

DE LA SALUD BIOLÓGICA A LA SALUD BIOGRÁFICA

HUMANIZACIÓN Y SALUD

Pietro Magliozzi



**DE LA SALUD BIOLÓGICA
A LA SALUD BIOGRÁFICA**

EDICIONES UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
Vicerrectoría de Comunicaciones y Asuntos Públicos
Casilla 114-D Santiago, Chile
Fax (56-2)- 635 4789
editorialedicionesuc@uc.cl
www.edicionesuc.cl

DE LA SALUD BIOLÓGICA A LA SALUD BIOGRÁFICA
HUMANIZACIÓN Y SALUD
P. Pietro dr. Magliozzi m.i.

© Inscripción N° 156.809
Derechos reservados
Diciembre 2006
I.S.B.N. 956-14-0899-6

Primera edición
1.500 ej.
Diseño:María Isabel del Río
Impresor:
Salesianos

C.I.P. - Pontificia Universidad Católica de Chile
Magliozzi, Pietro
De la salud biológica a la salud biográfica.
Humanización y salud : / P. Pietro dr. Magliozzi
m.i.; prólogo del Dr. Juan de Dios Vial Correa
1. Salud--aspectos morales y éticos.
2. Salud--aspectos religiosos--cristianismo.
2006 144 dc 21 RCA2

ADVERTENCIA

ESTA ES UNA COPIA PRIVADA PARA FINES EXCLUSIVAMENTE
EDUCACIONALES



QUEDA PROHIBIDA
LA VENTA, DISTRIBUCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN

- El objeto de la biblioteca es facilitar y fomentar la educación otorgando préstamos gratuitos de libros a personas de los sectores más desposeídos de la sociedad que por motivos económicos, de situación geográfica o discapacidades físicas no tienen posibilidad para acceder a bibliotecas públicas, universitarias o gubernamentales. En consecuencia, una vez leído este libro se considera vencido el préstamo del mismo y deberá ser destruido. No hacerlo, usted, se hace responsable de los perjuicios que deriven de tal incumplimiento.
- Si usted puede financiar el libro, le recomendamos que lo compre en cualquier librería de su país.
- Este proyecto no obtiene ningún tipo de beneficio económico ni directa ni indirectamente.
- Si las leyes de su país no permiten este tipo de préstamo, absténgase de hacer uso de esta biblioteca virtual.

"Quién recibe una idea de mí, recibe instrucción sin disminuir la mía; igual que quién enciende su vela con la mía, recibe luz sin que yo quede a oscuras" ,

—Thomas Jefferson



Para otras publicaciones visite

www.lecturasinegoismo.com

Facebook: Lectura sin Egoísmo

Twitter: @LectSinEgo

o en su defecto escribanos a:

lecturasinegoismo@gmail.com

Referencia: 3897

DE LA SALUD BIOLÓGICA A LA SALUD BIOGRÁFICA

HUMANIZACIÓN Y SALUD

Pietro Magliozzi

PROGRAMA DE ESTUDIOS
MÉDICOS HUMANÍSTICOS
FACULTAD DE MEDICINA UC



EDICIONES
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Deseo expresar mi sincero agradecimiento a todos los que han compartido conmigo, a distintos niveles y en diferentes momentos, la realización de este texto, ayudándome a aclarar problemas y superar desafíos:

Dra. Palma Sgreccia, Dr. Massimo Petrini, Dr. Sandro Spinsanti, Dr. Antonio G. Spagnolo, Dr. Leonardo Antico, P. Francisco Álvarez m.i., y Dr. Domenico Bartollino. Pero sobre todo, tengo que agradecer a la Dra. M. Rosa Walker, quien ha permitido en breve tiempo la maduración, traducción y publicación en Chile de este texto.

Agradecimientos especiales también para el Director de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Dr. Ignacio Sánchez, quien con su apoyo hizo posible la materialización de este proyecto, dando así un impulso al desarrollo de la Humanización en el área de la salud. A los profesores de la Facultad que participaron en la revisión de los capítulos del texto: Dr. Manuel Chacón, Dr. Jorge Dagnino, Dr. Ignacio Duarte, Dr. Mario Guerrero, Dr. Manuel López, Dr. Joaquín Montero, Dr. Flavio Nervi, P. Ángel Rodríguez y Dr. Juan de Dios Vial Correa.

Gracias a todos los amigos que me han aconsejado y animado en esta investigación, al Instituto Camillianum, donde he reflexionado muchas de estas ideas, y a los Superiores Camilianos, en particular al P. Eloy Castaldo.

Dulcis in fundo, gracias a Dios que, a través del carisma de San Camilo, me inspiró esta búsqueda y me guía dándome el entusiasmo y la fuerza necesaria para avanzar.

Pietro Magliozzi
Camiliano - Médico

ÍNDICE

PRÓLOGO	15
INTRODUCCIÓN	23
Tema, ámbito y límites	23
Objetivos generales	25
Objetivos específicos y distribución de la materia	27
I. LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD, DEFINICIÓN Y CONTEXTO ACTUAL	29
INTRODUCCIÓN	29
HORIZONTE ANTROPOLÓGICO DE LA MEDICINA DE LOS ÚLTIMOS VEINTE AÑOS	33
La medicina como ciencia de la naturaleza	34
¿La deshumanización, un problema de médicos o de la medicina?	35
El saber médico, fruto de una formación del agente sanitario	37
Conclusión	41
Humanización	42
Oportunidades para el futuro	44
II. LA DIMENSIÓN DE LAS CULTURAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD: LA PERSONA EN SU RELACIÓN ESPACIAL CON EL MUNDO HUMANO	47
EL SABER BIOMÉDICO EN CRISIS EN LA ERA POSMODERNA	47

Introducción	47
El paradigma de Thomas Kuhn	48
Salud biológica y biográfica	52
Inestabilidad paradigmática del saber biomédico actual	55
Evolución de los conceptos de Salud y Enfermedad humana	60
Medicina y Religión unidas para responder a la crisis hoy	62
MEDICINA Y CULTURA	64
Modelos culturales y salud	65
Modelos éticos y salud	68
Algunos breves ejemplos de interpretación antropológica de fenómenos sanitarios	70
Reacción psicológica a los medicamentos	70
Integración entre medicina tradicional y científica entre los Ningerun	72
Un análisis antropológico del estrés en el mundo de hoy	73
III. LA DIMENSIÓN DE LAS DISCIPLINAS HUMANAS Y LA SALUD: ANTROPOLOGÍA, BIOÉTICA, PSICOLOGÍA, SOCIOLOGÍA Y PEDAGOGÍA. LA PERSONA EN SU DIMENSIÓN HUMANA RELACIONAL	75
LA MEDICINA ENTRE FALSAS CERTEZAS Y UNA SANA GESTIÓN DE LA INCERTIDUMBRE	75
Relato filosófico del alcohólico	75
HUMANIDADES MÉDICAS	77
Integrar ciencias naturales y ciencias humanas	79
Unidad del saber	81
Humanización de la medicina	82
Conclusión	83
PEDAGOGÍA Y HUMANIZACIÓN	84
Educación sanitaria	84
Educación terapéutica	89
SOCIOLOGÍA SANITARIA Y HUMANIZACIÓN	91
Ejemplos de humanización sociológica de la intervención sanitaria	92
BIOÉTICA Y HUMANIZACIÓN	95
EFECTO DE LA AUSENCIA DE LAS CIENCIAS HUMANAS EN EL DISCURSO MÉDICO	97
La salud como fin de la vida	97
El dolor como fin de la vida	99
Lucha y aceptación realista del sufrimiento	99
IV. LA DIMENSIÓN DE LA HISTORIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD: LA PERSONA EN SU RELACIÓN TEMPORAL CON LA HISTORIA HUMANA	103
Introducción	103
CASO SEMMELWEIS: LA CURACIÓN DE LA FIEBRE PUERPERAL EN VIENA DURANTE 1847	104
El caso Semmelweis como lucha por el protagonismo	104
El caso Semmelweis como historia de las ideas	104
El caso Semmelweis como ejemplo de diversos modos de razonar	105
Comentario	106

OCHO SABERES MÉDICOS ALTERNADOS EN LOS ÚLTIMOS TRES SIGLOS EN EE.UU.	107
Medicina doméstica	107
Medicina heroica	108
Medicina thomsoniana	108
Medicina alopática	109
Medicina homeopática	109
Medicina científica	110
Medicina de la salud pública	110
Medicina empresarial	111
EL VÍNCULO ENTRE SALUD Y CULTURA EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA	112
Siglo V a.C.: nacimiento del arte médico occidental	112
Siglo IV a.C.: medicina helenística	114
Del siglo III a.C. al siglo IV d.C.: medicina romana	115
Siglos IV-VII d.C.: medicina bizantina	117
Siglos VII-XIII d.C.: medicina árabe	117
Siglos IV-XIV d.C.: medicina medieval	118
Siglos XIII-XVI: las leyes del cosmos	121
Siglo XVII: del interior al exterior: depuración de los humores internos y defensa del aire externo	124
Siglo XVIII: iluminismo; exterior e interior juntos	125
Siglo XIX: positivismo, industrialización, romanticismo; pérdida de energía al interior y microbios en el exterior	127
Siglo XX: tecnología; salud como bienestar consumista e individualista	130
Síntesis de las ideas terapéuticas en la historia de la medicina	132
El futuro del saber médico: ¿en manos de quién estará?	133
Conclusión	134
V. MEDICINAS CONVENCIONALES Y NO CONVENCIONALES: RESPUESTA A LA ENFERMEDAD (LA PERSONA EN RELACIÓN CON LA CORPOREIDAD FÍSICA Y EL DINAMISMO CONSTITUCIONAL)	137
MEDICINAS NO CONVENCIONALES	137
Del holismo a las medicinas complementarias y/o alternativas (CAM)	137
Los Tratamientos, clasificación	139
Palabras claves de las CAM	141
ANÁLISIS EPISTEMOLÓGICO DE LA RELACIÓN ENTRE UN SABER INTEGRAL Y EL SABER BIOMÉDICO	142
Del paradigma estático positivista al paradigma dinámico integral	142
Discusión sobre las definiciones	144
HOMEOPATÍA CONSTITUCIONAL Y MEDICINA INTEGRAL	148
El tipo constitucional dinámico	149
Contribución de la homeopatía constitucional a la Medicina integral	154
VI. MEDICINA Y ESPIRITUALIDAD / RELIGIONES: LA PERSONA EN SU ORIENTACIÓN VITAL Y SU UNICIDAD	157
ESPIRITUALIDAD EN MEDICINA	157
Antropología de la espiritualidad	159

CÓMO LA ESPIRITUALIDAD CRISTIANA SE MIRA A SÍ MISMA: LA ESPIRITUALIDAD / RELIGIOSIDAD	163
CÓMO LA ESPIRITUALIDAD MIRA LA MEDICINA	165
La teología de la salud	165
Interpretación espiritual de la enfermedad	166
CÓMO LA MEDICINA MIRA LA ESPIRITUALIDAD: ESTUDIOS E INVESTIGACIONES	170
¿La religión es generadora de salud?	172
Interpretaciones médicas en la Epidemiología de la religión	175
HERRAMIENTAS PRÁCTICAS EN ESPIRITUALIDAD	180
Medios espirituales para una mejor comprensión de las causas espirituales de la enfermedad	181
Medios espirituales para una mejor comprensión del propio proyecto de sanación biográfico	184
Nunca quitar la esperanza	185
LA PERSONAS FRENTE A LA ESPIRITUALIDAD Y A LA MEDICINA	186
Médicos y espiritualidad: experiencias	186
Enfermos y espiritualidad: experiencias	188
ESPIRITUALIDAD EN MEDICINA, CONCLUSIONES	189
LOS MILAGROS DE SANACIÓN Y FE	192
Fe y sanación en teología	192
Ejemplos de curaciones extraordinarias	192
¿Qué es el milagro?	193
RELIGIÓN Y SALUD	195
Pautas de los agentes sanitarios en la asistencia interreligiosa	196

VII. MEDICINA Y CRISTIANISMO: LA PERSONA COMO IMAGEN DE DIOS, EN RELACIÓN CON EL CRISTO MÉDICO	201
TEOLOGÍA DE LA SALUD INTEGRAL	201
¿Qué es la salud para el cristiano?	201
La relación entre salud y salvación	202
¿Por qué la teología de la salud?	204
Fe y salud	207
¿Cómo vivir la fe cuando no se logra sanar?	208
Conclusión teológica, la salud es...	210
PRÁCTICAS ECLESIALES DE CURACIÓN	212
Esquema general de historia de la pastoral de la salud	212
Salud y sanación para Jesús	215
Salud y salvación en los gestos sacramentales	216
Conclusión	218
MEDICINA Y PASTORAL	219
Antropología y pastoral sanitaria	220
La pastoral sanadora. Hipótesis	221
LOS SANTOS CRISTIANOS Y LA SALUD	222
Lista según tipos de ministerio	224
LA ORACIÓN DE SANACIÓN	231

Introducción	231
La oración de sanación, un instrumento de integración del hombre	231
¿Qué sanación se da en la Iglesia?	232
El objetivo de la oración de sanación: la salvación	233
El contexto socio-cultural y pastoral de la oración de sanación	234
Las tres generaciones de la oración de sanación	237
Conclusión	239
VIII. LA MEDICINA ANTROPOLÓGICA O MEDICINA DE LA PERSONA: PROYECTO INTEGRAL Y PERSONAL, CON UNA MISIÓN QUE PUEDE Y DEBE DESCUBRIR Y REALIZAR	241
LA MEDICINA INTEGRAL DE ROBERTO GAVA	241
Los principios de la medicina integral	241
Diagnóstico integral	243
Terapia integral	245
PRIMERA PROPUESTA: LA MEDICINA INTEGRADORA	246
SEGUNDA PROPUESTA: LA MEDICINA DE LAS "DIMENSIONES PARTICULARES"	247
TERCERA PROPUESTA: LA MEDICINA ESPIRITUAL DE PAUL TOURNIER	248
CUARTA PROPUESTA: LA MEDICINA CLÍNICA CRISTIANA DE KENNETH FUNG	250
Historia	250
Asociación de Terapeutas Cristianos (ACT)	251
Misión y estatutos para las publicaciones ACT.	252
Antropología bio-psico-socio-espiritual en la "medicina clínica cristiana" y metodología de acción diagnóstico-terapéutica	253
QUINTA PROPUESTA: EJEMPLOS DE PASTORAL SANADORA HOY	255
Consagradas/os médicos y sacerdotes médicos	255
Síntesis del camino de los consagrados médicos de Italia	256
Medicina comunitaria y pastoral comunitaria	259
SEXTA PROPUESTA: BIOTIPOLOGÍA Y CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA SEGÚN NICOLA PENDE	261
Introducción	261
Interdisciplinariedad	264
Concepto de persona	265
Integralidad en la visión de la persona	268
Personalización (la unicidad)	272
Visión dinámica de la persona, la evolución patogenética en medicina	274
Conclusión	276
CONCLUSIÓN	277
BIBLIOGRAFÍAS	281
DE PROFUNDIZACIÓN SOBRE ANTROPOLOGÍA CULTURAL Y FE	281
DE PROFUNDIZACIÓN SOBRE ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y/O TEOLÓGICA	285
ÍNDICES	293
ONOMÁSTICO	293
POR TÉRMINOS	299

PRÓLOGO

Es notorio que existe un profundo malestar frente a la medicina de hoy. Por un lado, sus éxitos son tan clamorosos que no se ve una manera de sustituirla ni de sustraerse a su acción. Por otra parte, la actividad médica se lleva a cabo a menudo según el estilo de una verdadera tiranía tecnológica en la cual el paciente pasa a ser como un objeto en la acción de curar, y de ninguna manera un colaborador o un protagonista. A esta forma de "enajenación" se agrega que los costos crecen más allá de toda medida, afectando duramente a las familias y golpeando de modo particular a los más débiles que se ven a menudo excluidos de los beneficios de la acción médica o sometidos a condiciones de atención deprimentes: largas colas, tiempos de espera exagerados, etc. Mientras el hombre contemporáneo reclama pidiendo el máximo respeto de su personalidad y libertad, él se ve sometido a una máquina crecientemente impersonal y contraria a su dignidad, en el acto mismo de buscar el alivio de su enfermedad.

El libro del Dr. Magliozzi debe ser visto como un valioso aporte al problema de la medicina contemporánea. No sería razonable intentar en el corto espacio de un Prólogo un comentario en profundidad o un resumen de una obra tan compleja. Creo que es más oportuno apuntar algunos rasgos de la medicina que tienen que ver con la exigencia que hoy se formula de su humanización.

La Medicina se ha compenetrado profundamente del espíritu de las ciencias naturales. (Capítulos 1 y 2). El gran descubrimiento conceptual que dinamizó el estudio de la naturaleza desde los tiempos de Galileo, consiste en centrar la atención de la ciencia sobre los mecanismos. Lo que hasta hoy distingue un trabajo en el ámbito de las ciencias naturales respecto de uno en el ámbito de la filosofía o de la historia por ejemplo, es el hecho de que el trabajo científico apunta directa o indirectamente a dilucidar los mecanismos que operan en un grupo de fenómenos. En el siglo XVII, la llamada "filosofía mecánica" se alejó explícitamente del estudio de las "causas finales" que habían sido el punto de mira de la filosofía de la naturaleza por espacio de siglos y se concentró a determinar el "cómo" operaban los mecanismos naturales. Una visión estrictamente mecanicista de la naturaleza, y la firme voluntad de prescindir de la "finalidad" en toda interpretación de sus operaciones, concluye en una visión radicalmente materialista de la realidad que es enfrentada por el hombre. Una visión materialista no significa tanto que todo sea "materia" sino que todo es "material", indefinidamente moldeable por un operador. El propio cuerpo humano no es ajeno a esta condición de "material", y desde la formulación de la idea de la "máquina del cuerpo", todas las funciones corporales entran al campo de lo material, de lo moldeable y modificable. En nuestros tiempos hemos visto esta tendencia impulsada hasta el extremo. La máquina del cuerpo no sólo es estudiada y reparada, sino que sus funciones alteradas son sustituidas, sus partes dañadas reemplazadas, y finalmente se intenta por medio de recursos como la manipulación genética y la clonación, la fabricación de máquinas según especificaciones.

El hombre, el ser humano, es agente, y agente muy activo en este proceso. Sin embargo él es al mismo tiempo objeto de esta marea tecnológica que tiende a sumergirlo. La rebelión contra la "cosificación" del hombre, plantea, ahora desde el ejercicio mismo de la medicina, la pregunta que se ha formulado de modo recurrente en la historia de la humanidad: ¿Qué es el hombre?. La humanización de la medicina no consiste en alguna manera de "suavizar" su ejercicio, y hacerla más amigable. Ella debe partir de una mirada más amplia y profunda sobre la condición humana, tratando de insertar las condiciones del ejercicio de la acción de salud en el conjunto de la cultura de nuestro tiempo. Es por eso que es valioso el conjunto de planteamientos que contiene el libro sobre el "Horizonte Antropológico de la Medicina..." (Cap. 1). Los males de la medicina son males de una civilización. El quehacer médico está determinado tanto por la mirada que le dirige el agente sanitario como por la apreciación que de él hace el paciente. Se trata básicamente de un problema cultural.

Es por eso que resulta muy enriquecedora la aproximación a “la dimensión de las culturas” en el cuidado de la salud. (Cap. 2). Como lo recuerdan los párrafos dedicados a Thomas Kuhn, hemos tomado conciencia de la dependencia de la aproximación científica respecto de la totalidad de la cultura. Somos profundamente conscientes de la relatividad de este conocimiento científico técnico al que confiamos a veces más que nuestras propias vidas. Comprendemos que “Salud” y “Enfermedad” no son conceptos propiamente “objetivos” sino modos de denotar posiciones básicas de la vida humana, verdaderos “trascendentales” antropológicos y se nos hace más claro por qué la medicina y la religión han tenido lazos tan estrechos y complejos. “La racionalidad científica biomédica no basta al paciente de hoy que busca explicaciones subjetivas, culturales, sociales y religiosas a su sufrimiento”, y eso explica por qué la visión que tiene el hombre de la medicina está profundamente impregnada de los elementos de su fondo cultural. Por eso mismo es importante la comparación de nuestra medicina y de nuestra concepción de salud con las de otros pueblos y culturas.

Un camino en esta compleja cuestión es el del cultivo de las Humanidades Médicas (HHMM cap. 3), o sea, de aquellas disciplinas externas a la medicina, que miran de manera nueva al hombre y sus problemas en el período de la enfermedad, y de las cuales el libro trae una lista interesante: antropología médica, cultural y filosófica, filosofía de la ciencia y de la medicina, filosofía moral y bioética, ciencia de las religiones y teología, psicología, sociología sanitaria, historia de la medicina y de la ciencia, pedagogía sanitaria, filosofía de las neurociencias, literatura y medios de comunicación.

