

Sanar y salvar a heridos del mundo

José Carlos Bermejo Higuera
Religioso Camilo

SUMARIO. 1. CONSTRUCTORES DE SALUD. a. Evangelizadores del concepto salud. b. Promotores de salud holística. 2. NECESITADOS DE SER SANADOS. a. Patología también de la vida religiosa. b. Necesidad del terapeuta: Jesús. 3. VIDA RELIGIOSA GENERADORA DE SALUD ESPIRITUAL. a. Aportación a la salud espiritual. b. El desafío de la humanización. 4. BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN. Una mirada a la salud, tanto hacia afuera (aportación de la vida religiosa al mundo de la asistencia sanitaria), como hacia adentro (sanación de la vida religiosa como forma de vida), puede llevarnos a escudriñar implicaciones de la salud evangelizada. La salud no se reduce a algo puramente biológico, sino que afecta a toda la persona, a todas las dimensiones de la misma. Vivir sanamente implica también la salud espiritual. La consagración religiosa puede ser vivida sanamente o patológicamente. Los religiosos son sanadores heridos, vulnerables. Ellos son los primeros en necesitar evangelización en el campo de la salud para vivir saludablemente y para, desde ahí, convertirse en generadores de salud espiritual.

PALABRAS CLAVE: Salud evangelizada, salud espiritual, salud holística, patologías de la vida religiosa, humanización.

Healing and saving to the wounded in the world

ABSTRACT: A look at health, both outward (the religious life contribution to health care world) and inward (healing of religious life as form of life), can take us to scrutinise implications of an evangelized health. Health is not just limited to something purely biological, but affects the entire person, to all its dimensions.

Living healthy requires also spiritual health. Religious consecration can be lived healthily or pathologically. Religious men and women are wounded healers. They (religious men and women) are the first to need evangelization in the field of health to live healthily and, from that point, to become generative of spiritual health.

KEY WORDS: Evangelized health, spiritual health, holistic health, pathologies of religious life, humanization.

Religiosos en el mundo y para el mundo. Para el mundo de los márgenes, de los que sufren, de los que más necesitan que se haga presente el Reino de los débiles, enfermos, pobres, necesitados de educación. Pero religiosos pobres, envejecidos, enfermos, necesitados de cuidados. Eso somos.

La pasión por el Reino, del que queremos ser parábola viva, aunque frágil, ha de llevarnos a poner en el corazón de nuestra vida y de nuestra mirada, la solidaridad, el amor que genera salud, que sana y salva eficazmente a quien está herido.

Uno de los lugares donde más claramente se sufren las consecuencias de la injusticia generadora de pobreza es, precisamente, el ámbito de la salud. Es la salud uno de los parámetros fundamentales del desarrollo y de las necesidades primarias del ser humano. Sin salud no hay *bienestar*, ni trabajo, ni plenitud de vida. Sin salud es más difícil todavía para los pobres acceder a una instrucción adecuada, a un tenor de vida digno, a una participación plena en la vida social y política, pues el sufrimiento físico aísla al individuo e impide las relaciones normales con el medio material, familiar y social.

La salud, y por consiguiente el derecho al servicio sanitario, es uno de los derechos fundamentales más violados, uno de los sectores que mayor necesidad tienen de una presencia solidaria, tanto en las situaciones de crisis (catástrofes naturales, guerras, conflictos recurrentes) como en las de «normal» subdesarrollo en numerosos países del mundo.

Las parábolas presentan una propuesta irracional si las consideramos con la lógica humana, nos confrontan con nuestras dinámicas superficiales

y nos proponen múltiples y diversas imágenes que tratan de impedir una justicia superficial, una justicia que no va al centro de la dignidad de cada uno de los seres humanos. Las parábolas nos confrontan en un plano profundo donde los cambios reales se realizan de acuerdo con la imaginación y la creatividad del amor. Pues bien, la vida religiosa quiere ser una parábola del Reino.

