivo y humano ante ella.

Sentarse ante el telón del propio corazón dispuesto a asistir a la representación realista de nuestro interior puede producirnos pánico. Solo quien sobrevive a la contemplación serena de las escenas menos agradables, de los recuerdos imborrables que afectan y han construido la propia personalidad, de la tiranía de los sentimientos que a veces no se han dejado manejar por la razón, solo ese será un artista en el acompañamiento de la vulnerabilidad ajena.