Esta enumeración, de suyo impresionante, no debería sorprender si se toma en serio el cometido de la medicina y el carácter verdaderamente trascendental de la noción de salud. Estas disciplinas humanísticas pueden en gran medida ser integradas a las ciencias naturales y a las tecnologías que forman parte inmediata del quehacer médico. Ellas no deben aparecer como un listado de materias, sino como una estimulación a abrir nuevas perspectivas a la formación médica.

Es una circunstancia afortunada que la propia modalidad actual del ejercicio de la Medicina está trayendo una nueva preocupación por su aspecto humano. Esto se advierte sobre todo en el campo de la ética. En este campo la medicina está tocando zonas especialmente sensibles de la vida personal y social del ser humano. La educación, la vida familiar, la generación de nuevas vidas, la economía, las inequidades sociales, el dolor, el sufrimiento y la muer-

te, representan hoy algunos de los campos en los cuales se debaten enérgicamente opciones médicas y técnicas que en último término dependen de nociones morales, realidades antropológicas y culturales, de todo el complejo en suma de aquellas disciplinas de las cuales una medicina demasiado tecnológica habría creído poder olvidarse. La bioética y sus conexiones antropológicas y religiosas ha pasado a un lugar prominente en las preocupaciones médicas actuales. No puede olvidarse que la bioética corre también el peligro de transformarse en una rama menor de las ciencias naturales si se la desprende de su conexión con la pregunta clave ¿Qué es el hombre?

Una interesante tendencia de las ciencias actuales, que es muy vívida en la medicina, es la de recuperar el sentido de la historia (Cap. 4). Desde Tucídides y los diálogos platónicos, la narrativa es una manera privilegiada de exponer la realidad humana y su contacto con Dios y con la naturaleza. Las ciencias naturales adoptaron por siglos un camino que iba relegando lo narrativo a un puesto secundario. Sin embargo el ejercicio diario de una medicina humana, muestra cómo el relato es capaz de hacer presente la condición humana. No es sólo la psiquiatría, es toda la medicina, es la historia de las ciencias lo que está impregnado por la fuerza del pasado vivido, de la vida transcurrida. La historia trae el testimonio de las maneras cómo las culturas humanas han dado respuestas a los problemas médicos y han marcado con su sello de sabiduría la inquietud de los hombres por su salud y su vida. Es muy valioso que el libro aborde el problema de la relación entre historia y salud. Nos abre así a una comprensión más integral del problema de la medicina.

Una parte de la crisis de la Medicina se refleja en el surgimiento frondoso de las "medicinas no convencionales". Ellas son extensamente abordadas en el capítulo 5. Son ciertamente asuntos muy ajenos a mi competencia, pero el autor aporta algunos puntos de vista que resultan iluminadores aun para un impenitente convencido de las bondades de la ciencia natural. Allí se toca el modelo de la "medicina relacional" contrapuesto al "modelo biomédico". La medicina "relacional" nos remite a la medicina hipocrática tal como es referida por Platón, la medicina "de los hombres libres", cuyo acto médico es iniciado por una conversación prolongada entre médico y paciente en la que se va desentrañando el problema que lo aflige y se lo va incorporando en su comprensión y en el camino de solución. El paciente en aquella medicina no era un objeto, sino un interlocutor en el empeño de percibir el daño de la naturaleza y de superarlo. Las consideraciones de eficiencia, de costos y de número de pacientes han hecho casi desaparecer esa "medicina de hombres libres" y la han reemplazado de hecho por una "medicina de esclavos" como

la llama el propio Platón. La recuperación del paradigma "relacional" en la medicina podría enriquecer la relación médico-paciente y arrojar luz sobre multitud de trastornos de salud pequeños y grandes que persiguen como achaques la vida del hombre contemporáneo. El peligro de las propias medicinas alternativas es que se transformen ellas también en tecnologías y se olviden de esa raíz vital de la medicina en Occidente que fue la ayuda conciente a la naturaleza para que encuentre su propio camino de salud.

"Durante una enfermedad, un sufrimiento, una muerte, todos buscan el "sentido" y la "relación integral" (con otros, Dios, uno mismo, el universo)". Tal vez estas palabras de inicio del capítulo 6, nos dicen que frente a la enfermedad, el hombre exige más o menos vagamente una respuesta a la pregunta ¿qué es el hombre?. Esa pregunta tiene dos terrenos en los cuales le es posible formularla. El primero es el grato terreno del análisis intelectual en el curso del cual este ente llamado el hombre encuentra una ubicación en el conjunto de la realidad. Las ciencias de la naturaleza, la psicología, la sociología, la historia, etc. lo explican y aclaran sus posibilidades y limitaciones. Pero hay momentos en muchas vidas en los cuales se advierte la insuficiencia de esas explicaciones, insuficientes no porque "les falte" un mayor o mejor desarrollo, sino porque ellas están planteadas en un terreno seleccionado y por lo mismo insuficiente. Son los momentos que se vive "frente al vacío y sin sentido de la propia vida, en que el "no ser", la "nada" se yerguen como realidades, probablemente no racionales, pero amenazantes y que se apoderan de toda la realidad perceptible. Son momentos que no tienen nombre, como los que evoca Vallejo, en "Los Heraldos Negros": "Hay golpes en la vida tan fuertes, yo no sé Golpes como de la ira de Dios..." Y en esos momentos la pregunta por el hombre, que parecía amortiguada y olvidada, resurge. Se hace evidente que ella debe ser encarada si no queremos que nuestra vida sea una fuga continua de nosotros mismos.

Kant planteó la cuestión en unas preguntas famosas: "Primero qué es lo que podemos saber; segundo qué es lo que debemos hacer; tercero qué es lo que nos es dable esperar; cuarto, qué es el hombre". Martin Buber en un comentario a estas preguntas hacía ver que ellas están ligadas en una profunda unidad, las tres primeras por la cuarta. Qué es lo que podemos saber, significa en realidad quién es este que puede saber y saber en esta forma; y del mismo modo quién es este a quien le es dable esperar en tal o cual forma; y finalmente quién es este que debe actuar y actuar en tal o cual forma. El hombre es el que sabe, espera y actúa. Su posición es única en el universo conocido. Sólo los hombres saben de sí mismos, de los otros hombres y de la

naturaleza, y saben entrando en una relación con el otro, una relación que es reflejo y extensión de lo que el hombre sabe de Dios. Sólo los hombres perciben a través de sus pequeñas e imperfectas esperanzas, una esperanza de plenitud. Sólo los hombres sienten el llamado trascendental del deber ser que se consuma en su entrega por amor.

La pregunta por el hombre que brota en la experiencia de la vida es enteramente distinta de la imagen del hombre que preside a las ciencias naturales. En éstas, el hombre es producto de una evolución que actúa sin propósito, sin ánimo de perfeccionamiento, de modo ciego. El juego de leyes necesarias genera el azar de su existencia. No existe en la naturaleza un designio inteligente que guíe hacia la hominización. Y así todos los tratamientos científicos de las materias médicas empiezan por la química y la física de la materia viva para seguir por sus formas elementales de organización celular y tisular, alzarse hasta el surgimiento de los organismos y estudiar los antecedentes bioquímicos de esa propiedad emergente que es el ejercicio del conocimiento humano.

Sin embargo, eso es sólo una descripción que parte de la base, del supuesto, formulado explícitamente por Descartes de que no hay designio, no hay diseño inteligente en la naturaleza. La realidad es que la marcha de la especie humana a través de los tiempos es una pura sucesión de juegos de diseño inteligente. Mientras que el determinismo natural vive del pasado, y mira al presente como consecuencia del pasado, la sola existencia del hombre vive de futuro, de "finalidad", de "para qué". Lo que preside a la existencia humana es algo distinto de lo que preside al decurso natural de la naturaleza. Está hecho de proyecto, de verdad, de libertad. Lo que preside a la existencia humana es el espíritu, que no se ciñe al determinismo, sino que se abre hacia el futuro y hacia la trascendencia.

Los últimos capítulos del libro (Caps. 6,7,8), densos y ricos, son un esfuerzo por hacer girar el rostro de la medicina, de modo que ella empiece por el verdadero comienzo, el cual no está dado por los antecedentes físico-químicos de la realidad humana, sino por el encuentro de las personas, hecho preñado de futuro, abierto a la irrupción del otro, lugar de salud, sanación y salvación. Esta acción médica compromete a personas que son imagen de Dios, y son como una extensión de "Cristo Médico" venido también para rescatar a la humanidad del peligro de pensar bajamente de sí misma. Todo hombre de buena voluntad puede andar el camino que lleva al encuentro sanador con el otro. El cristiano ve que ese

camino es enriquecido y proyectado hacia la eternidad por el Buen Samaritano que transforma los pasos cargados de rutinas e indiferencias en una mirada personal, sanadora y salvadora al doliente que está tirado en el suelo a la orilla del camino.

Le agradezco al autor que me haya hecho el honor de pedirme un Prólogo para este libro. He podido darme cuenta de la importancia intrínseca que él tiene, de los muchos temas de profundo interés que un análisis más detallado revela. Pero aun aparte de esto me parece que el libro representa una incursión necesaria en un terreno de urgente actualidad en nuestra cultura contemporánea.

Juan de Dios Vial Correa
Marzo 17, 2006

INTRODUCCIÓN

TEMA, ÁMBITO Y LÍMITES

¿Qué significa "medicina antropológica"? ¿Qué quiere decir "curar a la persona"? ¿En qué sentido se puede añadir algo a la curación de la ciencia? La respuesta de la antropología médica¹ es entender la curación según una nueva lógica.

¹ La antropología es la reflexión sobre los antecedentes culturales, médico-científicos, filosóficos y teológicos de la dimensión ética de la realidad humana. Ella da a entender mejor a quien actúa y sobre quién se está actuando. Más específicamente, la antropología médica anglosajona (medical anthropology), evalúa las diferentes prácticas médicas, convencionales y no convencionales, confrontándolas con las hermenéuticas culturales y la historia de las ideas en las cuales ellas se insertan; la antropología valora por lo tanto las enfermedades como fenómenos bio-psico-socio-culturales. Paralela a ella está la antropología médica de origen franco-alemán que utiliza las contribuciones de la filosofía existencialista y fenomenológica para reflexionar sobre el hombre en la condición de enfermedad. Cf. CASALONE C., *Medicina, macchine e uomini, la malattia al crocevia delle interpretazioni*, Morcelliana-Gregorian University Press (Collana Aloisiana), Brescia-Roma 1999, p. 44.

Sin Antropología se cae en la ilusión - de que habla I. Illich - de creer posible hacer elecciones éticas en contextos antropológicos no éticos. Hoy el contexto es una cultura tecno-científica que se fija en el objeto, considerando al sujeto o a su vida como algo; hasta que la antropología no cree un contexto en que se fije en el hombre como persona-sujeto-enfermo, como alguien, "la bioética sola - dice otra vez Illich - será legítima pero irrelevante". Cf. ILLICH I., *Nello specchio del passato*, Red./Studio redazionale, Como 1992, p. 230.

En la historia del saber médico se han alternado dos interpretaciones extremas de la curación: curar la parte enferma (reduccionismo) y curar el todo (holismo); curar la materia del cuerpo (materialismo) y curar el alma (espiritualismo). La antropología médica nos lleva hacia otro nivel del sanar a la persona

- En sus *relaciones (R)*, capacidad relacional con uno mismo, los demás, las cosas, Dios.
- En su *unicidad (U)*, personalizando y adaptando al contexto de cada individuo y cultura todo el discurso del “sanar”.
- En su *integralidad (I)*, o sea, en su complejidad estructural y funcional, tomando en cuenta las distintas dimensiones del ser y hacer del hombre.
- En su *dinamismo (D)*, en la evolución de su proyecto biográfico y patobiográfico.

La antropología permite, por lo tanto, tratar el proceso de “sanar” como una búsqueda responsable a varios niveles (RUID); con la ayuda de distintas disciplinas: humanidades médicas, espirituales y teológicas, médicas y constitucionales.

Sanación está relacionada a factores *externos* (económicos, políticos, tecnológicos, ecológicos, ambientales, sociales, laborales...) pero también a *interiores* (biológicos, mentales, antropológicos, éticos, espirituales...). Sólo una aproximación interdisciplinaria permitirá profundizar y humanizar el sentido de la sanación².

La sanación según esta lógica antropológica médica e interdisciplinaria se vuelve por lo tanto una tarea, una responsabilidad, un camino personal. Un trabajo no solamente médico, social, o psicológico, sino que aborda el sentido antropto-teológico. *Sanar* se convierte entonces en una búsqueda de relación, con uno mismo [incluido con el propio cuerpo], con el otro, con Dios-verdad-sanante hacia la «sanación» de la biografía (natural y sobrenatural) de la misma persona.

El texto no quiere tratar todos los aspectos relacionados con la salud/sanación, sino que se propone presentar algunos desafíos que está afrontando hoy la Medicina, desafíos de los cuales se habla poco, pero que son necesarios para crear un discurso interdisciplinario realista sobre la salud y sobre el proceso de sanación. Además, el texto llama la atención sobre los aspectos antropológicos y espirituales que están entre los más olvidados hoy. Se trata

² El termino “*sanación*” según el diccionario de la lengua de la Real Academia Española 2001 (edición 21) así cita: 1- acción y efecto de sanar; 2- curación por medio de prácticas esotéricas o de terapias alternativas. En el presente texto el término será usado, claramente, según el primer significado en correlación con el término inglés: “healing”, el alemán: “Heilung”, el francés: “guérison”, el italiano: “guarigione”.

de poner al centro de la medicina la "persona-sujeto" y no detenerse en el objeto enfermedad, en la calidad del cuidado o en desarrollar exageradamente intereses particulares (o ideológicos) del mundo de la salud.

De la consideración de estos desafíos surgirá un cuadro mucho más complejo del curar, pero al mismo tiempo se destacará la persona-relación, la persona-unicidad, la persona integralidad, la persona dinamismo (proyecto biográfico), como eje central de todo el discurso. Tal persona será vista como un «quien», integrando los diversos saberes naturales, humanos y revelados, sobre la salud y la sanación. Todo eso humaniza, profundiza y eleva la realidad de la sanación a un nivel teórico, así como también tiene muchas implicancias prácticas, como se verá en el curso del texto.

En síntesis, se propone dar oportunidades para reflexionar sobre las siguientes preguntas: ¿Qué y quién es sanador? [o sea, es verdadera medicina], ¿qué es humanizante? [qué es medicina antropológica, medicina para la persona], ¿cómo pueden colaborar hoy las culturas, las ciencias humanas, los varios saberes médicos y la fe para dar una salud más profunda, humana y encarnada en el contexto actual?

Todas estas interrogantes sólo ofrecen ocasiones de reflexión que requieren ulteriores estudios y verificaciones teóricas y clínicas, pero son también una propuesta para enriquecer y concretar una literatura y praxis sanitaria que se propone dar una salud más auténtica y humana a la persona.

OBJETIVOS GENERALES

Expresiones como "humanización del cuidado de la salud", "humanidades en medicina", y "personalización en el cuidado de la salud" no son nada más que intentos de recuperar un "*estilo de sanación*" relacional, personal, integral, dinámico y sobrenatural que se intentara desarrollar a lo largo de este texto. La *comprensión de la persona* en su complejidad y misterio es el origen y el fin de este nuevo estilo.

Para alcanzar este "estilo" y esta "comprensión" son necesarios en primer lugar profesionales sanitarios capaces de hacer en sí mismos la síntesis de fe y cultura, es decir:

- Que sepan vivir su *fe* en las elecciones sanitarias cotidianas y en cada ámbito social.

- Que purifiquen, eleven y completen su *cultura* desarrollando todas las potencialidades humanas naturales y sobrenaturales³.
- Que integren verdad y servicio, el “ser” y el “hacer”.

Los profesionales comprometidos en esta formación, podrán estar en el mundo sanitario no sólo como presencias significativas, «motores» en la sociedad, aptos para vivir y enfrentarse con una cultura que cambia, sino como sujetos capaces de diálogo y confrontación en un contexto pluri- e intercultural, con un laicismo y relativismo vertiginosos.

La *Universidad Católica*, con sus tres características específicas⁴, se propone varias funciones que tienen relación con estos objetivos generales, ayudando a los hombres a desarrollar más su humanidad:

- Función crítica hacia la cultura actual.
- Promover el diálogo entre teología y ciencias modernas, dar respuestas interdisciplinarias a los problemas.
- Hacer creíble el Evangelio con el rigor científico y doctrinal (verdad) y el servicio (caridad).

Ella tiene el papel de formar a profesionales que no vayan “a remolque de la cultura, con sus ideologías de moda”, sino que sean “motores” que arrastren esta sociedad hacia la civilización del amor. Para facilitar este cambio es necesario que cada uno en su propio ambiente social evangelice su cultura y encarne el Evangelio.

Una *Universidad*⁵ es tal, si forma, ayuda a dar capacidad de juicios justos y críticos enseñando un método de pensamiento; y es *Católica*, si la visión cristiana de la realidad⁶ es la fuente que inspira sus elecciones; alcanza *su objetivo*, si promueve la integración entre la fe y la cultura, entre la fe y la vida. Cultura y fe se encuentran cuando se habla de “persona”⁷.

En otras palabras, el objetivo de la Universidad Católica es reforzar la identidad social, entregar egresados que sean miembros responsables de la Iglesia y de la sociedad, para acelerar y avanzar hacia la construcción del Reino

³ Cf. POUPARD P. (Ed.), *Creare con fede una nuova cultura*, Città Nuova, Roma 1996. POUPARD P. (Ed.), *Creatività culturale e fede cristiana. Sfide e scelte pastorali*, Città Nuova, Roma 1998. POUPARD P., *Il Vangelo nel cuore delle culture, nuove frontiere dell'inculturazione*, Città Nuova, Roma 1988. POUPARD P. (Ed.), *Università, cultura, evangelizzazione*, Città Nuova, Roma 1997.

⁴ 1 - Vocación educativa, más allá que formativa o de pura docencia; 2- Desarrollo integral de toda la persona, cuerpo, mente y espíritu; 3 - Apertura internacional.

⁵ Cf. ANTHONY F.V., *Faith and Culture in Catholic school. An educational pastoral research on inculturation in the Tamil/Indian cultural context*, Deepagam - Chennai 1999.

⁶ La visión cristiana de la realidad es la que ve todo resumido en Cristo, hombre perfecto, en el cual todos los valores humanos encuentran su plenitud.

⁷ *Ibidem*, pp. 17. 33-40.

de Dios, la Civilización del amor, la nueva humanidad en Cristo. Sólo esto ayuda a crecer a la Iglesia universal y a la comunidad mundial. He aquí la importancia de la inculturación de la fe⁸.

Cuando la fe se integre en la cultura, sólo entonces será fe acogida, fe pensada, fe experimentada, y si la cultura se deja evangelizar por la fe, será a su vez purificada, elevada, completada, desarrollando todas sus potencialidades humanas y sobrenaturales.

La fe no es sólo un barniz puesto sobre la cultura o una más de sus partes, sino un "injerto" fecundo; una cultura sanitaria que renace con Cristo desarrollará lo mejor de sí porque «sólo en el misterio de Cristo encuentra verdadera luz el misterio del hombre» (*Gaudium et Spes*, 22). En tal sentido, también se comprende cómo la fe cristiana respeta las diversidades, respeta al hombre y favorece la humanización del mundo de la salud.

Convertirse en agente de la salud con su *fe inculturada* significa ser un operador de paz, una persona con identidad clara de lo que es, respetuosa de lo diferente, capaz de diálogo. *Sin inculturación de la fe*, el agente se queda ciego a sistemas ideológicos, inhumanos y destructivos de lo humano, a modas superficiales. La inculturación de la fe es un proceso de liberación, es una acción no violenta para cambiar y para humanizar. Inculturar la fe y evangelizar la cultura en el ámbito sanitario es el objetivo general y el marco de este texto en el cual se enfrentan varios puntos de vista sobre el tema de la salud y de la sanación, pero siempre a la luz de la fe por la cual cada enfermo es persona, es *imago Dei* (imagen de Dios).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y DISTRIBUCIÓN DE LA MATERIA

Más específicamente, en el campo de la salud-sanación, el texto se propone los siguientes objetivos:

- 1.- *Ensancha la perspectiva de la medicina*. "Sanar a la persona" es un trabajo y un proceso no sólo médico y experimental, sino que pertenece al campo de la *interdisciplinariedad*. El volumen se propone ilustrar los diversos *desafíos* que «la persona», en sus varias dimensiones, pone al trabajo de sanación del agente sanitario volviéndolo más interesante y completo. Esto será tratado en los primeros dos capítulos en los cuales se presenta al "contexto actual" del mundo de la salud. De la persona se destaca su relación con la cultura y con el espacio.