El trabajo por la justicia en el mundo de la salud debe ser guiado por una lógica no de mercado ni asistencial, sino profética e inspirada en la paradoja evangélica. Los llegados a última hora pueden beneficiarse de los mismos bienes. Aún queda mucho por revisar en la vida religiosa prestadora de servicios en esta sociedad, si no quiere ser –como en efecto es, en parte– autocomplaciente.

1. CONSTRUCTORES DE SALUD

Vivimos en un momento en el que en nuestro entorno se habla mucho de modelos de salud centrados en la persona. Es, en parte, una moda. Pero está pendiente, también en parte, la exploración de las implicaciones que esto tiene si vamos más allá de la exaltación de la autonomía de los propios pacientes o beneficiarios de servicios de protección social y sanitaria.

La vida religiosa tiene un hermoso campo abierto para contribuir a evangelizar el mundo de la salud y del sufrimiento humanos. No bastan viejos modelos en los que la dimensión cristiana lo que aportaba era suplencia (hacer lo que no hacía el Estado) y exhortación de tono dolorista.

a. Evangelizadores del concepto de salud

Desde el punto de vista conceptual, la salud aparece inevitablemente referida a la enfermedad o asociada a ella. «La salud es un término incomprensible si no se lo confronta con su opuesto» (P. Tillich)¹. En esta

1 Cf. H. SCHAEFER, *Salute*, en K. RAHNER (dir.), *Enciclopedia teológica*, Brescia 1977, 318.

asociación de enfermedad y salud parece que la enfermedad ha sido siempre la que ha prevalecido, y esto desde diversos puntos de vida.

Desde el punto de vista epistemológico, se ha subrayado con frecuencia que el camino para acceder a la salud pasa a través de la enfermedad. La salud sería como un limpio cristal, con el que se puede «convivir» largo tiempo sin darnos cuenta de él, hasta que la mancha, es decir, la enfermedad, hace que sea visible, conocido, interesante. M. Foucault considera que lo anormal precede a lo normal y que solamente a través del descubrimiento de la anormalidad podemos descubrir la normalidad². Mientras la enfermedad no se instale en el cuerpo, la salud –se dice– es «silencio», (Pierre Jordan)³, no tiene contenido propio. Es la enfermedad la que nos hace descubrir el cuerpo.

Desde el punto de vista de la experiencia, en efecto, hemos estado más inclinados a pensar que la salud consiste especialmente en *no sentir*. ¿Será quizá porque el ser humano parece hecho más para sufrir que para disfrutar?⁴ En el arte especialmente, pero también en la literatura, sensible con frecuencia al mundo interior del hombre, parece que es más fácil, y sin duda más frecuente, expresar el sufrimiento más que la alegría, la nostalgia de la ausencia y de la privación más que el gozo de la posesión. También la sabiduría popular afirma que el valor de los bienes (por ejemplo la salud) se recupera y se estima especialmente cuando los echamos en falta.

También hoy, cuando se reflexiona sobre la actividad terapéutica de Jesús, con frecuencia se hace más hincapié en la enfermedad (de la que es liberada la persona) y en su significado, que en la salud donada y en su valor salvífico. Se tiene la impresión de que la salud termina en el acto de la curación, cuando es allí donde comienza su nuevo trayecto.

Lo cierto es que la atención a la salud por parte de la teología se ha limitado fundamentalmente al campo de la moral, la relacionada con el quinto mandamiento, considerado como fuente de deberes y de derechos en relación con la vida y la salud de los otros, además de relacionarse con las obligaciones sobre la propia salud.

2 M. FOUCAULT, *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, México 1985.

3 Cf. P. JORDAN, *Modèles socio-culturels sous-jacents au monde de la santé*: La Maison-Dieu 113 (1973) 18.

4 Cf. J. M. CABODEVILLA, *El cielo en palabras terrenas*, Paulinas, Madrid 1990, 18-19.

b. Promotores de salud holística

Cada vez se habla más de salud integral, de salud holística. Parece que cada vez somos más conscientes de que la salud no se reduce a algo puramente biológico, sino que afecta a toda la persona. Por eso todas las intervenciones en salud hablan de un enfoque holístico, global, integral.

Quienes pensamos con frecuencia en términos de humanización creemos, entre otras cosas, que humanizar es generar salud holística.

La palabra «holístico» no está en el diccionario de la Real Academia de la Lengua. Proviene del griego: «holos/n»: todo, entero, total, completo, y suele usarse como sinónimo de integral. Acompañar, cuidar en sentido holístico significa considerar a las personas en todas sus dimensiones, es decir en la dimensión física, intelectual, social, emocional y espiritual y religiosa. Pero también hacerlo desde un todo, desde un ser personal (todo) el que cuida. En las relaciones de cuidado, un ser humano se encuentra con un ser humano, y ambos se hacen en el encuentro. Este es el planteamiento más habitual cuando se habla de holismo relacionado con la salud.

Ahora bien, nosotros queremos pensar la salud en sentido holístico, no solo las relaciones de cuidado. El concepto de salud que proponemos para una vida religiosa significativa en el mundo de la salud y del sufrimiento humanos no se conforma con considerarla como «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedad o dolencia», (OMS-WHO, 1946), puesto que si bien esta definición tiene las ventajas de no reducir la salud a mera afección corporal y supera criterios exclusivamente somáticos y organicistas, descuida aspectos de la salud importantes, como presentaremos a continuación, y la reduce a un mero «estado».

Pensar y vivir la salud en clave holística tiene que ver con la experiencia de la persona de armonía y responsabilidad en la gestión de la propia vida, de los propios recursos, de sus límites y disfunciones en cada una de las dimensiones de la persona ya citadas: física, intelectual, relacional, emocional y espiritual y religiosa.

Así, una persona está sana físicamente cuando al considerar su cuerpo lo cuida y lo trata más que como cuerpo animal; lo ve en su

aspecto de corporeidad: el ser humano entero en el cuerpo, superando viejos dualismos que veían a este como cárcel del alma y, en todo caso, con sus connotaciones negativas. El cuerpo humano, en efecto, evoca y vehicula la dimensión relacional. Se da salud física, pues, también con grandes límites en el cuerpo, como de hecho sucede cuando las personas sufren diferentes tipos de discapacidades o, como se prefiere decir hoy, cuando las personas tienen capacidades diferentes.

De la misma manera, queremos pensar la salud holística incluyendo el ámbito mental. La salud mental no es solo ausencia de patologías psíquicas, sino que la entendemos como apropiación de las cogniciones, ideas, teorías, paradigmas, modos de interpretar la realidad, libres de obsesiones y excesivas visiones cerradas y pretendidamente definitivas de las cosas y de la vida.

Igualmente, vivir en clave de salud holística comporta la salud relacional, salud en la dimensión social. Se dará salud relacional cuando se pueda decir que una persona se relaciona bien consigo misma porque experimenta un cierto equilibrio en la relación con su cuerpo, porque promueve el autocuidado, la belleza, la autoestima. Una persona vive sanamente su dimensión relacional cuando experimenta paz con su «ser tierra», cuando se relaciona positivamente con toda la geografía humana física, cuando sabe disfrutar y tiene buena capacidad de posponer la gratificación.

A su vez, una persona vive sanamente las relaciones con los demás cuando estas están impregnadas de buen uso de la mirada, cuando es capaz de experimentar ternura, equilibrio y vive el contacto corporal de manera personal y positiva. Una persona indica salud relacional cuando se reconoce interdependiente, no exclusivamente independiente ni dependiente, sino que reconoce las diferentes interdependencias en los diferentes ámbitos de la vida.