⁸ *Ibidem*, pp. 276-77.

- 2.- *Integrar los saberes.* Además, el libro enseña cómo tales aportes, pertenecientes a las ciencias naturales y humanas, pueden ser *integrados* en una tarea y un camino personal de "*sanación biográfica*", ya sea para el agente sanitario como para el enfermo. Tal objetivo será enfocado en los capítulos tres, cuatro y cinco (las Humanidades médicas el cap. 3; la Historia de la medicina el cap. 4; las Medicinas complementarias el cap. 5). Aquí de la persona se evidencia su relación con los demás (cap. 3), con el tiempo y la historia humana (cap. 4) y con su corporeidad y dinamismo constitucional (cap. 5).
- 3.- *Elevar el nivel de salud y sanación.* El escrito en síntesis *profundiza y humaniza* el sentido y la realidad de la "*sanación*" (liberándola de sus acepciones culturales patógenas) para que pueda favorecer un cambio saludable en las personas, hacerlas más abiertas a un crecimiento en su auto-trascendencia y ayudar a los agentes de salud a transformarse en seres más integrados y motivados. Este tercer objetivo será profundizado en los últimos tres capítulos (la espiritualidad, el cap. 6; la visión y acción cristiana en la salud, el cap. 7; ejemplos concretos de medicina antropológica, el cap. 8). Aquí, de la persona se mira su unicidad en la orientación vital (cap. 6), su ser imagen de Dios en desarrollo hacia la semejanza con la ayuda de la gracia (cap. 7). El último capítulo muestra cómo algunos médicos han intentado transformar todo esto en proyectos clínicos de anamnesis, diagnóstico y terapia antropológicas, o sea, favorecer aquella sanación más adecuada a la misión biográfica y trascendente de cada uno. Son intentos que incluyen tanto oportunidades como límites, pero representan esfuerzos muy interesantes por avanzar en la humanización de la salud.

Capítulo I.

LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD, DEFINICIÓN Y CONTEXTO ACTUAL

INTRODUCCIÓN

El término “humanizar” es definido por p. Angelo Brusco, camiliano, supervisor en relación de ayuda, como hacer la realidad sanitaria más digna del hombre, mejorando la “calidad humana” del servicio al enfermo¹. En otras palabras, humanizar es situar cualquier realidad a la altura del hombre. Todo lo que acorte la distancia entre la realidad sanitaria y esa altura plena, está en el camino del humanizar. A la inversa, cualquier elemento que tienda a agrandar esa distancia, creando una situación de *insuficiente dignidad y valor* dado a la persona (enferma o que trabaja con enfermos)², actúa deshumanizando. Humanizar es, por lo tanto, un camino que lleva al hombre-sujeto hacia una realidad de *alta dignidad y valor*.

¹ Cf. BERMEJO J.C., Humanizar la salud, San Pablo, Madrid 1997, p. 30.

² Desde el punto de vista de los enfermos: acogida fría e impersonal, relaciones funcionales, escasa información, profesionales sanitarios que no contestan a las preguntas o contestan de modo apresurado e incomprensible, ser tratados como un objeto por arreglar o como un órgano enfermo, no ser escuchados, perder autonomía de decisión, injusticias cuando se da la pobreza. Desde el punto de vista de los agentes sanitarios, trabajar demasiado y con pocos medios, injusticia en el sueldo, ausencia de formación ética y en comunicación, poca participación en las decisiones, conflictos con colegas y superiores. En síntesis, la deshumanización en la salud es participar en un clima donde uno se siente solo, aislado, sin relaciones, sin ayuda. *Ibidem*, p. 31.

La deshumanización, que parece un problema ético y teórico, es en realidad un peligro hacia el cual avanzan a pasos veloces todos aquellos países implicados en la globalización. Por esto debe ser comprendido en sus dinámicas culturales más profundas y debe ser "puesto al desnudo" para frenarlo y encauzarlo cuanto más sea posible. En Europa se ha hablado y escrito mucho de humanización de la salud, de la medicina y del agente sanitario en los años '70 y '80 hasta que tal empuje se ha agotado progresivamente y hoy el término "humanización" casi ha desaparecido de la terminología corriente europea, excepto de la pastoral de la salud. ¿Por qué?

Primero, se ha planteado el tema solo *éticamente*, criticando un mal, subrayando un valor que falta, juzgando las causas de deshumanización; el efecto ha sido una serie de mecanismos de defensa de quienes se sentían atacados por un moralismo superficial e injusto y nada ha cambiado. El gran valor de la ética es completar un trabajo previo a nivel pedagógico y antropológico de concienciación sobre el valor del *humanum* en cada sujeto.

Segundo, se ha planteado otras veces el tema a un nivel solamente *relacional*: la deshumanización como problema de relaciones personales alteradas (lejanas, impersonales, indiferentes, conflictivas, como con objetos, interesadas, etc.); incapacidad de aceptar las propias heridas y por lo tanto incapacidad de sanarlas en los otros con una atención empática y con relaciones significativas. También tal modelo psico-pastoral ha tenido su mecanismo de defensa que ha anulado su efecto benéfico. El mundo globalizado de hoy es individualista y le resulta difícil acoger tal sabiduría.

Tercero, se ha visto *sociológicamente* la deshumanización en el mundo de la salud como efecto de la búsqueda del bienestar, del clima cultural de individualismo, de interés y egoísmo, habiéndose perdido el estilo de solidaridad, familia y comunidad más propio de la cultura rural. Pero tampoco esta interpretación ha servido porque tal individualismo es considerado "progreso" (!!)

y condición del progreso.

Cuarto, se ha tratado la deshumanización como problema de *antropología*, o sea como problema de identidad. Se pasa de la deshumanización a la humanización de la salud cuando se ayuda al hombre a encontrar la integración de un saber sobre la salud, sobre sí mismo y a encontrar una identidad fuerte, una cura a varios niveles de la persona. Pero también tal propuesta ha caído en el vacío en una antropología occidental más o menos fragmentada. Varios antropólogos médicos (Letamendi, Weizsäcker, Laín Entralgo) han lanzado auténticos gritos pidiendo la recuperación del sujeto en la medicina y en el mundo sanitario (el paciente es sujeto, el agente sanitario es sujeto y no objeto biológico o anónimo, no es parte de una máquina tecnológica, burocrática y empresarial). El efecto ha sido opuesto a la expectativa.

Todo esto ocurre en un ambiente de aparente e indiscutible progreso. Pero objetivamente no todo es progreso.

- Hay *progreso* de la tecnología diagnóstica y terapéutica, de comunicación y búsqueda científica; pero al mismo tiempo *retroceso* en la relación terapéutica con el paciente, fragmentación de éste, incapacidad cada vez mayor para dar un sentido humano a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte.
- *Progreso* en la modernidad de las estructuras, en las gestiones administrativas, económicas y empresariales, hay una búsqueda cada vez mayor de la "calidad del servicio" y de las prestaciones, pero al mismo tiempo se nota un *abandono* progresivo de la historia de vida (biografía de quien ingresa a la institución); prisa en los contactos personales, poca o ninguna ayuda para descifrar el acontecimiento patobiográfico (*life event*) que el enfermo está viviendo; en otras palabras, cada vez más una terapia "en cadena de montaje" y cada vez menos una terapia a escala humana.
- *Progreso* en la legislación sanitaria, en los derechos al enfermo y en los servicios sociales, *pero* a menudo sin alma; a veces sin justicia, con intereses económicos, políticos, sindicales en los cuales la voz principal no es la del enfermo³.

¿Cuál es entonces la solución al proceso pandémico de deshumanización que está golpeando a todos los países del mundo implicados en la globalización y secularización? Creo que es el de "*poner al desnudo*" las causas y los procesos culturales que lo producen y sustentan. Enseñar y experimentar, no sólo oír, contar sobre ellos o leer, sino tener la experiencia de la medida en que la inhumanidad en el cuidado de la salud destruye al hombre y su humanidad, cuánto lo degrada y humilla el ser tratado como animal o cosa, cómo lo lleva a un estado de anonimato que no le corresponde, que no debe, ni puede permitirse y que lo aleja de la verdad de su ser. A raíz de esto, el ex Cardenal Joseph Ratzinger escribió en el 2003⁴ citando a W. Pauli: "Cuando la fe no persuade tampoco a los simples, también la ética se derrumbará... habrán atrocidades inimaginables." Pauli escribió esto en la Alemania de 1927 sin saber que sólo pocos años después se habrían consumado el holocausto hebreo, una guerra mundial, la legalización del aborto, etc. Hoy en la así llamada posmodernidad se ha ido más allá del derrumbamiento de la ética, a una fracasada conciencia del bien y del mal; además, se ha llegado al colapso del sentido de humanidad⁵. Hoy,

³ Cf. BERMEJO J.C., Humanizar la salud, op. cit., pp. 32-5.

⁴ Cf. RATZINGER J., Fede, Verità, Tolleranza, il cristianesimo e le religioni del mondo, Cantagalli, Siena 2003.

⁵ *Ibidem*, pp. 146-7.

dividiendo el estudio del hombre en sectores especializados para disponer de él como un objeto fragmentado -escribe Ratzinger- se pierde de vista su humanidad, la síntesis, el panorama del hombre entero, los fundamentos del *humanum*, es decir las preguntas sobre la verdad, la vida, el valor⁶.

La razón se ha alejado de las preguntas últimas -vida, muerte, inmortalidad, bien, mal, Dios, hombre, pecado, gracia- reemplazándolas con preguntas sobre problemas contingentes e inmanentes como la curación física y el bienestar psico-físico. No se sabe que sólo la Verdad es la que mantiene al hombre en su dignidad y crea comunión entre los que son diferentes⁷. Excluir al hombre de la Verdad, de su Verdad de Hombre y *humanum*, es engañarlo; por eso sirve poner en evidencia este engaño, como una *parresia*⁸, la de Juan Pablo II; éste es un servicio a la humanidad, éste es un deber de la *humanitas*, defender al hombre y devolverle la dignidad de la Verdad, o sea de la "Persona"⁹. Destruyendo la Verdad-persona sólo se crea deshumanización, una existencia de contradicciones, que es el infierno¹⁰, la rebeldía del hombre hacia la aceptación de su naturaleza humana¹¹.

Humanizar el mundo de la salud, se vuelve por lo tanto una empresa mucho más grande, necesaria y comprometedora que un simple esfuerzo pragmático, una cosa que hacer, o un quehacer ético, un principio y algunos valores que promover y defender. *Es reconducir al hombre a su Verdad en el momento y en los lugares donde se sufre y se muere*. Es ayudar al hombre a ser Persona con el altísimo valor de tal realidad, para que pueda vivir, luchar, sufrir y morir de un modo diferente. Es creer en el potencial de humanidad de los individuos, de auto-trascendencia, de expresión de lo gratuito, de la oblación de sí, y de acompañar a otros a hacer lo mismo. Para una tal humanización la Iglesia tiene una responsabilidad y un honor en el ser precursora y promotora de un proceso que el Card. Ratzinger sintetizaba en su libro en dos palabras: "*ortodoxia y ortopraxis*"¹²; es ésta la respuesta y el sentido que podemos dar hoy a la crisis de humanización en el mundo de la salud.

⁶ *Ibidem*, pp. 149-50.

⁷ *Ibidem*, pp. 203-4; 221.

⁸ Palabra de origen griega que significa: franqueza, sinceridad.

⁹ *Ibidem*, p. 201.

¹⁰ *Ibidem*, p. 264.

¹¹ Aquel de originarse en Dios, ir hacia Dios, pertenecer a Dios, ser por Dios. Quien quiere librarse de éste, que es la misma identidad del hombre, quiere librarse de la misma humanidad y está eliminando la «vida» en lo que tiene de más noble. *Ibidem*, pp. 262-3.

¹² *Ibidem*, p. 192. En otras palabras refleja el lema de la Universidad Católica de Chile cuando dice: "verdad y servicio".

HORIZONTE ANTROPOLÓGICO DE LA MEDICINA DE LOS ÚLTIMOS VEINTE AÑOS

David Rothman, historiador americano, describe en su obra *“Extraños a la cabecera”*, (*“Strangers at the bedside”*)¹³ de modo incisivo el cambio que se ha observado en la práctica médica de los últimos veinte años: mientras en un tiempo el enfermo sólo era visto por dos profesionales (el médico y el sacerdote), hoy más especialistas (profesionales de diferentes formaciones y competencias: *enfermeras, auxiliares, psicólogos, asistentes sociales, bioeticistas, managers, etc...*) se acercan al enfermo; además, la medicina contemporánea ha llamado la atención de los *filósofos* por problemas nuevos sobre la salud, decisiones clínicas, en torno a la vida, la muerte¹⁴, y no falta hoy tampoco la atención de los *juristas* respecto de la cuestión de los «derechos» (ej. consentimiento informado por los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, juicios contra la clase médica).

¿Cómo hacer “buena” medicina?:

- Como la medicina actual comporta hoy conocimientos que exceden a los que tradicionalmente han sido propios del médico, éste, frente al *desafío de la complejidad*, elige limitarse a los aspectos técnicos del propio trabajo.
- Hoy se concentra solamente en la dimensión de la eficacia de las curas ofrecidas, y no sobre el objetivo global. Esto es expresado claramente por el *Código de Hemingwai*: “Cuando dispires no debes pensar que le disparas a un hombre, sino que golpeas un blanco”¹⁵; es decir, ante situaciones cuya solución es compleja, difícil e interdisciplinaria, se ha llevado a concentrar todo el empeño en hacer lo que se hace y tal como tiene que ser hecho, sin dejarse distraer por cuestiones relativas al significado o al objetivo de la misma acción, olvidando así que se está obrando sobre un ser humano, sobre una persona, cuyas dimensiones trascienden aquellas anatómo-biológicas generalmente consideradas. El correctivo de las ciencias humanas (el medio) para llegar a una medicina más humanizada o antropológica (el fin intermedio) puede

¹³ Cf. SPINSANTI S., *Curare e prendersi cura*, Ed. Cidas, Roma 2000, p. 5.

¹⁴ Se dice que la medicina ha salvado la vida a la filosofía.

¹⁵ La versión militar y homicida del código Hemingwai puede parecer ofensiva para los médicos que se dedican a salvar la vida de los enfermos. Sin embargo, también con todas las diferencias, evoca eficazmente una elección difusa en el mundo médico: espantados por la complejidad del sanar personas, muchos profesionales se concentran con una determinación total y obstinada sobre los aspectos operacionales de la práctica de la medicina al cuidar patologías, evitando confrontarse con las cuestiones del significado. La antropología médica -afirma S. Spinsanti, antropólogo médico- es el correctivo propuesto a una medicina reducida a un conjunto de movimientos estratégicos contra el blanco de la enfermedad. (Ibíd., p. 7).

convertirse en un instrumento privilegiado, en el actual contexto cultural, para una nueva propuesta de salud y sanación; puede traducirse a su vez en vida más plena y en salvación para el hombre de hoy (el fin auténtico), porque las ciencias humanas apuntan a los fines, a la visión de conjunto.

Propuesta para una buena medicina: afirmar la persona en una nueva antropología médica.

Viktor von Weizsäcker, médico y antropólogo alemán, ha propuesto la siguiente idea:

- Conformar un *punte* que permita pasar de «un» sector de la persona a “toda” la persona o, más sencillamente, ayudar a pasar de la salud biológica a la salud biológico-biográfica.

El puente del que habla Weizsäcker, no es algo extrínseco entre partes que permanecen separadas, sino aquellas preguntas que captan la “enfermedad dentro de la vida”, que hacen pasar del reduccionismo hacia la persona y llevan a *mirarla* de una forma distinta.

LA MEDICINA COMO CIENCIA DE LA NATURALEZA

La medicina, concebida como conjunto de intervenciones terapéuticas para restablecer la *salud*, es tan antigua como el hombre; como complejo de conocimientos sobre el *cuerpo* puede remontarse en occidente a la medicina griega.

Mucho más reciente es la idea de medicina como ciencia de la naturaleza, que concierne sólo a la *parte objetiva del hombre*. Ella se remonta a la primera mitad del siglo XIX, siendo Rudolf Virchow en Alemania uno de los padres fundadores. En cuanto “ciencia de la naturaleza”, la medicina asume el estatus epistemológico de las ciencias naturales, eligiendo el proceder empírico: su base está constituida por la fisiología y la patología. Disfunción y enfermedad son consideradas consecuencias de trastornos materiales orgánicos (bioquímico-genéticos).

Eso ha conducido a una medicina, como es la actual, llamada *biomédica* o tecno - científica: se trata de una *medicina analítica* que se vale de un método “analítico”, análisis del sistema, del aparato, del órgano, de las células, de las macromoléculas. Si por una parte, la medicina debe al método analítico un siglo y medio de éxitos (los progresos de la cirugía, de la microbiología, de la farmacología, del diagnóstico), de esto mismo se han derivado algunas consecuencias no tan positivas:

- La relación médico-paciente es cada vez más "instrumental y objetiva", es decir mediada por instrumentos y dirigida a un objeto de estudio.
- La enfermedad se ha convertido en un "problema" que se puede conocer por datos técnicos y cuantitativos, con la razón.
- Diagnóstico y tratamiento se han transformado en acciones tecnológicas.
- El enfermo no es visto como una persona, sino como un caso clínico y el médico actúa más de manera técnica, pasando de cama en cama, para descubrir dónde está la "avería" y arreglarla.

Cuando con tal método analítico llevado a un extremo el hombre es considerado como un "trozo de naturaleza", se opera una *mutilación antropológica*, la que en términos éticos es llamada "*deshumanización*" de la medicina. En este proceso socio-cultural el médico está influenciado por dos corrientes: de un lado el paradigma científico y del otro el paradigma empresarial. Siempre es para él más difícil y desafiante vivir y obrar en un paradigma humanizador y vinculado al trascendente, a la verdad del hombre.

¿LA DESHUMANIZACIÓN, UN PROBLEMA DE MÉDICOS O DE LA MEDICINA?¹⁶

En este contexto "poner al desnudo" no significa buscar un responsable. Muchos contribuyen en alimentar la deshumanización del cuidado de la salud: el *paciente* que acepta ser "usuario" y pide una simple terapia sintomática; el *mercado* y la *tecnociencia* con sus lógicas de desarrollo; la *sociedad* posmoderna con su cultura tan paradójica. En este párrafo enfocamos la atención sobre un sujeto del mundo de la salud: el *médico*, para ver cuánto él participa, con o sin responsabilidad, en este proceso deshumanizante.

Por supuesto, hay casos de falta ética en el médico o de pecado, cuando el profesional con conciencia de lo que está haciendo, con libertad de acción y con consentimiento voluntario, actúa de manera responsable contra la dignidad del colega de trabajo, de otro funcionario o del paciente. Sobre este asunto del mal ético o moral personal no voy a ocuparme, pues ha sido largamente tratado y bien analizado en otros textos. Lo que, en cambio, raramente se destaca es que muchas veces el profesional de la salud es obligado por el paradigma cientifista, por un lado y por las necesidades de una administración encaminada a la producción, por el otro, a determinadas actitudes y comportamientos inhumanos. No es correcto, por lo tanto, responsabilizar de las tendencias reduccionistas y deshumanizantes dentro de la medicina siempre

¹⁶ Cf. MAGLIOZZI P., Psicofarmacologia sintomatica e omeopatia clinica nelle nevrosi, questioni etiche, antropologiche e pastorali, Dissertatio ad Lauream, Camillianum [Teresianum], Roma 1999, pp. 13-21.

a algunos agentes sanitarios y no a la medicina como ciencia. En otras palabras la "medicina" en sí misma no es éticamente neutral; no es sólo el empleo humano que se hace de ella lo que la convierte en éticamente lícita o no, humana o inhumana; ella misma empuja al médico hacia actitudes y comportamientos inhumanos.

Se quiere subrayar, refiriéndose a una parte de la abundante literatura pedagógica contemporánea sobre la formación del médico en el ámbito italiano¹⁷, que, más allá de la inhumanidad del sujeto, de sus equivocaciones¹⁸, en la base de la *mala práctica* médica hay una influencia de la tendencia cientificista de la formación de pregrado, hospitalaria y especializada, un problema del sistema institucional de la medicina que se traduce en un cierto tipo de práctica clínica¹⁹. Inhumanidad del médico e inhumanidad de la medicina no se excluyen recíprocamente, más bien, a veces es difícil distinguir hasta dónde la inhumanidad depende de una elección personal y hasta dónde es consecuencia de un paradigma cultural vigente.