Pero hablamos también de salud emocional y nos referimos a ella en el marco de la salud porque la dimensión emotiva es una más de las que consideramos. Hablamos de salud emocional como manejo responsable de los sentimientos, reconociéndolos, dándoles nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando su energía al servicio de los valores. La persona sana emocionalmente controla sus sentimientos de manera asertiva, afirmativa.

Y vivir sanamente, en sentido holístico, significa también la salud espiritual, es decir, la conciencia de ser trascendente, el conocimiento de los propios valores y respeto de la diversidad de escalas, la gestión saludable de la pregunta por el sentido y la adhesión o no, libre, a una religión liberadora y humanizadora, que no genere fanatismos, esclavitudes, moralización, sentimientos de culpa morbosos, anestesia de lo humano...

En realidad, para hablar de salud holística, en cierto sentido, hay que ir contracorriente en relación a la mentalidad contemporánea, que va por el camino de la fragmentación y la super-especialización, así como de la exaltación de la salud en términos biologicistas.

Proponer un concepto de salud holística como bandera de la aportación de la vida consagrada en el mundo de la salud, no tiene otro objetivo que contribuir a hacer que cada persona pueda hacer la mayor y la mejor experiencia de salud entendida en su integridad (Jn 10,10).

En este sentido, la responsabilidad de atenuar el sufrimiento personal y colectivo no queda a las meras leyes de la biología o del arte galeno, pues el sufrimiento es provocado por variables cognitivas, emocionales, sociales y espirituales, que tienen mucho de personal y de estructural comunitario.

Han surgido también algunas voces reclamando la conexión del cuidado de la naturaleza, con el lugar que las mujeres ocupan en las organizaciones, así como voces que reconocen el influjo de la afectividad en el conocimiento: la emoción, el involucramiento apasionado en las relaciones interpersonales (diríamos empatía), para generar salud relacional. Voces que valoran particularmente lo efímero, lo accidental, el momento que pasa, la puesta de sol, la flor, la muerte. Porque efímero es todo. Y por eso se genera compromiso actual y trabajo por la justicia y la salud más allá de la mirada exclusiva al propio cuerpo.

En este sentido, la salud, cada vez más, podemos pensarla en términos de tarea, de reto para la condición humana y, por ende, para la vida consagrada. Podemos vivir sanamente la consagración y patológicamente.

2. NECESITADOS DE SER SANADOS

Como en todo grupo humano, en las comunidades religiosas podemos experimentar áreas de mejora en el campo de la salud. Desde hace algunos años⁵ me gusta poner nombre a algunas realidades que percibo más o menos presentes en las comunidades, en las que podemos hacer experiencia de salud al envejecer y también de enfermedad relacional, emocional, espiritual...

a. Patología también en la vida religiosa

Me referiré, por eso, a algunas posibles «patologías» que se convierten, a mi juicio, en retos para envejecer saludablemente. Encuentro, a veces, grupos o relaciones que, desde lejos, se ve que sufren una cierta «anoxia del tejido relacional». La anoxia es la falta de oxígeno que viven algunos bebés en el proceso del nacimiento. Puede dejar severas secuelas en la persona. Pues bien, hay relaciones entre adultos, dentro de las comunidades, que gritan falta de oxígeno. Darían ganas de decir, al observar algunas de ellas: «¡que corra el aire!» porque se ve que sufren de falta de esa sana distancia, de esa sana interdependencia propia de la salud relacional. Son relaciones que a veces tienen sabor de infantiles, otras de excesiva dependencia recíproca, otras de excesivo control y reducción de la libertad personal y, otras, tienen sabor de exceso de vigilancia hasta de lo pequeño que el otro hace, dice, piensa. Esas relaciones de exceso de control no son saludables, les falta oxígeno.

Encuentro a veces grupos o relaciones interpersonales que se diría fácilmente que sufren de «miopía voluntaria» o «estrabismo voluntario» (agendas ocultas). Sí, no faltan relaciones que sobre la mesa se dice que tienen unos objetivos e intereses (legítimos) y bajo mesa circulan otros objetivos e intereses ilegítimos, no explícitos, no consensuados, no beneficiosos para todos los implicados en la relación. Hay quien no ve voluntariamente lo que no quiere ver, es decir, posibles necesidades de los demás, posibles sentimientos que tiene y piden ser satisfechos

5 J. C. BERMEJO, *Envejecimiento y vida religiosa*, Desclée de Bruwer, Bilbao 2013.

mejor explícitamente, posibles objetivos compatibles con la propia identidad, pero que son ahogados por la falta de transparencia... No hay peor ciego... que el que no quiere ver, o quizás que el que ve solo lo que le interesa en la libertad que debería caracterizar una relación saludable.

En los tiempos en que vivimos, percibo cada vez más una cierta «atrofia de la confrontación». Se dice cada vez más que vivimos en una cultura individualista y que también esto caracteriza la vida comunitaria en las comunidades religiosas. No corren buenos tiempos para la corrección fraterna, para la ayuda recíproca en las áreas de mejora. En otros momentos de nuestra historia pudimos exagerar, llegando incluso a formas de «acusar la culpa» con connotaciones de humillación. Hoy, en cambio, puede que estemos en el otro extremo, en el de la escasa corrección en el ejercicio de la corresponsabilidad de quien vive comunitariamente, y quizás de modo particular en el despliegue de los roles de los animadores (superiores) de las comunidades. Una crisis del rol de poder y un no desarrollo de habilidades de liderazgo carismático pueden dar paso a este escenario en el que nos perdemos la ayuda recíproca, tanto realizada individual como colectivamente.

Percibo también en algunos grupos –a veces solo algunas personas dentro de un grupo– que padecen una clara «quejorrea de repetición». La lamentación es legítima, es útil, puede ser uno de los ingredientes del dinamismo de la esperanza. Ahora bien, quien se instala en la lamentación, termina por perderse la salud relacional. «¡Qué mal estamos, qué mayores somos, qué pocas vocaciones tenemos, ya no hay valores!», combinado con venas nostálgicas que idealizan el «cualquier tiempo pasado fue mejor», pueden dar paso a sabores grises en las relaciones. No faltan religiosos que parecen profetas de mal agüero, más que agentes del ministerio de la esperanza.

El síndrome conocido del «burn-out» estudiado especialmente en personas que cuidan profesionalmente a otras, se da también en algunos religiosos y religiosas en el campo de la salud. Los hay, efectivamente, agotados emocionalmente, desmotivados, apáticos en sus relaciones interpersonales y de ayuda, con parámetros despersonalizantes en los vínculos, sin sensación gratificante de autorrealización en el despliegue de la propia identidad fraterna y de cuidados recíprocos.

En fin, estos y otros, podrían ser vistos como desafíos para una sanación interior de las personas y los grupos de vida consagrada. Somos, en efecto, sanadores heridos, vulnerables. Somos los primeros en necesitar evangelización en el campo de la salud para vivir saludablemente.

b. Necesidad del terapeuta: Jesús

¿Es posible vivir sanamente en lugar de víctimas de las patologías descritas u otras que pueden habitarlos? ¿Es posible hacer experiencia de salud biográfica en medio de la limitación humana descrita?

Jesús es nuestra clave. La terapia que ofrece Jesús elimina los síntomas y sana los efectos, abre a la acción de Dios y reintegra las relaciones comunitarias. Mirar a Jesús, al centro de nuestra vida, puede ser sanamente confrontador en relación a estas experiencias de limitación en las relaciones.

Una mirada particularmente atenta a algunos milagros de curación nos puede ayudar a centrarnos en la salud relacional para la vida comunitaria y por ende, para la vida compartida.

Un leproso marginado se sitúa en actitud de deseo de «limpieza» y «pureza»: «Si quieres, puedes limpiarme» (Mc 1,40). En efecto, mucha falta de salud relacional se debe al no deseo profundo de limpieza relacional, de no transparencia.