R. Merton escribió en 1973: «La reivindicación de objetividad y separación del discurso "valórico" sirvió para poner a la ciencia en la cima de la jerarquía del conocimiento».²⁰ Pero el conocimiento científico médico como todas las otras formas de conocimientos es un producto de procesos cultura-

¹⁷ Cf. ALOISI, La didattica e l'artigianato medico, pp. 120-127. Cf. ANGISSOLA A.B., La fabbrica dei "dottori", in "Federazione Medica", nov. 1993, p. 14. Cf. BECCASTRINI S., La formazione permanente nei servizi sociali e sanitari. Per imparare a cambiare insieme, Fondazione Smith Kline, Franco Angeli, Milano 1996. Cf. CAIRO M.T., Persona e salute. Itinerari educativi, La Scuola, Brescia 1994. Cf. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, Bioetica e formazione nel sistema sanitario. Presidente del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione ed Editoria, Roma 1991. Cf. COX K.R., EWAN C.E. (Eds.), Insegnare la medicina (trad. di Lucchelli F.), Raffaello Cortina, Milano 1989. Cf. DE ARCANGELIS A., La sfida della chimera. Dal rapporto del Consiglio d'Europa sulle medicine alternative, ai nodi dell'omeopatia, alle tracce di una rivoluzione ecologica, Dimensione Umana, Milano 1987. Cf. FELLIN R., ROMAGNONI F., Per un cambiamento nella medicina universitaria, in "Federazione Medica", sett. 1991, p. 7. Cf. FERIOLI L., Gli operatori sociali e l'educazione difficile, Dehoniane, Bologna 1980, pp. 15-26. Cf. GHETTI V. (Ed.), La comunità come base per la formazione del personale sanitario. Rapporto di un gruppo di studio dell'OMS, Franco Angeli, Milano 1988. Cf. GHETTI V. (Ed.), Introduzione alla pedagogia medica (II), Fondazione Smith Kline, Franco Angeli, Milano 1993. Cf. HAZON F., Storia della formazione tecnica e professionale in Italia, Armando, Milano 1918. Cf. MACCACARO G.A., MARTINELLI A. (Eds.), Sociologia della medicina, Feltrinelli, Milano 1977. Cf. MAGLIOZZI P., Formazione degli operatori sanitari, in AA.VV., (CINA' G., LOCCI E., ROCCHETTA C., SANDRIN L., Eds.), Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria, Camiliani, Torino 1997, pp. 463-469. Cf. MAIORANO G.A., A proposito della nuova didattica della medicina, Bulzoni, Roma, 1988. Cf. MONTIEL, La formazione umanista, pp. 247-252. Cf. NORDIO, Il piacere di pensare, pp. 170-176. Cf. VACCARI R., La sanità incompiuta. Proposte ed esperienze di organizzazione del lavoro in sanità, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991, pp. 109-137. Cf. VIGORELLI P.E., VIGORELLI L., Alleanza terapeutica tra medico e paziente, Ghedini, Milano 1985.

¹⁸ Cf. BALDINI M., Gli errori della medicina e gli sbagli dei medici, in "L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities", 1994, 6, pp. 92-100. Cf. LOWN B., L'arte di guarire, (trad. di C. Spinoglio; titolo originale: The lost art of healing, 1996), Garzanti, Milano 1997, pp. 147-163.

¹⁹ Cf. BECKER H.S., GEER B., MILLER S.J., L'istruzione del medico, in MACCACARO G.A., MARTINELLI A. (Eds.), Sociologia della medicina, Feltrinelli, Milano 1977, pp. 129-149.

²⁰ CANT S., SHARMA U. (Eds.), Complementary and alternative medicines. Knowledge in practice, Free Association Books, London (UK)-New York 1996, pp. 8-9.

les (en dependencia de valores, ideologías, elecciones éticas, paradigmas, como Kuhn ya demostró hace más de 30 años). Tanto el científico, que usa la energía nuclear/atómica, como el médico que usa remedios/toxinas, no parten en su modo de pensar y de trabajar de *datos* científicos éticamente neutrales, sino de posiciones teóricas, de una particular visión del mundo, de una *Weltanschauung*, de un paradigma dentro del cual se inserta cada tema de la vida (amor, mal, acontecimientos, cura, cada acto y cada elección concreta)²¹. El médico no puede acercarse al enfermo con una mente sin prejuicios ni valores, ni tampoco con la de un sociólogo, de un psicólogo o de un sacerdote, sino que va allí con la mente y el conocimiento del médico. Los estudios y la experiencia en los años de formación en la Facultad de Medicina influenciarán su pensamiento, su saber y su práctica de médico para toda la vida²².

EL SABER MÉDICO, FRUTO DE UNA FORMACIÓN DEL AGENTE SANITARIO

Con las siguientes reflexiones se quiere poner en guardia (función originaria de la bioética), contra *algunas tendencias* en el saber médico propuestas hoy en las facultades de medicina de los países occidentales, tendencias que pueden convertirse en praxis común si el sujeto, consciente de la verdad sobre la persona y su bien, no se opone.

EJEMPLO 1. El saber médico enseñado en la Universidad, si no es asumido y propuesto críticamente, pasa a convertirse en un saber *cerrado* al cambio; esto se ve claramente en la carencia de un sistema de conocimiento de los errores; falta para los estudiantes el "manual de errores", generalmente falta también en los clínicos más avezados la capacidad de admitir la equivocación y de cambiar un comportamiento por el bien del paciente²³. El concepto de *responsabilidad médica* en la experiencia clínica es vivido a veces como

²¹ *Ibidem*, p. 9. Cf. CATANANTI C., L'antropologia alla base della medicina: un dibattito antico ed attuale, in «L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities», 1996, 6, pp. 1135-1150. Cf. DINI A., Antropologia medica e storia della medicina, en "L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities", 1994, 6, pp. 51-60. Cf. ENGELHARDT D. von, La medicina di fronte alla sfida antropologica, en "L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities", 1993, 1, pp. 21-40. Cf. GRMEK M. (a cura di), Storia del pensiero medico occidentale, Laterza, Roma-Bari 1993. Cf. UNITED STATES, DOCUMENTS, Alternative Medicine: expanding medical horizons (a report to the national institute of health on alternative medical systems and practices in the United States. Prepared under the auspices of the workshop on alternative medicine, Chantilly, Virginia, Sept. 14-16, 1992), United States General Press Office, Bethesda (Md), Washington DC 1995, pp. xiv. Cf. VIGARELLO G., Il sano e il malato. Storia della cura del corpo dal medioevo a oggi, Marsilio, Venezia 1996.

²² Cf. BECKER, GEER, MILLER, L'istruzione del medico, en MACCACARO, MARTINELLI, Sociologia della medicina, op. cit., pp. 129-149. Cf. CADOR L., Scuola o apprendistato?, Armando, Milano 1982.

²³ Cf. BALDINI, Gli errori della medicina, op. cit. pp. 92-100. Cf. GHETTI, La comunità come base, op. cit. pp. 80-85.

“el modo de defenderse de la ley si se actúa mal” y no es realizado con la intención de conocer los errores para encontrar formas alternativas de acción a favor de la salud del enfermo. Esta superposición de la ciencia sobre la práctica médica es defendida por un fuerte dogmatismo que impide un sereno diálogo antropológico-médico y crea cada vez más cosificación y alejamiento del enfermo²⁴ y crisis del sistema médico global²⁵.

EJEMPLO 2. La crisis de la *formación universitaria*, de la cual ya se hablaba en los años '60: crisis de los maestros, de los estudiantes y de la búsqueda del conocimiento. Va agravándose con el tiempo²⁶ y no ha logrado adaptarse a las numerosas variaciones de la salud (aspecto socio-político) y del saber médico (aspecto epistémico-filosófico) en estos últimos treinta años. Además, después de la reforma de la pedagogía médica universitaria, en la cual se ha aumentado el número de las disciplinas, queda una “desarticulación entre la universidad, por una parte, y las necesidades sanitarias de la población, por la otra”.²⁷ En 1995 una Comisión ministerial italiana responsable de la revisión de la reforma pedagógica de las facultades de medicina expone: “Es oportuno que la Universidad se dé cuenta que ya no es tiempo de formar a profesionales siguiendo rígidamente su tradición metodológica e imponiéndola a la sociedad”; y más aún: “Es oportuno que la Universidad salga de su torre de marfil y baje a la realidad concreta existente en el entorno fuera de ella”. En síntesis, hace falta “formar a un profesional que responda a las solicitudes de la sociedad”²⁸, hace falta una formación que, además del médico tecnológico, también prepare el médico antropólogo-social.

- La crisis del papel del *médico de familia*: su desvalorización como el “médico del sistema público”, ha sido inducida para reforzar el mito del “especialista” o de la “ultra-especialidad”, de la era tecnológica. Esta crisis no proviene - dice G. Cosmacini, historiador de la medicina - de la acción de tecnificar la medicina, la cual ayuda a pasar de un empirismo subjetivo a técnicas de diagnóstico y terapias exactas, uniformadas, estandarizadas, precisas y eficaces; sino que la crisis nace probablemente del hecho que el especialista y la técnica a veces se vuelven un fin absoluto, excluyendo de la medicina la visión general y médico-social. “Mientras despega el mito del especialismo - escribe

²⁴ Cf. ALOISI M., La didattica e l'artigianato medico: problemi attuali dell'insegnamento medico, en «L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities», 1994, 6, pp. 120-127.

²⁵ Cf. COSMACINI G., La medicina della storia. Questione medica e questione sanitaria: antropologia e tecnologia a confronto, Episteme, Padova 1996, pp. 41-56.

²⁶ *Ibidem*, pp. 48-49, 52-53.

²⁷ *Ibidem*, p. 54.

²⁸ *Ibidem*, p. 55.

Cosmacini²⁹ - la realidad de la medicina general y social es desamparada, dejada a un lado como medicina autodidacta...”

- *Los primeros años de enseñanza de medicina*: al principio de los estudios, a pesar de que se comienza con ideales más o menos abstractos de altruismo y de vocación a una misión, el alumno es inducido por las clases (químicas, física, bioquímica, biología, anatomía, etcétera) a pensar al enfermo en términos materiales -de determinismo y moleculares- de signos y síntomas anónimos, de datos de laboratorio y datos computarizados, de razonamientos deductivos y cuantitativos. Lo testimonian la ausencia o la superficialidad con que han sido presentadas hasta hoy materias como psicología del enfermo³⁰, historia de la medicina, bioética³¹, antropología médica, filosofía de la medicina³², y temas como “la muerte”, “el sufrimiento”, “el límite y el error médico”; también lo testimonia la enorme cantidad de nociones para memorizar, más de lo que el tiempo lo permite, que no deja espacio para otras reflexiones o para desarrollar un pensamiento crítico, la intuición y la creatividad. El estudiante, bombardeado por datos y nombres, es obligado a trabajar automáticamente de memoria sobre objetos³³.
- Cuando luego el *estudiante* inicia su *práctica clínica*, su deseo espontáneo de llegar al aspecto humano y psicológico del enfermo, encontrándose por primera vez en el papel de médico, es de nuevo frustrado y boicoteado por actividades técnicas y repetitivas (anamnesis esquemáticas, procedimientos, encuestas de datos, transcripciones en fichas) para inducir a una relación técnica y cuantitativa con el enfermo³⁴.
A esto se suman las siguientes situaciones que generalmente obligan al estudiante a cosificar al paciente:

²⁹ *Ibidem*, p. 47.

³⁰ Cf. PIPERNO A., VIGORELLI P.E., Tirocinio ospedaliero, en VIGORELLI, VIGORELLI, *Alleanza terapéutica*, op. cit. pp. 36-45.

³¹ Cf. ENGELHARDT von D., Insegnamento dell'etica medica agli studenti di medicina, en «L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities», 1994, 6, pp. 233-238. Cf. PELLEGRINO E., L'insegnamento dell'etica medica negli Stati Uniti, en «L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities», 1994, 6, p. 272.

³² Cf. MONTIEL L., La formazione umanistica degli studenti di medicina in Spagna, en «L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities», 1994, 6, pp. 247-252.

³³ Cf. BECKER, GEER, MILLER, L'istruzione del medico, en MACCACARO, MARTINELLI, *Sociologia della medicina*, op. cit., pp. 129-149. Cf. NORDIO S., Il piacere di pensare in medicina, en «L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities», 1993, 3, pp. 170-176.

³⁴ *Ibidem*, pp. 129-149. Cf. SOLIGNAC P., *Medico e paziente*, Garzanti, Milano 1974, pp. 150-161.

- Si el alumno en práctica se siente inexperto e inseguro al afrontar los problemas clínicos que ha estudiado por años, tanto más lo está en los problemas relacionales, como manejar la carga emotiva de los pacientes, cosa que raras veces ha estudiado o afrontado³⁵ y de la que nunca se habla entre colegas. He aquí que se ampara en gestos técnicos e impersonales para vencer esta inseguridad vista como indigna de la imagen del médico³⁶.
- El alumno, inicialmente idealista y altruista, agitado e involucrado por las *primeras identificaciones* con las «biografías» de algunos enfermos, trata de defenderse de ulteriores turbaciones, relacionándose de manera técnica, pasando de la atención al enfermo a la atención a la enfermedad, del sujeto-paciente al objeto-paciente del cual aprender y volviéndose cada vez más cínico e insensible al sufrimiento y a la muerte ajena³⁷. No se trata sólo de un mecanismo de defensa personal, sino de un cinismo instituido en toda la labor del hospital³⁸.
- El estudiante, buscando en el profesor y en los *otros médicos «expertos»* un modelo de comportamiento, a menudo ve un *pattern* cosificante³⁹. El hábito más practicado en la relación médico-paciente es la separación emotiva del enfermo. A tal modelo instituido⁴⁰, y ya afirmado, es más fácil acostumbrarse que oponerse.
- El estudiante, buscando la *especialización*,⁴¹ no hace más que alejarse ulteriormente de un "modelo asistencial" para asumir e interiorizar un modelo de cura tecno-científica, con ventajas en términos de honorarios y tiempos de trabajo. Acabada la especialización del estudiante, si no se ha opuesto, ha aprendido del saber médico de molde reduccionista a ahogar cada actitud identificadora o empática, a ignorar

³⁵ Los estudiantes acostumbrados a trabajar con los fenómenos cuantitativos e informatizados de la enfermedad, empiezan a razonar como un biólogo o un físico de modo puramente científico-experimental, en términos de problemas a resolver en modo lineal (causa-efecto) y deductivo (ley general, aplicaciones particulares). Pero esto no es válido para el hombre cuya complejidad transforma frecuentemente en ineficaz el razonamiento lineal y deductivo. A raíz de esto: algunos textos de M. Balint, un médico inglés, precursor de la psicología médica y psicósomática. Cf. BALINT M., *The doctor, his patient and the illness*, Pitmann, London 1956. Cf. CASEMENT P., *Apprendere dal paziente*, Raffaello Cortina, Milano 1989. Cf. CAZZULLO C.L., *Gruppi Balint: bases et méthodes*, en "Medicine psychosomatique", 1979, 2, pp. 153-160. Cf. LAI G., *Gruppi di apprendimento*, Boringhieri, Torino 1973. Cf. LUBAN PLOZZA B., POZZI U., *I gruppi Balint*, Piccin, Padova 1985. Cf. SAPIR M., *La formation psychologique du médecin*, Payot, Paris 1972.

³⁶ Cf. PIPERNO, VIGORELLI, *Tirocinio ospedaliero*, en VIGORELLI, VIGORELLI, *Alleanza terapeutica*, op. cit., pp. 36-37.

³⁷ *Ibidem*, pp. 40-44.

³⁸ Se ha medido que el cinismo medio de los estudiantes de medicina de último año, es mayor que el de los estudiantes más jóvenes, de hombres de negocios y políticos. Cf. BECKER, GEER, MILLER, *L'istruzione del medico*, en MACCACARO, MARTINELLI, *Sociologia della medicina*, op. cit., pp. 131-132.

³⁹ *Ibidem*, p. 137.

⁴⁰ *Ibidem*, pp. 129-132.

el valor comunicativo existencial de síntomas y signos personales, para dedicarse exclusivamente al estudio del órgano, del síntoma o del dato instrumental de laboratorio. Vigorelli, gastroenterólogo y psiquiatra dice: "Dependerá de su estructura de personalidad y de las posibilidades formativas que le serán ofrecidas, si esta toma de conciencia⁴² sea vivida de modo neurótico o sea utilizada para un ulterior progreso"⁴³.

CONCLUSIÓN

Cuando se habla generalmente de "crisis" de la medicina se entiende «crisis de los recursos» escribe Giorgio Cosmacini. Es decir la crisis no es atribuida nunca a la medicina como ciencia o como actividad tecnológica, sino a la actividad sanitaria (como institución) y se considera que es solucionable con mayores recursos económicos. Pero la crisis de los medios no es la única, más bien es una coartada - escribe Cosmacini -, para cubrir una crisis de identidad del médico mismo, *crisis* que se manifiesta en amplios sectores, pero que tiene su origen, según el historiador italiano, principalmente en una formación insuficiente:

"(la crisis pertenece) al orden de los estudios universitarios de medicina, la profesión médica en sus varias fases o formas (elecciones, comienzo, ejercicio, carrera) y en sus varios contenidos (científicos, técnicos, ético-prácticos, deontológicos, jurídicos, administrativos, asociativos), la relación con el paciente directa (libre profesional), o indirecta (mediada por el sistema de seguros médicos), la vida del médico en sus diferentes aspectos (privado-familiares, económico-sociales, culturales) y los mismos principios reguladores de los muchos sistemas inherentes a la atención de salud (la política sanitaria del Estado; las instituciones y estructuras del seguro sanitario, sistemas hospitalarios público y privado, las representaciones de los órdenes médicos y sindicales, etcétera). Crisis, ante todo, de formación del médico"⁴⁴.

Cosmacini continúa:

"Frente a las grandes transformaciones incipientes en la sociedad - crecimiento demográfico, crecimiento económico, crecimiento tecnológico - la medicina aparece, a los oyentes más avisados y responsables, por lo menos en situación de "malestar"; se relaciona a modelos de enseñanza inadecuada,

⁴¹ *Ibidem*, pp. 134-135.

⁴² Del conflicto entre identificarse con el paciente personalizándolo y el identificarse con aquellos "maestros" que cosifican el paciente.

⁴³ Cf. PIPERNO, VIGORELLI, *Tirocinio ospedaliero*, en VIGORELLI, VIGORELLI, *Alleanza terapéutica*, op. cit., p. 45.

⁴⁴ COSMACINI, *La medicina della storia*, op. cit., pp. 42-43.

modos de ejercicio torcidos, concepciones fundamentales de la vida empobrecidas de vigor teórico y ético. Se trata de modos, modelos, conceptos y valores llamados a reorientarse de manera decisiva, a encaminarse hacia una incisiva reforma⁴⁵.

El paradigma de la medicina actual lleva al médico a pensar en la enfermedad y no en el hombre enfermo. Esto no quiere decir que no pueda existir dentro de la práctica clínica oficial, quien logre expresar igualmente los valores humanizadores, pero por todo lo dicho antes (tecnología, especialización, defensa,...) se entiende que se haya creado de manera paradigmática un alejamiento entre la persona del médico y la persona del paciente y por lo tanto se haya hecho extremadamente difícil, dentro de una relación profesional, vivir una ética personalista y una antropología personalizada.

Al contrario, un paradigma relacional, respetuoso de la unicidad del enfermo, de su integralidad y dinamismo biográfico, hace más fácil, de parte de los médicos que lo han aprendido y asimilado, la encarnación de los valores éticos y antropológicos.

Es necesario que quien obra en el ámbito sanitario, si no quiere perder la identidad propia y aquella del enfermo del cual tiene la responsabilidad, siga también interrogándose sobre lo que significa la salud, enfermedad, sanación, bienestar, cura y prevención, de modo interdisciplinario, según la doble perspectiva de las ciencias humanas y naturales.

Como consecuencia de la Primera Guerra Mundial, después del derrumbamiento de los ideales del cientismo positivista y de la cultura liberal-burguesa, un humanista - Stephan Zweig - descubrió, por el estudio de tres biografías, los primeros síntomas de una "crisis de la medicina": lo que hoy necesita la medicina es un volver la mirada, desde esa tendencia al análisis y al detalle propios de su quehacer, a la totalidad del ser humano⁴⁶; el interés debe ser desplazado progresivamente desde la enfermedad aislada a la enfermedad vista en el contexto de una persona enferma.