Jesús se dirige a un paralítico, (Jn 5,6) y le pregunta: «¿Quieres curarte?» Sí, es muy probable que, si nos diagnosticamos en clave de salud relacional con alguna de las patologías arriba presentadas, es posible que la pregunta sobre si queremos o no curarnos, no sea en efecto, superficial. Querer sanar las relaciones es un compromiso por sanarlas, es una actitud reactiva ante los límites que contiene la falta de los valores que están en juego en la experiencia biográfica de apropiación de las relaciones en términos de libertad.

Jesús se dirige al conocido como endemoniado de Gerasa, (Mc 5, 1–20), una persona que vivía entre los muertos, como nos puede pasar relacionalmente en algunos grupos, y, después de desvelar la causa de sus males (legión) en clave profética, le dice: «Vete a tu casa y cuéntales todo a los tuyos». No es infrecuente que se produzcan privaciones de

vida (comuni3n, relaci3n, afecto) en las comunidades. Pueden darse, y generar «muertes sociales o relacionales» en la vida religiosa. Jes3s propone una actitud activa en medio de estos dinamismos, un compromiso por reintegrarse en la comunidad con un papel activo saliendo de los lugares de muerte generados por poderes opresores.

Jes3s terapeuta, que habita en lo m1s 3ntimo de nuestros corazones, nos puede sanar de los males de nuestras relaciones, que impiden la experiencia de la salud traducida en unidad y en relaciones sanas. Nuestro desaf3o es construir las relaciones a partir de lo que somos, sin querer asemejarnos al otro. Construir, por tanto, desde la *fraternidad*. La *relacionalidad* no es un agregado o una moda, sino algo que pertenece a la identidad del ser cristiano y de la consagraci3n religiosa.

3. VIDA RELIGIOSA, GENERADORA DE SALUD ESPIRITUAL

Una mirada evangelizada a la salud, tanto hacia afuera (aportaci3n de la vida religiosa al mundo de la asistencia sanitaria), como hacia adentro (sanaci3n de la vida religiosa como forma de vida), puede llevarnos a escudri1ar implicaciones de la salud evangelizada.

a. Aportaci3n a la salud espiritual

Hoy hemos superado paradigmas centrados en claves de resignaci3n ante los males, los l3mites, la enfermedad, y proponemos claves de desarrollo personal y resiliencia. En efecto, la persona resiliente se mantiene y logra un nuevo rumbo a3n m1s interesante y consistente que antes de la tormenta. No se deja arrastrar hacia donde el oleaje golpea y donde parece querer hundir la embarcaci3n⁶.

La persona resiliente no es invulnerable, no niega la crisis, no es impasible ante la adversidad. En el interior de la persona resiliente, bajo la aparente debilidad (la palmera que se dobla), hay una fortaleza. Ram3n y Cajal dec3a que «los d3biles sucumben no por ser d3biles, sino por ignorar que lo son».

6 J. C. BERMEJO, *Resiliencia*, PPC, Madrid 2011.

Es obvio que el cultivo de la vida interior, de la capacidad reflexiva, de la capacidad trascendente, de la referencia a lo más genuinamente humano, de la sabiduría del corazón, de los valores, es la mejor plataforma para atravesar las tempestades y salir fortalecidos de ellas.

La grandeza de la humanidad sanada y sanante está determinada esencialmente por su relación con el sufrimiento y con el que sufre. La sociedad de hoy sigue necesitando expertos en consuelo. Sí, es mucho el sufrimiento que no es siempre bien compartido.

La palabra *consolatio* es propuesta como clave de «ser-con» el otro en la soledad, que deja de ser tal. Es una propuesta comprometida la que se presenta: el consuelo del amor que lleva incluso a provocar sufrimiento en el que sale al paso de la vulnerabilidad ajena porque no puede no implicarse y dejarse modelar y herir.

El consuelo es la respuesta del amor cuando somos capaces de procurarnos unos a otros ayuda. El que consuela comunica, con su silencio, con su lenguaje no verbal y más raramente con sus palabras: «estoy contigo», «apóyate en mí», «me hago cargo», «comparto contigo hasta donde me es posible el modo como te sientes».

Por eso, lejos de grandes discursos, es la escasez de palabras salidas del corazón, auténticas, el abrazo verdadero, el apretón de manos sincero y otros modos de contacto físico, la mirada acogedora y transparente, lo que constituye una fuente de consuelo. Como lo es escuchar que alguien pronuncie nuestro nombre. Por más que se haya popularizado la palabra empatía, hay que decir que es clave para la humanización, particularmente en el mundo del sufrimiento humano.

Los religiosos en el mundo de la salud estamos llamados a ser testigos de la esperanza. Lejos de nosotros la idea de esperanza como una fuga de la realidad dolorosa. La esperanza no consiste en la ilusión de superar todas las dificultades, hasta el punto de no sufrir y no morir. Sería no solo una vana ilusión, sino que no entra dentro de la razonabilidad de las personas y de las verdaderas expectativas. El símbolo de la esperanza es el ancla. Encontrar motivos para la esperanza no es otra cosa que buscar dónde apoyarse en medio del temporal del sufrimiento, de la dependencia, de las limitaciones que pueden acompañar al enfermar, es una tarea para la vida consagrada.

La dimensión espiritual, pues, abarca la dimensión religiosa, la incluye en parte⁷. En ella podemos considerar como elementos fundamentales todo el complejo mundo de los valores, la pregunta por el sentido último de las cosas, las opciones fundamentales de la vida (la visión global de la vida).

Cultivar la dimensión espiritual en medio de la vida consagrada, pasa por mucho más que las prácticas religiosas. El sociólogo Durkheim habla de cuatro lugares privilegiados de apertura a lo trascendente, y constituyen caminos privilegiados para el crecimiento y la madurez de los seres humanos: la naturaleza, el arte, el encuentro, el culto (religión). Siendo el encuentro interpersonal una vía de acceso a la experiencia espiritual, los religiosos y religiosas tenemos un camino privilegiado para acompañar en la fragilidad, en el mundo de la salud, a cultivar esta dimensión espiritual mediante la comunicación, mediante el diálogo. Se descubre así la hondura y densidad del significado de la escucha, del silencio, de la palabra y del lenguaje no verbal, se hace que la experiencia vivida en la relación interpersonal.

Como religiosos y religiosas podemos acompañar en los procesos de final de vida a vivir una muerte *apropiada*, no *expropiada*. Morir dignamente consiste en hacer el esfuerzo por *adjetivar* el proceso personal y acompañar desde el entorno a adjetivar con semejantes palabras el final. Cada persona, así, podría imaginar su propio proceso describiéndolo con calificativos personales, propios, que hicieran de este momento de su existencia un momento tan importante como es, definitivamente, el último.

Una muerte sería tanto más digna cuanto más fuera *dicha* por el sujeto y las personas a las que más le afecta. Una muerte «dicha» es aquella en la que hay espacio para la voz, para las palabras en torno al morir, donde se consiga escuchar lo que se dice y lo que no se dice, así como lo que hace decir aquello que se dice y lo que hace no decir aquello que no se dice.

Promover una muerte adjetivada significa hacer lo posible porque la muerte lo sea de *artesanos* del morir, que el morir sea una dimensión de la vida a la que ya nos hayamos ido entrenando a lo largo de la misma, aprendiendo a perder y a integrar progresivamente nuestra condición de finitud.