HUMANIZACIÓN

El término "humanización" engendra ambigüedad. Para la persona lejana al ámbito de la fe, este término puede tener "olor a sacristía" y para los practicantes católicos parece demasiado laico y separado de la fe; en

⁴⁵ Ídem.

⁴⁶ Cf. SPINSANTI S., *Curare e prendersi cura*, op. cit., p. 12.

otros términos, en vez de sanar el viejo conflicto entre fe y razón, divino y humano, esta ambigüedad lo aumenta. Además, tal palabra no siempre atrae, ni seduce, ni empuja a comprometerse (no se presenta como un ideal que arrastra, que une)⁴⁷. Por consiguiente, hoy necesitamos hallar un modo más apropiado, en relación con la cultura, para presentar y actuar hacia tal objetivo.

Algunas ideas:

- 1.- Humanizar significa *devolver la salud, el equilibrio interior* a los agentes sanitarios como personas, ayudarlos a afrontar los conflictos, a adquirir aquella paz y serenidad necesarias para trabajar y vivir mejor.
- 2.- Humanizar significa *salir de un reduccionismo* organicista, ya sea diagnóstico o terapéutico, en que ha caído la medicina, volviendo a la visión total del enfermo, de su asistencia y tratamiento. Humanizar es, en otros términos, pasar del enfermo-objeto al enfermo-sujeto, al enfermo-persona.
- 3.- Humanizar significa saber *hacer prevención y promoción de la salud a un nivel más amplio y biográfico*. No basta pensar sólo al enfermo en términos tardíos de "reparación", es importante pensarlo en forma "preventiva" cuando la persona está todavía sana, y "salutogénica"⁴⁸, de promoción de la dimensión sana, de crecimiento armónico, como persona, con todas sus dimensiones.
- 4.- Humanizar es devolver la *capacidad comunicativa* y relacional a quien la ha perdido (enfermos o agentes de la salud); permitir la salida del individualismo, del no compartir el propio mundo interior, de la dependencia de tranquilizantes (en alto porcentaje de la población) para silenciar la angustia, en vez de dar significado, a las propias incertidumbres existenciales.
- 5.- Humanizar es *integrar los límites de la vida y la vulnerabilidad humana*, que para el cristiano toma pleno significado en la experiencia pascual.

Toda esta idea de humanización como cura de la *integralidad* del hombre (punto 1 y 2), de su *dinamismo* (punto 3 y 5), de su dimensión *relacional* (punto 4) es comprensible y posible de compartir por todos, no engendra ambigüedad y contiene una fuerte dimensión y potencialidad para el crecimiento

⁴⁷ Sólo en los documentos católicos de pastoral de la salud "humanización" aparece como una palabra clave. Se ve por ejemplo en el documento CELAM (Bogotá) de 1994 sobre la pastoral de la salud. Cf. ORTIZ LOZADA L., Pastoral de la salud en América Latina y el Caribe, en "Medellín" vol. XXVII n. 106 (2001), pp. 173-185.

⁴⁸ Término creado por Aaron Antonovsky en los años '70 y, hoy, rico en investigaciones y pruebas de su eficacia.

espiritual y religioso, antropológico, ético y teológico del hombre. Humanizar significa por lo tanto trabajar “para que el hombre sea más hombre” (más imagen de Dios, su modelo de perfección)⁴⁹ y todo esto nos lleva al *personalismo* cristiano de la ética y antropología cristiana.

Oportunidades para el futuro

Para humanizar es bueno actuar a varios niveles: leyes sanitarias, desigualdad en el acceso a la salud, arquitectura sanitaria, condiciones laborales, salud ambiental, etc. La propuesta en este texto es, primero, crear objetivos más actuales, visibles en el mundo de la salud, crear *un conocimiento de enlace* entre las ciencias humanas⁵⁰ y las naturales (técnico-biológicas) en las cuales el agente sanitario ha sido formado. Tal “puente” puede ser *la medicina personal o antropológica*. Ella no parte de la *antropología teológica o filosófica* para aplicarla a la medicina (en modo deductivo), ni tampoco parte de unos modos de hacer *medicina* (inductivo) para llegar a los valores del paradigma personalista, sino parte al mismo tiempo de:

- Conceptos y principios de las ciencias del sentido (filosofía, antropología, bioética,...): capítulo 2.
- Conceptos de las ciencias relacionales o humanas (psicología, sociología, pedagogía, historia,...): capítulos 3 y 4.
- Conceptos de las ciencias naturales (saberes médicos): capítulo 5.
- Conceptos de las ciencias del Espíritu (espiritualidad y teología): capítulos 6 y 7.

Sólo desde tal interdisciplinariedad se puede alcanzar una medicina auténtica, verdadera, humana, antropológica, digna de la persona. Humanizar es, por tanto, una búsqueda de la medicina del siglo XXI. Tal enfoque inductivo permite acompañar gradualmente al médico o al enfermero -a través de su contacto con el paciente- hacia la humanización de que habla la antropología, para lograr todas las ventajas para sí mismo y para el enfermo.

Humanización es, por consiguiente y, en síntesis: *dar el servicio más integral y personal posible al enfermo*, entregándole una calidad de servicio más alta (no sólo tecnológicamente) y ofreciendo aquellas prestaciones que la medicina de hoy no otorga todavía: prevención y promoción de la salud

⁴⁹ Cf. Mat 5,48 “Sed perfectos como es perfecto vuestro Padre celestial”, Cf. SCHREIBER M.A., L'uomo immagine di Dio, principi ed elementi di sintesi teologica, Dissertatio ad Lauream in Pontificia Facultate Theologica Teresianum, Romae 1987.

⁵⁰ Antropología cultural, Cura de la salud en la cultura, Salud y sufrimiento en la visión cristiana del hombre, Humanización del mundo de la salud y dimensión espiritual de la salud, Ética y bioética, psicología de la salud y de la enfermedad, Sociología de la salud, Educación de adultos, Dinámica de grupos, Relación de ayuda,...

integral⁵¹, ayuda para conocerse y sanarse más integralmente, dando respuestas alternativas también a patologías para las que hay pocas estrategias clínicas (ej: distonías neurovegetativas, enfermedades psicosomáticas, degenerativas, terminales,...).

Naturalmente, una medicina más humana (de servicio más integral) será de mejor calidad y esto se reflejará también de manera positiva a nivel de economía y política sanitaria (como pasa en EE.UU.).

En *Europa* se trabaja hoy en BIOMEDICINA (medicina biológica) con DRG (disease related groups), o sea, con control de la empresa sobre los gastos. El fin de esta medicina es el ahorro de dinero, la eficiencia y la producción.

Después de una medicina de la EVIDENCIA CIENTÍFICA (EBM: evidence-based medicine), en *Estados Unidos* se habla ahora de INTEGRATIVE MEDICINE o sea de biomedicina integrada a las *Complementary and alternative medicines* (CAM). Pero el fin es siempre la evidencia científica: demostrar cuantitativamente la verdad objetiva de sanación (el tratamiento más eficaz).

¿Qué modelos se podrían seguir en *Latinoamérica*? Con un planteamiento de tipo humanizante, se podría impulsar la MEDICINA INTEGRAL-BIOGRÁFICA o también la MEDICINA DE LA PERSONA, donde el enfermo-persona es considerado globalmente en su relación con el espacio (su cultura), con el tiempo (su biografía y patobiografía), con los demás (ciencias humanas), con su dinamismo constitucional (ciencias naturales), con su Dios (ciencias del espíritu). El fin no es aquí ni la producción, ni la eficacia cuantitativa, sino *el crecimiento humano y divino de la persona, su autotranscendencia: sanación - vida llena - salvación*. No excluye una sanación física, pero no termina allí, va más adelante, hacia el fin último de la persona, que no es sólo material y terrenal, sino espiritual y eterno.

Algunas palabras claves para plantear el discurso humanizador en el cuidado de la salud en este texto son: *síntesis y verdad del hombre* (RUID, relación, unicidad, integralidad, dinamismo) a la cual pertenece intrínsecamente su dimensión espiritual/religiosa.

⁵¹ El término:—“integral”, que remplace el término “holismo” de los años ‘70-‘80, no entiende al hombre como unidad, sino como un proceso que nunca tiene fin de ir hacia el conocimiento y el amor de la complejidad y el Misterio del hombre.

Capítulo II.

LA DIMENSIÓN DE LAS CULTURAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD (La persona en su relación *espacial* con el mundo humano)

EL SABER BIOMÉDICO EN CRISIS EN LA ERA POSMODERNA

INTRODUCCIÓN¹

En el mundo médico hay preguntas que se evitan, porque son incómodas e inusuales. Por ejemplo:

“Si el alcoholismo es una enfermedad, ¿qué se entiende por enfermedad?”

“Si no fumar es saludable, ¿qué se entiende por salud?”

“Si la homeopatía no es científica, ¿según qué criterios se decide si lo que es científico es también verdadero?”

¹ Cf. SCHATTNER M., *Souffrance et dignité humaine. Pour une médecine de la personne*, MAME, Condé-sur-Noireau (Francia) 1995². Cf. WULFF H.R., PEDERSEN S.A., ROSENBERG R., *Filosofia della medicina*, (trad. di A. Parodi; título originale: *Philosophy of medicine*, Blackwall Scientific, 1990), Raffaello Cortina, Milano 1995. Cf. LAÍN ENTRALGO P., *Estudios de historia de la medicina y de antropología médica*, Tomo I, Ed. Escorial, Madrid 1943; Cf. LAÍN ENTRALGO P., *Grandes médicos*, Salvat Ed., Barcelona-Madrid 1961; Cf. LAÍN ENTRALGO P., *Antropología médica*, Paoline, Torino 1988. Cf. ENGELHARDT D. von, *La medicina di fronte alla sfida antropologica*, en «L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities», 1993, 1, pp. 21-40. Cf. DINI A., *Antropologia medica e storia della medicina*, en «L'arco di Giano», 1994, 6, pp. 51-60. Cf. CATANANTI C., *L'antropologia alla base della medicina: un dibattito antico ed attuale*, en «L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities», 1996, 6, pp. 1135-1150.

“¿Cómo la mente transforma sus contenidos psicológicos (por ejemplo, los significados dados a un hecho) en acontecimientos biológicos del cerebro y viceversa?”

Se trata de preguntas de tipo general, sobre las cuales los médicos de hoy pocas veces han recibido formación. Raras veces se enseña en la facultad de Medicina qué es la salud, qué es la enfermedad, hasta qué punto hay verdad en la ciencia, la relación entre mente-cerebro, etc., ni tampoco se enseña a crear tales conceptos, sino simplemente a usar los que otros han establecido ya antes, según paradigmas culturales particulares²; ni se enseña a hablar al hombre y del hombre (como un ser relacional, único, integral y dinámico) sino sólo a hablar de sus partes y sus funciones biológicas³.

Las preguntas generales: “qué es la enfermedad, la salud, la vida, la muerte”, aparentemente inocentes, son las más difíciles de responder porque llevan a razonar a un nivel muy profundo del pensamiento: al nivel del paradigma, donde en forma normal el consentimiento se da por descontado.

EL PARADIGMA DE THOMAS KUHN

Thomas S. Kuhn⁴ (historiador americano de las ciencias físicas, químicas y astronomía) ha introducido el concepto de “paradigma” de una disciplina científica. El paradigma -premisa de pensamiento- marco conceptual al interior del cual los científicos razonan y resuelven sus problemas, comprende:

- Los límites del área de búsqueda para aquella disciplina.

² Por ejemplo: alguien inventa el bisturí, el taladro, el computador y el médico aprende a usar el bisturí, el taladro o el computador sin saber que ellos pertenecen a un modo particular de afrontar los problemas (el modo tecno-científico), pero nadie le hace reflexionar sobre el hecho de que este modo no es el único.

Otro ejemplo: un paradigma cultural inventa el “concepto de enfermedad” como invasión del cuerpo de parte de un espíritu malvado y propone como tratamiento el exorcismo; el médico-brujo, entonces, aprende a usar sólo los exorcismos. Luego, otro paradigma inventa el “concepto de enfermedad” como desequilibrio metabólico, bioquímico, molecular y propone como terapéutica sólo el reequilibrio farmacológico a nivel bioquímico. El médico-bioquímico se fija como meta, reequilibrar las homeostasis bioquímicas (ej. hipertensión arterial – antihipertensivos, diurético, después captadores de potasio, después antiácido gástrico, después tranquilizantes). A cada nueva alteración sigue un nuevo remedio (elegido analíticamente) y no un razonamiento sobre el por qué de este complejo de alteraciones, como una síntesis.

³ El médico-bioquímico aprende a hablar de ..., a razonar sobre ..., a usar ..., a trabajar con ... las partes del hombre. Él está preso de una “teoría” restrictiva del hombre (que lo divide en partes). Nosotros buscaremos remontarnos a nivel de la “teoría”, que es la verdadera causa de la deshumanización o reduccionismo médico. Un *modelo* para entender tal pasaje de las partes al todo es el *lingüístico*; las palabras son usadas en modos diversos (ej. los pueblos primitivos están acostumbrados a ocupar mucho más los verbos que los sustantivos; los civilizados al contrario. Los filósofos usan más los términos abstractos, los predicadores más los tiempos exhortativos,...). Todo depende de la cultura de base, de la personalidad, del rol... Reflexionar sobre éste, ayuda a reducir la “deformación profesional” y a hallar soluciones nuevas a los problemas.

⁴ Cf. KUHN, T., *The structure of scientific revolutions*, University Press, Chicago 1970.

- Los conceptos de base de esa disciplina (ej. salud y enfermedad para la medicina).
- Los modelos y las teorías de base, las reglas de aquella disciplina (ej. el modelo mecanicista para la medicina científica).
- La terminología.

Para hablar y entenderse en una misma ciencia, es necesario compartir el paradigma:

- No se comunican adecuadamente el médico y el paciente porque tienen dos paradigmas diversos⁵.
- No se comunican médicos tradicionales y alternativos⁶, ni médicos y sacerdotes por el mismo motivo.

La historia de la cultura humana -afirma Kuhn- ha estado siempre caracterizada por períodos en que un paradigma es compartido (fase productiva de la ciencia). En tal fase, todo el esfuerzo es invertido en la aplicación del paradigma, en la búsqueda al interior de él y no en cuestionarlo. A esta primera fase, siguen períodos en los cuales el paradigma entra en crisis (revolución científica), porque no satisface más las necesidades de una cultura que ha cambiado y no resuelve sus problemas⁷. Por fin, la última fase consiste en la formación de un nuevo paradigma que empieza a crecer cuantitativa y cualitativamente⁸.

⁵ Para el médico de modelo únicamente científico (biomédico), la enfermedad es un daño que hay que reparar (paradigma mecánico); para el paciente la enfermedad es un problema existencial (paradigma biográfico): ¿por qué esta enfermedad? ¿por qué ahora? ¿por qué a mí? En su paradigma hay una relación entre la enfermedad y la vida que en el paradigma médico no existe.

⁶ El paradigma bio-médico muestra que la causa es exterior y el daño está sólo a nivel material; es pragmático (centrado sobre el hacer, sobre el hacer eficiente). Para el paradigma del médico alternativo o complementario la causa está también en el interior: además de la acción sobre la materia, se necesita actuar sobre la bio-energía interna. El paradigma pastoral es salvífico (centrado sobre el ser y sobre la relación trascendente).

⁷ Sucede que algunos fenómenos no vienen explicados por aquel paradigma (sus teorías). Al principio la ciencia busca ignorar tales fenómenos, pero cuando éstos se acumulan, provocan inseguridad en los científicos y se empieza a hablar filosóficamente de paradigma, entonces la crisis ha empezado. Esto pasó en los cambios de la astronomía tolemaica a aquella copernicana en el siglo XVI; de la biología aristotélica a la darwiniana del siglo XIX; de la física newtoniana a la einsteiniana del siglo XX; de la ética hipocrática a aquella principalista americana del final siglo XX, etc.

⁸ La medicina ha tenido tres grandes épocas epistemológicas. La primera, la mágica (primitiva), la segunda, la lógica racional (helenística), la tercera la científico cuantitativa (galileana y positivista). Hay quien plantea una cuarta fase: la sobrelógica, sobrecausal, sobreracional, sobrecategoría (o sea sobretemporal y sobreespacial), no en el sentido que niega la precedente visión, sino la adelanta. Tal fase en Occidente se ha inaugurado recientemente con los estudios de la física cuántica subatómica, de los matemáticos de la cuarta dimensión y de aquellos estudios biológicos sobre la complejidad. Si uno se detiene en la tercera época de la medicina (la científico cuantitativa) del hombre, siempre se escapa algo. "El hombre siempre es algo más de lo que se puede decir de él en un momento particular" ya que el hombre en sí cambia y evoluciona. El positivismo o neopositivismo se engaña cuando afirma que llegará a conocer todo el hombre, que la verdad es unívoca. Hoy nos hemos dado cuenta que la realidad es compleja, inexplicable, con un paradigma tridimensional. Si la tercera fase ha tenido el mérito de separar la ciencia de la magia y de la religión espiritualista, la cuarta puede permitir ir hacia una mayor integración entre las varias disciplinas (la interdisciplinariedad) y la verdad compleja del hombre.

El saber médico siempre está asociado a los paradigmas de su tiempo. Conocerlos es importante:

- 1.- Para no tomar una postura cerrada y dogmática⁹, sino abierta a su evolución y a su progreso.
- 2.- Para no ser esclavos de un sólo saber y de su paradigma (viviéndolo como un prejuicio inconsciente), sino asumiéndolo crítica y libremente y sabiendo adaptarlo a los distintos contextos culturales.
- 3.- Para insertar creatividad en el campo de la salud y sanación.

Un profesional sanitario que conoce el paradigma en el cual trabaja, es como si *pasara de ser simple usuario y utilizador de programas de informática hechos por otros, a ser conocedor del soporte lógico y de sus innumerables posibilidades, creando él mismo nuevos programas. Entra después en un proceso de liberación para introducir creatividad en el campo de la curación y de la salud.*

En la comedia de Julie Romain de 1923, *"Knock y el triunfo de la medicina"*, se enseña cómo se ha pasado por una situación de alta mortalidad a una de alta morbilidad.

El joven doctor Knock es enviado a una ciudad de provincia, Saint Maurice, para tomar el lugar del viejo médico de familia, el doctor Parpalaid. Las instrucciones de este médico al colega fueron: *"a la gente de aquí no se le pasa por la cabeza ir a un médico para un reumatismo, así como usted no va al párroco para hacer llover. El clima es rudo, todos los recién nacidos enfermos mueren en los primeros seis meses, sin que el médico tenga que intervenir, por supuesto. Aquellos que sobreviven son de constitución robusta. Sin embargo sabemos que ha habido apopléjicos y cardíacos. Pero ellos viven sin la más mínima sospecha y mueren de golpe hacia la cincuentena"*. En la práctica, en el pueblo de Saint Maurice los problemas de salud no son "sentidos", los campesinos no se preguntan cómo se sienten o sobre los síntomas que tienen ni por qué. Pero el doctor Knock viene de defender una tesis de doctorado sobre el tema "Los sanos son los enfermos que no saben que están enfermos" y sabe cómo llevar la "era médica" a Saint Maurice. Así anuncia en un edicto lo siguiente: *"El doctor Knock, sucesor del doctor Parpalaid, presenta sus felicitaciones a la población de la ciudad y del pueblo de Saint Maurice, y tiene el honor de hacerle saber que, en un espíritu filantrópico, y para prevenir el progreso inquietante de enfermedades de diferente género*

⁹ Quien no tiene la mente abierta a la verdad puede llegar a verse víctima del adoctrinamiento. El fin de la apertura a la búsqueda crítica de la verdad es crear personas autónomas que integran fe y cultura, valores y praxis o bien personas que sean protagonistas de la historia.

que invaden desde hace unos años nuestras regiones antes saludables, hará todos los lunes por la mañana, desde las nueve y treinta a las once y treinta, una atención enteramente gratuita, reservada a los habitantes del pueblo".

Tres meses después de esta hábil promoción de un nuevo estilo de cuidado de la salud Parpalaid vuelve a Saint Maurice para cobrar su cuota por la cesión del puesto de trabajo al joven; halla la vivienda transformada en hospital y no hay más espacio para nada. "Tenemos *que creer que en mis tiempos la gente estuvo mejor*" observa el viejo doctor. "No diría esto", responde Knock, "la gente en sus tiempos no tenía la idea de cuidarse: ahora es una cosa completamente diferente; usted me ha entregado un pueblo hecho de un millar de individuos ignorantes. Mi función es aquella de conducirlos a la existencia médica. Yo los pongo en la cama y miro qué puede salir de allí: un tuberculoso, un neuropático, un arteriosclerótico, lo que se quiera; pero alguien enfermo, ¡Buen Dios! ¡Alguien! Nada me irrita como aquel ser que usted llama sano". La población de Saint Maurice, iniciada en la "existencia médica" del doctor Knock, ha aprendido a atribuir la máxima importancia a la pregunta de "cómo se siente". Está plenamente satisfecha: la entrada en la era de la medicina es vista como un salto cualitativo. Setenta años después llega a Saint Maurice un grupo de investigadores para revisar a 704 ancianos y evaluar su grado de salud objetiva. Ya en aquel lugar no se moría más a los 50 años de paro cerebral o cardíaco; se ha pasado de un régimen de alta mortalidad a otro de alta morbilidad. Se muere más tarde, pero la gente se siente cada vez más enferma¹⁰.

¹⁰ Cf. SPINSANTI S., Curare, op. cit., pp. 38-41.

SALUD BIOLÓGICA (OBJETIVA) Y BIOGRÁFICA (PERCIBIDA)

Así Francisco Álvarez, camiliano español, sintetiza la diferencia.

SALUD BIOLÓGICA	SALUD BIOGRÁFICO-RELIGIOSA
La que el hombre espera: <i>eliminar la enfermedad.</i>	La que Jesús da: <i>Salvar y sanar una persona.</i>
La de un yo-objeto.	La de un yo-sujeto (persona).
El momento inicial de un proceso.	La salud realmente humana, integral, comprometida.
La salud se espera del exterior: <i>un fármaco que cura.</i>	Salud desde el interior: <i>el protagonista es el médico interior, para renovar la persona desde el interior.</i>
Es salud jerárquica: <i>de médicos y medicina.</i>	Es salud desde abajo: <i>Dios salva encarnándose, humillándose, en la cruz. Cuando el hombre es débil entonces es fuerte. (cf. 2Cor 12)</i>
Es salud-objeto y bien material: <i>para comprar, conservar.</i>	Es salud subjetiva y personal: <i>un modo sano de vivir dentro de sí cada acontecimiento, desafío y adversidad; es Evangelio experimentado y celebrado, es fe, es santidad.</i>
Es un fin en sí misma	Es un medio
Es salud pasiva, recibida: <i>del médico o del milagro.</i>	Es salud activa y pasiva: <i>existe el esfuerzo para sanar pero sabiendo que se va a recibir la ayuda de Dios y en el modo en que Dios quiere.</i>
Es salud biológica, orgánica, tecnicista: <i>Basta que las estructuras orgánicas individuales funcionen. Se convierte en una salud reduccionista de hombre-objeto (instintos y necesidades); la vida se ve como un destino biológico.</i>	Es salud de un hombre-proyecto, criatura en tensión hacia su Transcendencia: <i>Salud de un hombre nuevo, en unidad; vida en plenitud, santidad, salvación.</i>

La salud biográfico-religiosa es, en síntesis, saber vivir cualquier acontecimiento de la vida de modo sano.

La salud biográfico-religiosa es conversión que ayuda al hombre-proyecto, al hombre con vocación a crecer, madurar y realizar ideales.

La salud biográfico-religiosa es la que ayuda al hombre a funcionar como tal: criatura y proyecto.

La salud biográfico-religiosa es la que refuerza la libertad como tensión para avanzar.

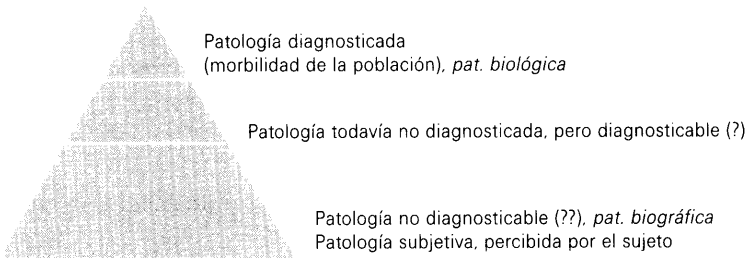
La salud biográfico-religiosa es vida unificada en uno mismo y reconciliada con relaciones sanas y sanadoras.

La salud biográfica es aquella de quien vive, integra y acepta "su barro", la indigencia, el sufrimiento, los límites, la enfermedad crónica desarrollando igualmente sus potencialidades, aguantando y transformando así:

la esclavitud en libertad interior,
 la desesperación en esperanza y sentido,
 la resignación en voluntad de vivir,
 la ansiedad y el miedo en la paz,
 los sentidos de culpa en amor,
 la inutilidad en la realización a otro nivel.

Hasta hace un siglo, el grado de salud de una población se medía por la *mortalidad* (la edad media de la población). Hoy, se busca medir la salud sobre la base de la *morbilidad* (la incidencia de las enfermedades). Sin embargo, haciendo referencia también a tal dato, no es fácil valorar si una población está más enferma o sana, y he aquí el motivo de esta reflexión.

Para cada patología existe: * una parte diagnosticada, medida, que entra en el índice de morbilidad: es la patología biológica; * una parte diagnosticable en el futuro (cuando se esté en posesión de instrumentos más sensibles) y * una parte subjetiva, percibida por el sujeto, que nunca será diagnosticable con la bio-medicina: es la patología biográfica. Con el diagnóstico biomédico se ve, pues, sólo la punta de un iceberg.



El éxito de la biomedicina (que produce prestigio y ganancias) se debe a dos estrategias. *Primero*, haber inducido (como hizo Knock) a creer que los verdaderos enfermos son sólo aquellos diagnosticados (con alteraciones biológicas medibles) y que, cuando una molestia no es diagnosticada, es sólo "psicosomática" (o bien no real, fruto de una somatización producida por la mente). La medicina, habiendo disminuido los "enfermos biológicos" y habiendo actuado exitosamente sobre los indicadores biomédicos, ha hecho creer en su poder de eliminar todas las enfermedades.

Otra estrategia exitosa de la biomedicina ha sido aquella de medicalizar¹¹ la gran cantidad de patologías “todavía no diagnosticadas” y la “no diagnosticable” (las psicósomáticas, por ejemplo), creando aquella que viene a ser llamada “*medicina cosmética*” o “*medicina de los deseos*”. O sea, tratar problemas existenciales o antropológicos de manera farmacológica, quirúrgica y genética. El efecto real de tal proceso de medicalización ha sido, en cambio, aumentar el número de aquellos que se perciben enfermos y buscan en los remedios o en la cirugía la solución a todos los trastornos/enfermedades. La medicalización de la vida ha aumentado, también, el número de las enfermedades (iatropatología)¹² y de los enfermos ensanchando, además, la base del iceberg.

Ivan Illich en su texto *Némesis médica*¹³ describe esta medicina que aumenta los enfermos o los que se creen tales. El autor muestra cómo a cada procedimiento científico y tecnológico (o sea a la solución de algunos problemas) corresponden problemas más grandes y numerosos que los resueltos.

Hoy, que la tecnociencia ha multiplicado el orgullo de Prometeo, que no hay más límite ético, mítico o religioso, hoy, que los sueños en el laboratorio se hacen realidad, el mito de Némesis se repite: con cada descubrimiento médico, se resuelve un problema, pero nacen muchos otros.

En medicina, por ejemplo, el progreso está asociado a los daños de la *iatrogénesis* (daño causado por la medicina o medicina patógena):

- *Un daño cultural*: esto es, la destrucción de la capacidad del sujeto de tratar con la propia enfermedad (expresada en la pretensión de querer sanar a toda costa); crecimiento de la vulnerabilidad y de la percepción del sufrimiento (la elevada venta y uso de tranquilizantes es una prueba); aumento de lo que se considera enfermedad (la medicina de los deseos).
- *Un daño social*: la expropiación de la propia salud y la sobremedicalización con nuevas patologías.

¹¹ Michael Nüchtern, doctor en teología y director del centro evangélico para los debates ideológicos en Berlín, parte del concepto de medicalización: la medicina hoy puede siempre dar más respuestas, y a veces soluciones, a las enfermedades y también a los problemas de la vida: el insomnio, la belleza, la tristeza, el ansia, la edad avanzada, las dificultades en los estudios, las relaciones sexuales, el rendimiento en el trabajo, la posición de los dientes, el tamaño de la nariz, las bolsas debajo de los ojos, las arrugas, la calvicie y el peso, los traumas y los acontecimientos estresantes de la vida,... todo puede ser asumido por la medicina como “enfermedad” susceptible de curar o como “problema” que tratar. Cf. NÜCHTERN M., Critique de la médecine scientifique et attrait des méthodes thérapeutiques “alternatives” en Occident, en “Concilium, revue internationale de théologie” [Maladie et guérison], 1998, 278, pp. 33-34.

¹² Por “iatropatología” se entiende la patología producida por los médicos y la medicina. Se ha calculado en occidente que la incidencia general de patología se dobla cada 20 años.

¹³ Cf. ILLICH I., Medical nemesis, the expropriation of health, Pantheon Books, New York 1976. Némesis es la diosa que castigó a Prometeo por haber robado el fuego a los dioses y haberlo dado a los hombres. Ella representa la envidia de los dioses hacia quien viola las prerrogativas divinas en vez de contentarse con el propio estado de creatura; es una clase de represalia cósmica contra la hybris (orgullo, arrogancia humana) de quien busca privilegios y poderes sin medida.

- *Un daño clínico*: los efectos colaterales de las terapéuticas; despersonalización del cuidado; recurso a la cirugía para problemas que muchas veces son funcionales; complicaciones hospitalarias (1/5 de los enfermos que entran en una estructura hospitalaria contraen enfermedades que se asocian a aquel ambiente).

La *iatrogenesis* continúa hoy dando amplio material para la literatura¹⁴ y el periodismo. Sólo para citar algunos aspectos más evidentes:

Parte de la secular *crítica a los médicos* (iatrocítica) acusados de aidez, incompetencia, negligencia, relaciones anónimas y sólo técnicas, lenguaje de propósito incomprensible, superficialidad, errores terapéuticos nunca revelados¹⁵.

- El capítulo de los daños culturales debidos a *teorías y conocimientos insuficientes*, defendidas dogmáticamente (ej: caso Semmelweis, vacuna antiviruela) y a modas médicas (amigdalectomía entre el '50 y el '60), a publicidad y comercio de los remedios (triunfalismo y optimismo exagerado que lleva a su abuso), a las transmisiones de TV que dan consejos para la salud y se amplifica el fenómeno peligroso de la automedicación.
- Los fenómenos de la hipocondría y de las somatizaciones, amplificados por la divulgación de los conocimientos médicos (frecuentemente superficiales) y por los *screening* masivos de enfermedades.
- Las *estrategias de medicalización* de muchas incomodidades del hombre para abrir nuevos campos comerciales.
- En fin, la acusación por los *daños producidos por los remedios*: daños de tipo físico (efectos colaterales e indeseados), y de tipo cultural como hace notar Franco Basaglia, sociólogo de la medicina¹⁶.

INESTABILIDAD PARADIGMÁTICA DEL SABER BIOMÉDICO ACTUAL

En el siglo XIX (el siglo del positivismo) se desarrolló el paradigma mecánico de la enfermedad. Según éste, la patología era un fenómeno explicable completamente en términos anatomopatológicos¹⁷ y fisiopatológicos (y en el

¹⁴ Cf. PARODI A., *Teorie della medicina*, Ed. di Comunità, Torino 2002, pp. 241-266.

¹⁵ En el 1999-2000 se ha tenido en Italia un aumento del 50% con respecto a los 2 años precedentes de los índices de error terapéutico. En Estados Unidos se calcula que los muertos por error terapéutico superan el número de muertos por accidentes de carretera, siendo aproximadamente 43.000/año.

¹⁶ "Suponiendo que el medicamento produce curación y que la droga intenta anular sufrimientos y discapacidades, el mecanismo de función de uno y de otro no es diverso, ya que ambos actúan favoreciendo la pasividad y la dependencia del individuo frente a la sustancia extraña de la que se espera la solución". Cf. BASAGLIA F.O., *Farmaco / droga*, en *Enciclopedia dirigida de R. Romano*, vol. VI, Einaudi, Torino 1979, p. 39.

siglo XX, también bioquímicos)¹⁸. Una patología era tratable suficientemente con la única ayuda del tratamiento farmacológico. Las disciplinas humanas (ética, filosofía, historia, psicología, antropología) perdieron importancia y fueron vistas por la medicina como pérdida de tiempo, desapareciendo una después de la otra del currículo de formación del médico¹⁹.

A mitad del siglo XX empezaron los *desafíos al modelo positivista* mecánico en medicina. He aquí algunos ejemplos.

- Desde 1950 el advenimiento de los psicofármacos en psiquiatría ha desencadenado la discusión sobre las relaciones entre mente y cerebro, la función de los psicoterapeutas y la psico-farmacología en el tratamiento de las enfermedades mentales.
- Desde 1960 ha aumentado el interés por los aspectos *sociales* de la medicina: la epidemiología, los estudios de higiene. Se ha demostrado cómo los factores ambientales y sociales influyen la salud y la enfermedad de pueblos enteros, más que los factores biológicos. Se discute el costo-beneficio de algunos medicamentos. Para probar su eficacia, nace el experimento controlado: doble ciego y randomizado, los meta-análisis y recientemente la medicina basada en la evidencia (EBM). Pero, parece que también con estas últimas respuestas, la crítica sociológica a los medicamentos no cesa.
- Desde 1970 empieza con Potter la discusión *bioética* sobre la medicina. También la bioética puede ser vista como una reacción a la actitud exclusivamente científica de la medicina positivista. Los nuevos métodos preventivos (ej. *check ups*), diagnósticos (ej. diagnóstico fetal, TC, RMN, seropositividad), y terapéuticos (ej. FIVET, reanimación, cirugía cosmética, psicofarmacología), no sólo tienen que ser más eficaces que aquellos en uso, sino también bioéticamente aceptables. La clínica médica confrontada con la bioética ha re-descubierto ser una *ciencia natural* (como biología, botánica, geología); una *ciencia humana* (trata con personas) y una *ciencia ética* (incluye juicios de valor y alternativas entre las cuales escoger).
- En 1977 Ivan Illich escribe *Némesis médica*²⁰ que trata sobre una nueva epidemia que causa enfermos hoy: la *iatrogenesis* y la *iatropatología*.

¹⁷ Ej. Faringite de Streptococco beta hemolitico - Reumatismo articular agudo - glomerulonefritis - hipertensión arterial - insuficiencia mitral - descompensación cardíaca - edema pulmonar - éxitus.

¹⁸ Es. Anemia falciforme - dolores articulares - infartos de arterias de miembros - hematiés en hoz - hemoglobina alterada de la hipoxia - Glutamina sustituida por Valina en la posición 6 de la cadena Beta de la hemoglobina.

¹⁹ En los años '80 quedan en Italia solo la "Historia de la medicina" y "Psicología del enfermo", como materias facultativas e irrelevantes en la formación del médico.

- Desde 1980 la *medicina complementaria y/o alternativa* (CAM), ya presente desde hace más de veinte años, se difunde “como mancha de aceite” en los países industrializados y en desarrollo, a veces como una crítica, otra veces integrándola a la medicina oficial.
- El saber bio-médico actual, *victorioso* sobre infecciones e inflamaciones (-itis), traumas, emergencias, cirugía (también vía satélite), se demuestra en gran parte *insuficiente* al tratar las grandes epidemias del presente siglo: tumores malignos (-omas), enfermedades degenerativas (-osis), molestias psicosomáticas y mentales.
- Al aumentar los *intereses creados en torno a la morbilidad*, empeora la crisis. Una crisis que no depende únicamente de un límite de la tecnología en resolver problemas, sino además, de un error antropológico: tal saber ha perdido de vista el hombre-persona²¹.
- En fin, el saber médico vigente ha *aumentado los precios de la sanidad* sin un correspondiente aumento de la salud. El impulso de los nuevos descubrimientos se están apagando en el campo farmacológico (la repetición prevalece sobre la novedad). No es el caso de los campos quirúrgico y diagnóstico.

De esta crisis han salidos los *inicios del nuevo paradigma*:

- Las medicinas complementarias y/o alternativas (CAM), que pasan del concepto de *causalidad lineal* a aquella de *finalidad, sentido y complejidad*; pasan de la atención al *exterior* del cuerpo a aquella al *interior*; pasan de la *materia* a la *materia-energía*, de la *enfermedad* (materia) al *enfermo* (historia).
- Las revistas y las reuniones dedicadas a la *ética*. La tarea de la medicina no es sólo curar, reparar, tratar farmacológica y quirúrgicamente (*to cure*), sino que es también cuidar, dar asistencia integral a la persona, presencia, habilidades de autocuidado (*to care*); es asimismo una relación interpersonal. Medicina es acción *durante* la enfermedad (terapia), pero además acción *antes* (prevención, promoción de la salud) y *después* (rehabilitación global) de la enfermedad. Tal nuevo paradigma empuja a pasar de la acción sobre objetos, a la acción sobre sujetos-personas.
- Las revistas dedicadas a la *antropología médica* y a la *filosofía de la*

²⁰ Cf. ILLICH I., *Medical nemesi, the expropriation of health*, op. cit., pp. 3-10.

²¹ “La tecnología – escribe Giorgio Cosmacini – dona un tiempo de vida más que, pero, no todos, o no muchos, son capaces de vivir en la plenitud de sus propias condiciones psicofísicas o cuanto menos en condiciones de autosuficiencia. El aumento de las situaciones de discapacidad y de necesidad exigen un mayor y diversificado empeño no tan sólo tecnológico, sino también o, sobre todo, antropológico-social, en el cuidado de la salud”. Es el problema de la gestión de la “salud residual” para el que la tecnología no basta. COSMACINI G., *La medicina della storia. Questione medica e questione sanitaria: antropologia e tecnologia a confronto*, Episteme, Padova 1996, p. 13.

medicina o generalmente a las *Humanidades Médicas*, están buscando superar el reduccionismo operado sobre el enfermo (un él-objeto). El nuevo paradigma intenta integrar los dos aspectos de sujeto y objeto.

	DIAGNÓSTICO Y TERAPIA	ENFERMEDADES	SINTOMAS	CIENCIAS	CONCEPTO	PRAXIS
Sujeto	Clínica	Problemas existenciales	Personales sufrimiento moral dolor físico	Humanas	Verstehen (comprender)	Clínica sobre sujetos vivos, sanos o enfermos que se expresan
Objeto	Explicación de fenómenos bioquímicos	Enfermedades patología	Etiología biológica	Naturales	Erklären (explicar)	Experimentación en laboratorio sobre muestras o sobre cadáveres

Sujeto y objeto son aspectos distintos, pero ambos pueden y tienen que estar presentes en una nueva medicina que no es sólo *ciencia humana* (arte terapéutica) ni es sólo *ciencia natural* (experimental), sino que puede transformarse en *ciencia práctica*; o bien una ciencia donde la experiencia subjetiva viene objetivada y el acontecimiento objetivo viene subjetivado e insertado en una dinámica humana.

- Estudios de *management* (la gerencia de instituciones sanitarias) y sobre políticas sanitarias, están haciendo cambiar al público y a los profesionales sanitarios desde la confianza ciega en la tecnología, vista como fin, al uso de la tecnología como uno de los medios para mejorar la vida humana.
- Estudios nuevos de *historia de la medicina nos* están volviendo a hacer conscientes de *hasta qué punto las teorías, las doctrinas y la tecnología médica son relativas y dependientes de los principios filosóficos del contexto cultural en que se opera*²². La historia hace entender los vínculos que conectan todos los aspectos culturales de una época, ya sea en el pasado o en los tiempos actuales. Sin un conocimiento histórico, se juzga el pasado con los criterios actuales (parámetros y estándares científicos) y se ve el presente sin crítica, sin posibilidad de confrontación con otros criterios²³.

²² En el 1500 (Renacimiento clásico), el arte (arquitectura, pintura, música) estudiaba las formas estáticas; la medicina desarrolló el estudio de la anatomía como montaje de partes. En 1650 (barroco), el arte estudiaba lo indefinido, el movimiento; la medicina miró hacia las funciones, los movimientos, descubrió por ejemplo la circulación sanguínea. Desde 1850 (secularismo y positivismo), al contrario, es la ciencia la que influencia al arte y la filosofía.

- Nuevas *materias humanísticas* en las Facultades de medicina y la promoción de programas de humanización de la salud²⁴. Un ejemplo de este acercamiento a lo humano se ha dado en España²⁵, donde los nuevos planes de estudio en medicina han insertado materias obligatorias y optativas vinculadas a las humanidades médicas²⁶. El hombre es caracterizado por la pluralidad y la totalidad; “si se aspira a llegar a conocerlo y cuidarlo se necesita mantener la pluralidad sin mutilarla con indebidos reduccionismos u obesidades científicas”, dice Montiel.