7 J. C. BERMEJO, *Espiritualidad para ahora. Verbos para el hortelano del espíritu*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2016.

b. El desafío de la humanización

La vida religiosa tiene campo hoy no solo en el terreno asistencial, sino en el desafío salir al paso del malestar, donde encontramos mucha pobreza. Somos pobres en cuanto limitados por el sentimiento de pobreza que se impone ante el dolor, el sufrimiento que no somos capaces de anular (impotencia de la medicina, por ejemplo); pero también como malestar de no saber qué hacer, qué decir, cómo comportarnos ante problemáticas suscitadas por el malestar de la sociedad.

Solo cuando nos humanizamos a partir del Evangelio, como quien se sitúa ante el malestar con humildad, sencillez y compartir, podemos decir aquellas palabras sanantes desde la pobreza que Dios quiere. No serán modelos asistenciales de ricos que dan migajas, o de burgueses instalados en una forma de vida cómoda, como puede ser alguna vez la vida religiosa.

Es necesario promover, dentro y fuera, en religiosos y seculares, la formación del corazón a la que se refería Benedicto XVI (DCE 31), esa formación que nos llevaría a ser particularmente significativos en un mundo herido, lleno de heridas evitables y lleno de heridas que piden ser sanadas y, en todo caso, acompañadas, ungidas, acariciadas.

La humanización deseada ante las solicitudes de sanación y salvación que nacen del malestar, será el resultado, el fruto de corazones apasionados que consigan encarnarse en el aquí y ahora de las diferentes formas de sufrimiento. Esta encarnación propia del que se humaniza (del «humanarse kenótico»), reclamará la dinámica de la salvación, del ayudar al «infirmus» a ponerse de pie (resucitar). La resurrección evocada por la misma naturaleza de la vida consagrada, no será únicamente un hecho sucedido en la historia de la Salvación, sino una dinámica vital del consagrado que compromete a todas sus relaciones y las hace generadoras de vida y salud integral.

Encarnación y resurrección pueden llegar a ser estructuras permanentes de la vida del consagrado, en virtud de las cuales se vive y se trabaja para una nueva creación aquí y ahora. Toda presencia debería ser, en este sentido, liberadora de las manifestaciones de muerte, esclavitud, dominación.

El conocido «principio de humanidad» contenido en la segunda formulación del imperativo categórico de Kant: «Actúa como si tu comportamiento pudiera convertirse en norma universal», constituye un reclamo para humanizar respetando la dignidad de toda persona.

El Dios encarnado se humaniza, asume la condición social del pobre, para hacer posible la dignidad de todos. Si Dios está con los pobres, con las víctimas, con los pecadores, podemos preguntarnos cómo está colocada la vida consagrada en este sentido, si está alineada con la clave evangélica de humanización o si ha construido otras formas de retirada del mundo a escenarios de confort.

Es probable que tengamos recorrido por delante como religiosos en el campo de lo que podríamos llamar la «teología del fango», menos autocomplacientes, menos dueños de infraestructuras de servicios, menos empresariales, más sanadores heridos. La situación de envejecimiento y la grandísima necesidad de ayuda para cuidarnos en nuestras mismas casas, pueden contribuir a humanizar nuestras presencias.

Estamos llamados quizás, en palabras del papa Francisco, a hacer más «teología de las lágrimas», no en sentido dolorista, como en otros tiempos hubiéramos podido hacer, sino en sentido de solidaridad compasiva ante el sufrimiento desde la propia pobreza.

4. BIBLIOGRAFÍA

BERMEJO, J. C., *Resiliencia*, PPC, Madrid 2011.

—, *Envejecimiento y vida religiosa*, Desclée de Bruwer, Bilbao 2013.

—, *Espiritualidad para ahora. Verbos para el hortelano del espíritu*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2016.

FOUCAULT, M., *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, México ¹⁰1985.

JORDAN, P., *Modèles socio-culturels sous-jacents au monde de la santé: La Maison-Dieu* 113 (1973) 18.

SCHAEFER, H., *Salute*, en K. RAHNER (dir.), *Enciclopedia teológica*, Brescia 1977, 318.