M. Aloisi, sociólogo, escribe: “Desde el siglo XVII hasta hoy se ha avanzado de la anatomía macroscópica a las células, a las macromoléculas, a la

* Por ejemplo, la terapia antes del '800 tenía el sentido global de asistencia y tratamiento; desde 1800 se hizo sólo cuidado físico; la secularización moderna se refleja en el modo de hacer terapia, de ver a la salud, a la enfermedad, a Dios en la enfermedad.

* Hoy una cultura más antropológica da origen a saberes médicos alternativos, a movimientos de medicina paliativa para los enfermos en estadio terminal, grupos de autoayuda, arte en medicina (musicoterapia, biblioterapia, danza, pintura,...), promueven la responsabilidad de todos hacia la propia salud.

²³ Cf. GRMEK M..D. (Ed.), *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 1, Laterza, Bari 1993, p. XXIX. La historia de la medicina no es descripción o contemplación del pasado sino una comprensión de cómo las teorías y prácticas médicas siempre están relacionadas con factores culturales, sociales y económicos, y esto sirve para un mejor conocimiento de las ideas científicas y su avance, para el enriquecimiento de la reflexión filosófica, el ensanchamiento de la sociología y de la historia general de la humanidad, el mejor dominio de los métodos de investigación y la valoración crítica de los problemas médicos.

²⁴ Muchas son las instituciones que se dedican a la humanización en la PUC (Pontificia Universidad Católica de Chile)

a) *Programa de estudios médicos-humanísticos*

- *Magister y Diplomado en salud y humanización*

- *Revista "Ars Médica"*

b) *Secretaría de Formación Cristiana y Pastoral*

c) *Centro de bioética.*

d) *Centro de pastoral de la salud.*

e) *CREAS (comunicación y relación de ayuda en salud).*

f) *CFDC (Centro de formación de docentes clínicos).*

g) *Continuo humanista un comité que establece los cursos y/o contenidos obligatorios de humanización en el pregrado de medicina como: historia de la medicina, investigación del lenguaje médico, comunicación y relación de ayuda...*

h) *Humanización del posgrado (cursos de ciencias humanas en las especializaciones de medicina como el programa de Doctorado en ciencias médicas, el Diplomado en educación médica; y además una línea en la escuela de enfermería de investigación fenomenológica).*

i) *Medicina de familia que imparte cursos de educación adultos, comunicación y relación de ayuda, promoción y prevención, etc.*

l) *Centro de alumnos, actividades extraprogramáticas.*

m) *DAE (Dirección de asuntos estudiantiles).*

²⁵ Cf. MONTIEL L., La formazione umanistica degli studenti di medicina in Spagna, en "L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities", 1994, 6, pp. 247-252.

²⁶ Cf. MONTIEL L., La formazione umanistica op. cit. Materias obligatorias en cualquiera facultad española son: Introducción a la medicina y metodología científica; Teoría y método de la medicina; Información, documentación y terminología médica; Historia de la medicina; Historia de la salud, de la enfermedad y de la práctica médica. Materias obligatorias en algunas facultades son: Bioética; Antropología médica; Enfermedad, ciencia y cultura; Modelos de asistencia médica; Historia y teoría de la clínica; Bases metodológicas del conocimiento científico. Ejemplos de Materias facultativas son: Estudio sociocultural de la medicina; Historia biológica y social de las enfermedades; Historia de la medicina española; Historia de la medicina Vasca; Fundamentos históricos de la ciencia médica actual; Mujeres, historia y medicina; El hombre enfermo: aspectos históricos, sociales y culturales; Panorama de las medicinas paralelas; Evolución y concepto de enfermedad.

genética. Todo lo que ha sido presentado como progreso, ¿ha ayudado realmente a superar el sufrimiento del hombre y sus enfermedades o han sido meramente modas culturales?²⁷

La dificultad del pensar médico actual, parte como problema epistemológico: a este nivel es un reduccionismo y una simplificación en el estudio del hombre. De él se describen sólo los fenómenos elementales, los efectos, la periferia, se notan enlaces entre estas periferias. Éste es realizable a través de la tecnología de los datos de laboratorio, de computador, etc.

Pero tal problema epistemológico, se transforma en un asunto práctico, clínico, cuando este modo de pensar se aplica al enfermo, a través de actividades técnico-culturales. La epistemología tecnicista quita o reduce el elemento del arte en la actividad del médico y deja sólo el elemento de ciencia.

¿Basta para el médico contentarse con este pensar periférico del hombre? ¿o necesita añadir también un pensar más humano, más cerca de *la fuente de la cual brota el fenómeno de la vida*? Dar a los estudiantes de medicina cada vez más metodologías poderosas de manejo de la información tecnocientífica, no ayuda necesariamente a formar una verdadera cultura y profesionalismo médico: formará sólo estadísticos. Es importante asociarla con la reflexión sobre el por qué de los datos²⁸ y de los razonamientos y el dominio de la cadena lógica interpretativa. Es importante además la experiencia personal (no sólo intelectual y objetiva) con el enfermo sobre la cual reflexionar críticamente.

EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD “HUMANA”

- A principios del siglo XIX prevalecieron las ciencias de la naturaleza como el paradigma positivista; vida, salud, enfermedad fueron considerados conceptos asociados a la naturaleza²⁹, como un modelo mecanicista estático. Fue quebrantado el vínculo con lo invisible, con el razonamiento filosófico (del idealismo) y con el sentimiento (del romanticismo). La metafísica y la trascendencia eran vistas como superfluas y peligrosas para la recuperación de la salud.

²⁷ Cf. ALOISI M., La didattica e l'artigianato medico: problemi attuali dell' insegnamento medico, en «L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities», 1994, 6, pp. 120-127.

²⁸ Cf. NORDIO S., Il piacere di pensare in medicina, en «L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities», 1993, 3, 170-176.

²⁹ La enfermedad como alteración cuantitativa de procedimientos fisiológicos: La enfermedad comienza en el momento en que la capacidad de regulación del cuerpo es insuficiente para eliminar las molestias (Rudolf Virchow).

- En el siglo XIX el organismo ya no era más visto solamente como un sistema de leyes (semejantes a la física), sino como una organización de funciones en equilibrio dinámico y en relación con el ambiente. La vida no era estática sino dinámica para conservarse y reproducirse a pesar de todas las dificultades. Una enfermedad era considerada por tanto como una violación de una ley (visión estática), pero también como un proceso que ponía en movimiento mecanismos de defensa útiles a sí mismo o a la especie (visión dinámica). Se puso en duda en tal época una medicina únicamente de ciencias de la naturaleza (experimentación teórica) y se buscó que ella fuera también ciencia humana (clínica). La medicina fue definida como "ciencia práctica"³⁰.
- Al principio del siglo XX aparece en la medicina un nuevo saber: la medicina antropológica, en la cual está al centro el individuo; la enfermedad se considera al mismo tiempo como un acontecimiento:
 - *Física* (un hecho explicable en base a materia y energía).
 - *Psíquico* (cada enfermedad es comprendida por el enfermo según los *significados* que a ella le da y asimismo es transformada por ellos)³¹.
 - *Social* (las consecuencias sociales de una enfermedad agravan o reducen el sufrimiento de una enfermedad; por ejemplo, hoy las enfermedades psíquicas pueden aislar de la comunidad mientras las enfermedades somáticas liberan de deberes y responsabilidades sociales).
 - *Espiritual* (hace confrontar al paciente con el sentido de la vida, con la imagen de Dios, con el por qué de la enfermedad, con los valores más esenciales).

Esta visión integral de la enfermedad está en la etiología, en el diagnóstico y en la terapéutica; está cambiando muchas actitudes, pensamientos, comportamientos, primero pasivamente admitidos y más adelante creando las bases para una humanización de la salud.

El concepto de salud, visto en el pasado sólo negativamente (ausencia de enfermedad, silencio de los órganos, de molestias o ausencia de alteración en sentido bioquímico), desde la definición de la OMS de 1946, viene siendo considerado cada vez más en forma positiva (bienestar psico-físico-socio-espiritual) y en sentido subjetivo; últimamente, a partir de la definición de salud de la OMS de

³⁰ Ciencia y arte en medicina vienen generalmente así definidas: ciencia (la teoría) es la actividad teórica y la búsqueda de las leyes generales. Arte (la práctica, la actividad): es la aplicación de los conocimientos a las situaciones particulares para entender y decidir qué hacer. El arte médico se diferencia de las artes liberales (para el goce estético) en cuanto es "útil", o sea, apunta a un fin de uso concreto. El arte médico, en fin, se diferencia del actuar puramente ejecutivo porque este último avanza por pruebas y errores, mientras el arte se desarrolla por intuiciones, experiencias, principios éticos y conocimientos científicos.

³¹ Cf. NIELSEN N.P., *Pillole o parole? Relazione verbale e rapporto psicofarmacologico*, Raffaello Cortina, Milano 1998. Cf. RIVA G., *L'uomo, corpo, psiche e spirito*, Federico Ceratti Librai, Vignate (MI) 1989.

1994 se está yendo hacia el concepto de salud como *adaptación* (capacidad de integración de los límites de la vida no sanables con la medicina).

- adaptación *cultural* (la salud adaptada a la cultura),
- adaptación *individual* (el sujeto busca una experiencia subjetiva de salud),
- adaptación *dinámica* (la salud recuperada, que no es volver al estado precedente, sino adquirir nuevas normas de calidad de vida o una autonomía cualitativamente diversa de la antecedente).

Un objeto no se enferma, ni sana. Para hablar de salud y enfermedad se necesita que haya vida. Para hablar de una "salud humana" y una "enfermedad humana" se necesita que haya relación entre la vida interior (conciencia) y exterior (corpórea).

MEDICINA Y RELIGIÓN UNIDAS PARA RESPONDER A LA CRISIS HOY

Medicina y religión siempre han estado asociadas, porque son los dos ámbitos culturales que abordan las amenazas a la vida del hombre; ambos se proponen mantener la vida fecunda y la capacidad de desarrollo. Cuando una civilización entra en crisis, las primeras instituciones que la reflejan son estas dos. Hoy la crisis de ambas es manifestada por la pregunta confusa sobre la salud y la salvación. A los *médicos* se les pide salud, comprendiendo en ella también aspectos metafísicos (sentido) y religiosos (victoria sobre la muerte) pertenecientes al ámbito de la salvación. A los *asistentes espirituales* se les pide salvación, pero en forma de armonía corpórea, serenidad, relajamiento, o sea, con aspectos terapéuticos y de salud física. Se llega a afirmar que "una religión que no sabe sanar, no puede pretender saber salvar" y se acusa de reduccionismo espiritualista, de religiosidad desencarnada a quien no se interesa por la salud del hombre.

¿Por qué algunas formas de curación atraen hoy a las masas?

De los datos analizados se puede fácilmente concluir que quien sabe leer las preguntas culturales de hoy y sabe adaptarse a ellas tiene más pacientes, más telespectadores y más fieles. Más allá de lo que parece un problema de *audiencia* se trata de profundos asuntos socio-culturales y teológicos sobre los cuales se juega el futuro de la religión y de la medicina como formas culturales.

La experiencia del padre Bernard Ugeux³², misionero francés, antropólogo y teólogo, empezó en 1971 en el lago Tanganika (Congo belga). Él notó que

³² Cf. UGEUX B., *Guerir à tout prix?* Les Éditions de l'Atelier/ Éditions Ouvrières, Paris 2000.

en vez de recurrir a la eficaz medicina occidental o a un cristianismo de tercera generación, generalmente se pedía ayuda, para sanar, a los curanderos carismáticos (las iglesias sincréticas afro-cristianas). ¿Por qué?

En los años '80 el padre Ugeux estudió como antropólogo el éxito y la difusión de algunas formas terapéuticas que se asocian a la religión: el Zen en Asia, el hesicasm³³ en la Europa ortodoxa, la Renovación en el Espíritu (carismáticos) en occidente. ¿Por qué en un mundo que profesa una "fe" en la racionalidad científica, son tantos los seguidores de tales formas de sanación de distinta racionalidad?

En 1992 el misionero francés volvió a su patria y aquí conoció la explosión vivida por las medicinas alternativas y el *New Age*; también aquí se quedó estupefacto ante el hecho que, a pesar del superpoder de la terapéutica médica farmacológica y quirúrgica, las terapéuticas energéticas y holísticas implicaban y comprometían a muchos católicos, seducidos, también como *weltanschauung* (visión del mundo), en las redes conceptuales de tales disciplinas. Parecían inconscientes de la incompatibilidad entre un Jesús de Nazareth cristiano y un Cristo cósmico *New Age*, entre una resurrección de los cuerpos cristianos y una reencarnación de las almas propia del esoterismo. ¿Por qué tanta atracción?

El por qué alguien escoja una modalidad para sanar en vez de otra se basa sobre criterios muy diversos de la "eficacia" sobre la cual insiste tanto la biomedicina. El hombre de hoy busca integralidad, llamándola "absoluto, sentido, comunión, armonía,...". En una reivindicación de integralidad es fundamental el saber mostrar un vínculo entre salud, cultura y religión (entre salud y salvación), entre terapéutica y espiritualidad. *Por una parte, hoy en día hay una búsqueda de un modelo médico más global de acercamiento a la enfermedad y por otro se busca lo absoluto, o sea, una explicación del sufrimiento más amplio, una espiritualidad de la enfermedad más encarnada en la afectividad y en la acción.* Vinculándose demasiado a los paradigmas teológico y médico occidentales no se responde a tales solicitudes³⁴. Los buscadores del absoluto y del sentido se manifiestan cada vez más vulnerables hacia las propuestas de las Sectas y de los Nuevos Movimientos Religiosos. El problema presenta enorme interés para la evolución futura de la medicina y de la evangelización.

La racionalidad científica biomédica no basta al paciente de hoy que busca explicaciones subjetivas, culturales, sociales y religiosas a su sufrimiento.

³³ Por hesicasm se entiende una oración que nace en la Iglesia ortodoxa en la cual se repite muchas veces la misma frase, capaz de crear un relajamiento y un clima interior apto para la relación con Dios.

³⁴Ibidem, p. 10.

Igualmente las propuestas pastorales de catequesis y evangelización que no liberan del dolor son rechazadas como “poco útiles”, y lo mismo se puede decir de una teología que no responde a las preguntas concretas sobre la salud³⁵. Ya sea en la medicina o en la religión hay que integrar los conceptos biológicos y teológico-filosóficos en el elemento “cultura” y el estudio de la “personalidad” para hallar el tratamiento y la pastoral que puedan ayudar verdaderamente al hombre a enfrentar las amenazas a su vida.

No se trata de correr detrás de las modas culturales, ni de reemplazar la verdad objetiva (de ciencia y teología) con exigencias subjetivas, sino de entrar con respeto en el misterio de cada persona³⁶, *personalizando* el acto de dar salud y/o salvación. Esto es humanización.

MEDICINA Y CULTURA

Cultura no tiene que entenderse como las formas exteriores a través de las cuales se manifiesta un pueblo, sino como lo que está detrás de estas formas, o sea el *modo que un determinado pueblo tiene para enfrentar la vida*³⁷.

Si se entiende de este modo el concepto de cultura, se puede afirmar que la salud y la enfermedad son elementos de ella y estudiando las respuestas culturales a la salud y a la enfermedad, es posible comprender y hallar otras respuestas mejores para el momento actual.

La antropología médica analiza este vínculo entre el hecho biológico y el cultural, comparando las distintas culturas y ayudando a entender que cada fenómeno sanitario es un fenómeno bio-humano³⁸.

La antropología médica sirve también al paciente, el cual, si logra dar un significado cultural (una respuesta cultural más adecuada a su enfermedad),

³⁵ La enseñanza eclesial, dominada por la racionalidad griego-latina está preocupada del rigor doctrinal, de las fórmulas conceptuales precisas, y de la acumulación de conocimientos. Todo esto, que es bueno, se vuelve como límite si, absolutizado, perjudica el camino interior, la formación de una afectividad madura, el equilibrio en la expresión del cuerpo, de la sexualidad.

³⁶ *Ibidem*, p. 21.

³⁷ Por ejemplo: la cultura es a un pueblo lo que la tonalidad es para una música, o un fondo es para un cuadro. Por tanto la cultura está vista como la tonalidad o el fondo de lo que aparece en los comportamientos de un pueblo.

³⁸ Por ejemplo: la tuberculosis desde un punto de vista biológico está considerada una infección debida al bacilo de Koch, pero desde el punto de vista humano o social, puede ser mirada como efecto de situaciones extremadamente precarias, de miseria y de pobreza. De tales dos conceptos nacen dos distintas estrategias de solución que no se excluyen.

permite una mayor eficacia de la terapia³⁹, del mismo tratamiento biológico, y éste aumenta las posibilidades de sanación.

MODELOS CULTURALES Y SALUD

Según Bernard Ugeux, hay un estrecho vínculo que une entre sí los conceptos de salud/salvación y el de cultura. En el origen de los problemas culturales de hoy en Occidente (el malestar existencial, el no saber si se está pidiendo salud o salvación) hay una *hipertrofia racionalista*⁴⁰. La razón -utilizada sólo como instrumento para un saber totalitario y dominador que desprecia cultura, filosofía, religión, naturaleza-, ha creado aquel racionalismo (técnico, económico y político) que, por una parte ha desarrollado la ciencia y la justicia social, pero, por otra, ha impedido a la gente tener acceso a la totalidad del sentido. Falta el universo de los símbolos (generalmente religiosos) para vivir con serenidad el propio cuerpo y la vida del espíritu. El iluminismo ha dado comienzo a un mundo lleno de conocimientos objetivos (de datos) y de bienes materiales (de cosas), pero un mundo desencantado, pobre de símbolos, en el cual el misterio ha desaparecido, la libertad y el sentido están perdidos⁴¹.

La *reacción* a esto ha sido la búsqueda vertiginosa de *estructuras sociales maternas*, (ligadas al hemisferio derecho o emocional) mal manejadas y vividas en modo exagerado: he aquí la búsqueda de experiencias fuertemente emotivas (*disco-music*, violencia, películas, revistas,...), las dependencias (drogas, alcohol, tabaquismo, dependencia del juego, del trabajo, del estrés,...), el uso del cuerpo como único lugar de comunicación (sexualidad precoz y promiscua, mutilaciones (*piercing*), éxito del *body-building*, de la moda, del deporte, de los artes marciales, de los métodos antiestrés, el éxito de las medicinas

³⁹ Muchos problemas de eficacia del remedio dependen del paciente mismo (escasa adherencia, farmacofilia, farmacofobia, farmacoresistencia) o dependen del mal uso del remedio (con fenómenos de dependencia, abuso, tolerancia). Cf. MAGLIOZZI P., Psicofarmacología, op. cit., pp. 70-74.

⁴⁰ La rigidez y el dogmatismo que se ve en algunas instituciones médicas o religiosas, políticas o escolares es un signo de que la estructura cultural es "paterna", en donde domina el hemisferio cerebral izquierdo que no da respuesta a las necesidades de afecto y sentido.

⁴¹ UGEUX B., Guerir, op. cit., p. 106

⁴² No se trata de un retorno a lo sagrado o a lo religioso, sino que es una búsqueda de emociones arcaicas sin referencia ni a la trascendencia, ni a la comunidad de fe, ni a un Credo definido. Es la búsqueda del "todo y enseguida", de la experiencia fuerte, es la confusión de lo espiritual con lo emotivo: a raíz de esto, abundan grupos religiosos o terapéuticos que confunden experiencias psicológicas y ensanchamiento de conciencia con crecimiento espiritual y conversión religiosa, que usan símbolos religiosos en contextos completamente distintos instrumentalizándolos. Desaparece el Dios personal y Salvador, que libra de la culpa.

naturales, de las religiones de fusión⁴², de las experiencias paranormales y de las Sectas y Nuevos Movimientos Religiosos, NMR).

Hay necesidad de re-encantamiento del mundo (demasiado racionalizado y secularizado en un principio, y con una exagerada emotividad después). El imaginario religioso (el mundo de los símbolos, de los mitos y de los ritos, de lo sagrado) es el único instrumento del cual el hombre dispone para llenar el espacio entre el vivir concreto cotidiano (el mundo de los límites) y los fines y valores (la aspiración a superar los límites). Al quitar al hombre el imaginario religioso y sustituirlo con el consumismo de los medios de comunicación, se han creado necesidades anómalas, expectativas confusas e irreales, malestar existencial y depresiones. El re-encantamiento se viene buscando en formas exageradas como el gusto de lo exótico, de lo insólito, las Sectas⁴³, los NMR⁴⁴, con la necesidad exagerada de bienestar global y permanente (una clase de salvación inmanente). Aparece la angustia frente a la proliferación de verdades y al relativismo ético y filosófico (no teniendo la formación crítica para escoger con madurez); aumenta la necesidad de sentido y de interioridad. Crecen las espiritualidades laicas, sabidurías humanas (neognósticas), y el éxito de las nuevas terapéuticas (más sabidurías humanas que verdaderas prácticas médicas).

Tal huida hacia lo emotivo, no necesariamente debe descalificarse como una banalización, ni demonización, sino que puede ser abordada sacando lo positivo para insertar la medicina y la cultura en el Evangelio. Ugeux en este sentido considera que el *hombre de hoy*:

- Pide herramientas para el autoconocimiento (trabajar sobre sí, sobre lo que uno es y puede ser; no le interesa hacerlo sobre una representación genérica y anónima de hombre)⁴⁵;
- Pide instrumentos para la búsqueda de sentido y resistir a las propuestas de fusión, de narcisismo⁴⁶;
- Pide instrumentos, en fin, para una sanación interior con experiencia también en su corporeidad y en su afectividad; porque es en una nece-

⁴³ Las Sectas se presentan como nuevas élites político-religiosas que salvarán a la sociedad del apocalipsis. Responden a aquellos que piden la certeza de ser salvados y de pertenecer a una raza superior que tiene una misión en el mundo. Esos grupos hacen tal presión sobre la conciencia de los adeptos hasta empujarlos a roturas con el grupo religioso de origen, con la familia, etc. El poder es administrado en modo oculto con dependencia absoluta hacia la autoridad del grupo. La doctrina es fundamentalista (exclusivista y totalitaria) con rechazo de la crítica interna o externa.

⁴⁴ Los Nuevos Movimientos Religiosos (NMR) se difundieron partiendo de los EE.UU. al final de los años '60 como nuevas formas de budismo, taoísmo, hinduismo. A esto se añadieron otros grupos como la Cientología, el Rev. Moon, la Asociación para la unificación del cristianismo mundial... y todavía los NMR cuentan grupos para-religiosos al interior de las Iglesias mayores, como los Pentecostales.

⁴⁵ UGEUX B., *Guerir*, op. cit., p. 27.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 36.

sidad de acercamiento integral a la salud y a la salvación donde se inserta y actúa completamente la gracia y se cumple la salvación⁴⁷.

La huida en lo emotivo, en las estructuras "maternas", puede esconder por tanto una sincera búsqueda de integralidad, la plenitud que nace recibiendo a Dios (cf. Jn 10,10)⁴⁸.

La definición de salud propuesta por la OMS en el '46 a todo el mundo, fue occidental, etnocéntrica e inadecuada para otros contextos culturales y anacrónica hoy día en el mismo mundo occidental. En efecto, la definición basada sobre el concepto de "completo bienestar" era *estática* (la salud es en cambio considerada un equilibrio que se debe cuidar y construir continuamente), era *individual* (hoy se ha considerado que la salud no es sólo una percepción subjetiva sino también relacional, cultural y social) y era *ignorante* de la importancia para la salud de las dimensiones éticas, espirituales y religiosas.

Para definir las causas de las enfermedades, cuándo hay salud y cuándo hay enfermedad, cuál terapéutica está más adaptada a cada persona, y los límites de los tres sectores sanitarios médicos (popular, tradicional, profesional), se requiere cada vez más el conocimiento de la antropología cultural y de la etno-medicina, porque tales conceptos varían de lugar en lugar, de sociedad en sociedad, de período a período, dependiendo de muchos factores.

Sólo algunos ejemplos:

- El 35 % de la población mundial cree en el *mal de ojo*⁴⁹. Esto supone un modelo de explicación etiológica fundado sobre relaciones humanas en que la envidia y la venganza son causas de peligro. Tener en cuenta las relaciones humanas (más que el *mal de ojo* en sí) es fundamental para la eficacia de los cuidados propuestos en este 35% de la población.
- El 80 % de la población mundial se cuida con la terapéutica tradicional, aun teniendo a disposición la eficaz medicina occidental de los medicamentos. *Esto significa que los enfermos no buscan solo el tratamiento "más eficaz" de un síntoma o de una enfermedad orgánica, sino, en el cuidado, buscan un tratamiento dentro de su mundo simbólico, cultural y religioso que las medicinas tradicionales les ofrecen.* En

⁴⁷ Es verdad que uno puede llegar a ser santo sin una afectividad equilibrada, pero no es una buena razón para mutilar tal dimensión humana donada por Dios. *Ibidem*, p. 25.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 38. Cf. GRÜN A., DUFNER M., La salud como tarea espiritual, Narcea S.A. De Deic, Madrid 2001. (tit.orig. Gesundheit als geistliche Aufgabe).

⁴⁹ Mal de ojo: poder, voluntario o no, de algunos sujetos de producir efectos negativos sobre objetos y personas que ellos miran.

la búsqueda de curación hay siempre una búsqueda de sentido que la cultura y el inconsciente colectivo expresa. Se necesita saberlo escuchar, expresarlo e insertarlo en la respuesta médica o pastoral.

MODELOS ÉTICOS Y SALUD⁵⁰

Así como cambiando el modelo cultural, cambia la visión de la salud y el estilo de cuidado de ella, del mismo modo se puede observar una correspondencia entre los modelos éticos de referencia y las maneras de ver la salud y de protegerla.

MODELO NATURALISTA (DEL HELENISMO): *PHYSIOPHILIA*

La figura de referencia es la de Hipócrates. Existen límites a la acción terapéutica establecida por la naturaleza (*physis*); la naturaleza puede ser leída e interpretada por el médico que, en base a ésta, prevé cómo ella actuará en el enfermo (pronóstico). En su acción de médico no se opondrá a ella, ni la engañará, sino la respetará y la secundará (*physiophilia*).

Es una medicina paliativa que acepta el límite del moribundo, del frágil, del anciano; es la medicina preventiva que enseña a vivir una vida sana.

Bioética premoderna:

Al centro está el principio de beneficencia.

El sujeto del sistema es el médico, mientras el paciente ideal es aquél que le obedece.

El fin es prevenir la enfermedad y la muerte precoz.

MODELO MESIÁNICO (DEL CRISTIANISMO): FILANTROPÍA DIVINA

Figura de referencia es aquella del *Christus medicus*. Al médico se le pide ejercitar su profesión con desinterés y espíritu de servicio. La deontología médica del mundo clásico, que excluía del tratamiento al incurable, los esclavos, los enfermos pobres y desamparados, no puede ser aceptada por el cristianismo; el cuidado de los enfermos más abandonados es por esto un signo característico de la *caritas* cristiana y de la misión de la Iglesia. Tal modelo se caracteriza por el alto nivel afectivo y espiritual del cuidado.

Bioética personalista:

Al centro está el respeto de la sacralidad de la vida humana.

⁵⁰ Cf. SPINSANTI S., *curare e prendersi cura*, op. cit., pp. 53-83.

El sujeto del sistema es el hombre como persona, sea el enfermo, sea el agente sanitario (imagen de Dios).

El fin es ofrecer salud como mensaje de salvación y sanación como percepción del reino de Dios.

MODELO DEL LIBERALISMO: *INDIVIDUAL EMPOWERMENT* (CAPACITACIÓN DEL SUJETO)

Según el movimiento liberal, desarrollado en Europa en los siglos XVIII-XIX, el individuo es el único artífice de su propio destino; tiene que serle garantizada por tanto su libertad especialmente en el ámbito político y cultural. El liberalismo se enfrenta al Estado en actitud de desconfianza y cualquiera sea su intervención, aunque sea para el beneficio del sujeto, es considerada una injerencia. En tal sistema el instrumento más eficaz para la distribución de los bienes es el sistema económico del libre mercado, así como la libertad de investigación es básica para el progreso médico-científico y para una buena organización del sector socio-sanitario. Tal modelo ético ha desarrollado una medicina de alta tecnología y con altos costos y ha desarrollado el sistema sanitario como empresa.

Bioética moderna:

Al centro está la autonomía.

El sujeto del sistema es el paciente, con poder económico que participa en el procedimiento de cuidado (con el consentimiento informado).

El fin es el control de la propia salud (*empowerment*).

MODELO DEL ESTADO DE BIENESTAR SOCIAL: *WELFARE STATE*

Según el modelo ético del "Estado de bienestar social" la respuesta a las diversas formas de fragilidad viene confiada a la intervención activa de la administración pública. En lo referente a la salud, esto ha llevado a un modelo de tutela universal. Pero hoy el modelo de un Estado que responda a todas las necesidades de los ciudadanos está en crisis. Ésta es la interrogante: ¿Necesita responder a las necesidades de salud de todos? ¿De algunos? ¿A las necesidades prioritarias, verificando los gastos y la calidad de las prestaciones? Se impone la necesidad de tomar decisiones.

Bioética postmoderna:

Al centro está la justicia, la igualdad en el derecho a la salud.

El sujeto es la salud global a través de una adecuada distribución de los recursos.

El fin es promover una sociedad saludable en que el paciente esté satisfecho y los gastos sean prudentes.

ALGUNOS BREVES EJEMPLOS DE INTERPRETACIÓN ANTROPOLÓGICA DE FENÓMENOS SANITARIOS⁵¹

REACCIÓN PSICOLÓGICA A LOS MEDICAMENTOS⁵²

El placebo, sustancia farmacológicamente inerte, tiene 30-40% de efectividad de curación sobre sujetos que no creen en su eficacia y 70-90% de efectividad de curación sobre sujetos que creen en la eficacia del tratamiento.

Si pensamos antropológicamente en la persona como sujeto utilizador de símbolos, entendemos cómo el placebo puede actuar a través de ellos, sanando no su cuerpo o su mente, sino el modo de estructurar los propios símbolos. El remedio es, según tal enfoque, un símbolo que influencia un aspecto todavía desconocido de la persona relacionada a su cultura y a su psicología. He aquí unos ejemplos sobre el uso de los *medicamentos psicotrópicos*⁵³.

Escasa adherencia. El anciano que maneja por propia iniciativa los remedios psicotrópicos (que no es tan infrecuente)⁵⁴, es el sujeto con mayor riesgo asociado a su uso equivocado. De una encuesta desarrollada en ancianos institucionalizados, el uso de fármacos psicotrópicos resultó en tercer lugar⁵⁵ después de los diuréticos y vitaminas. En la misma búsqueda el 55% de los residentes estaban mentalmente confusos y sólo el 6% eran capaces de controlar el esquema de los medicamentos prescritos. Esto llevaba a olvidar lo que se habían tomado, doblando la dosis⁵⁶.

El mundo psicológico del enfermo influye su relación con el fármaco, una relación que el médico tiene que mediar, actuando sobre el componente psíquico a través de un contacto atento, caracterizado por la disponibilidad. El remedio entra en el mundo simbólico del paciente, asumiendo particulares significados específicos para cada uno. Se toma como símbolo de fantasía, esperanzas, miedos, de necesidades de gratificación regresiva o de autodestrucción, de afecto, de dependencia o de identidad. Todo esto no sólo se transforma en los fenómenos de farmacofilia, -fobia y -resistencia, sino sobre todo influye el efecto terapéutico de la medicina. Tales fenómenos posicionan al remedio en el *mundo subjetivo* (de la persona) y lo sustraen, al menos en parte, al mundo de la ciencia y de las certezas. Si se quiere recuperar

⁵¹ Cf. ROMANUCCI-ROSS L., MOERMAN D.E., TANCREDI L.R., *The anthropology of medicine, from culture to method*, Bergin Garvey, New York-London 1991 (2 edición).

⁵² *Ibidem*, pp. 129-143.

⁵³ Fármacos—psicotrópicos son los que actúan sobre el humor estimulándolo o sedándolo.

⁵⁴ IANDOLO C., *Malattie iatrogeniche e formazione permanente del medico*, Armando, Roma 1984, p. 365.

⁵⁵ El 23 % de los residentes usaban tranquilizantes, el 22 % sedantes e hipnóticos. Otras investigaciones mostraron porcentajes de uso claramente mayores (80%) y sin real indicación, sólo para "mantener bien a un viejo que tiene miles de razones para lamentarse". *Ibidem*, pp. 366-368.

⁵⁶ *Ibidem*, pp. 365-366.

un uso más racional de los fármacos, entrar en la dimensión subjetiva es un camino que se debe emprender⁵⁷.

*Farmacofilia*⁵⁸. Cuando una ansiedad (aunque sea leve) no aparece en un sujeto estable y con recursos personales, sino en uno que se siente en los límites del derrumbe y sin recursos personales, en búsqueda de evasiones, de emociones para sentirse vivo, se instaura fácilmente el fenómeno de la farmacofilia: el paciente asume varios remedios, especialmente los más publicados, usando dosificaciones mínimas. Se busca una acción mágica de los psicofármacos a distintos niveles:

- Eliminan síntomas mentales y por tanto son usados para prevenirlos y no experimentarlos más; es el autoengaño de la falsa curación o curación sintomática;
- Ayudan a los ancianos a no confrontarse con el problema del envejecimiento, de pérdidas, de inutilidad social, de muerte, lo que supone fatiga y tensión continua. Tales remedios hacen las veces de ancla de salvación, favoreciendo la pasividad; son un modo tranquilizante para ayudarse a sí mismo sin esfuerzo;
- Compensan el defecto de identidad, protegiendo el yo más profundo de peligros, conflictos e inseguridades. Ofrecen protección y seguridad útil, especialmente en las personalidades más inseguras y en regresión.

Es erróneo concentrarse en el fenómeno de la "farmacofilia", prohibiéndola o dando consejos; la farmacofilia se le presenta al paciente como efecto de una causa (psicológica, ética y antropológica) sobre la cual hay que poner atención. En personas incapaces de usar el "calmante interno" (el sí mismo) - afirma Blank - el psicofármaco sintomático hace las veces de "calmante exterior". Crea así una dependencia que no es en primer lugar química, sino psicológica.

*Farmacofobia*⁵⁹. Cuando el paciente "cree" (en general por desinformación o por prejuicios o miedo de pedir, o por ansiedad de perder algo en el futuro) que el remedio es perjudicial para su salud, se instaura el fenómeno de la farmacofobia. Ella se presenta bajo varias formas:

⁵⁷ Cf. DEL CORNO F., LANG M., TAIDELLI G. (Eds.), *Il medico, il paziente e le loro medicine, psicologia dei farmaci*. Franco Angeli, Milano 1986, I parte, pp. 134-136. II Parte, pp. 83-84. Cf. HELMAN C.G., *Culture, health and illness*. Butterworth-Heinmann, Oxford 1994, pp. 194-200. Cf. NIELSEN, *Pillole o parole?* op. cit.

⁵⁸Cf. BARUCCI M. (con la collaborazione di Benvenuti P., Faravelli C., Pazzagli A.), *Le nevrosi oggi; tra psicoanalisi e psicofarmaci*. UTET, Torino 1992, pp. 153-162. Cf. DEL CORNO et al., *Il medico, il paziente e le loro medicine*, I Parte, op. cit., pp. 110-115. Entre los psicofármacos solos, las benzodiazepinas (y los barbitúricos, ya dejados en la práctica clínica) tienen un potencial medio en crear abuso. Sin embargo, también las benzodiazepinas tienen un riesgo máximo de toxicofilia (uso del remedio para quitar un sufrimiento) y no tanto de toxicomanía (uso del remedio para mejorar un "estado de salud" estadísticamente normal). En base a tal distinción no se puede decir que las benzodiazepinas sean drogas, porque entonces lo son también los analgésicos, la insulina.

⁵⁹ Cf. DEL CORNO et al., *Il medico, il paziente e le loro medicine*, I Parte, op. cit., pp. 115-123.

- Se pide mucha información al médico sobre los efectos colaterales, las dosificaciones correctas del remedio.
- Se busca convencer al médico que el remedio no está haciendo nada o se le habla de la necesidad de sustituirlo.
- Se disminuyen las dosificaciones o se es escrupuloso en seguir las prescripciones de horario y de dosis.
- Se asocia al fármaco otro medicamento que anula su riesgo de efectos colaterales.
- Uno se autoconvence que el remedio cura una enfermedad y crea otra. Los psicofármacos sintomáticos, por ejemplo, son a veces acusados de disminuir la capacidad de control, la reactividad, la concentración, la memoria, etc. La información sobre los fármacos y la comunicación no eliminan el fenómeno de la farmacofobia pero lo reduce; he aquí por qué los pacientes solicitan información para disipar cada duda y formación sobre el sentido de la terapia.

*Farmacorresistencia*⁶⁰. Es el fenómeno de falla en la respuesta al tratamiento. Ella puede estar relacionada a causas genéticas, o vinculadas a tipos de personalidad⁶¹.

INTEGRACIÓN ENTRE MEDICINA TRADICIONAL Y CIENTÍFICA ENTRE LOS NINGERUN⁶²

Los Ningerun son un pueblo de Nueva Guinea. En su cultura coexisten simultáneamente tres tipos de saberes médicos:

- 1.- *Self Help Therapies* (terapéutica intrafamiliar).
- 2.- Medicina esotérica y secreta (curandero tradicional).
- 3.- Medicina especializada (especialista biomédico).

Este pueblo ha sido capaz de integrar la medicina propia con la occidental, sirviéndose de ésta última para el cuidado de los casos agudos (cefalea, cortes, llagas, epidemias,...) y continuando con el uso de los propios rituales para las molestias crónicas. El curandero entra en acción cuando la enfermedad se ve grave, terminal o de tipo "social".

⁶⁰ Íbidem, I Parte, pp. 123-125; 130-133. La solución de la farmacorresistencia no es "dejar" al paciente en su deseo de no sanar, sino ayudarlo a estar un poco mejor. La única acción posible es a largo plazo: pedagógica y a nivel antropológico.

⁶¹ Presente en tres tipos de personalidad: En aquellos que no aceptan la dependencia de los médicos y pretenden "tener en la mano" la situación; En aquellos que tienen un sentido de culpa (consciente o inconsciente) y resisten a cada intervención médica o psicológica por necesidad de castigo; En aquellos que necesitan el síntoma (por ej. la ansiedad) como defensa de sufrimientos mentales peores, que empiezan de nuevo cada vez que el síntoma compensatorio desaparece: el paciente desea eliminar el exceso de síntoma compensatorio pero no todo; si se da cuenta que lo está perdiendo todo instaura inconscientemente la resistencia.

⁶² Cf. ROMANUCCI-ROSS L., MOERMAN D.E., TANCREDI L.R., *The anthropology of medicine, from culture to method*, op. cit., pp. 32-55.

UN ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO DEL ESTRÉS EN EL MUNDO DE HOY⁶³

El estrés -considerado como una condición esencial de nuestra época, la cual busca superar cada límite de espacio y de tiempo tiene efecto positivo, por una parte, en cuanto puede traducirse en una fuente de energía para la persona. Pero tiene también un efecto negativo, en cuanto puede agotar las energías mentales y físicas del sujeto y causar numerosas enfermedades.

Una explicación antropológica del estrés:

Todas las culturas han tenido siempre ritos para administrar el luto, para llenar una pérdida. Como la sociedad occidental ha perdido estos ritos (o al menos gran parte de su valor simbólico) sustituye este vacío con el estrés, con una actividad detrás de otra, de modo de no dejar nunca espacios desocupados.

Hoy el estrés es un *gran ídolo*, un compensador de nuestro estado de vacío interior. Puede ser considerado *la nueva espiritualidad de nuestro siglo*.

El estrés es también un *gran negocio*; ha nacido el *stress-management* (cómo administrar el estrés): no se propone eliminarlo del todo, sino que basta con suprimir sus efectos colaterales, manteniendo así la tensión positiva que el estrés produce.

¿Qué precio se arriesga pagar por no abandonar este ídolo? Robert Kugelman, antropólogo, lo explica con una analogía interesante: el riesgo es volverse un *vampiro* sediento de estrés para sobrevivir. El vampiro es un ser que no puede morir, en cuanto está ya muerto (vive, pero sin alma); puede alimentarse sólo de sangre y vive de noche porque la luz lo debilita. Además, no se relaciona. El hombre-vampiro es un cadáver animado de la energía de la sangre, no tiene afectos, relaciones, humanidad. No hace nada con el luto, no aborda humanamente una pérdida, una herida; necesita solamente poder y energía, no humanidad.

Del mismo modo, la persona que vive de estrés y se nutre de hiperactividad -que es su energía-, está a oscuras (insomne, sin paz), es como un muerto sin alma (su tiempo está lleno de cosas que debe realizar, pero no llena su vida de "ser", de sentido, de humanidad, no tiene el tiempo para vivir en modo auténtico, humano). Si tiene que ocuparse de la luz (reflexionar filosóficamente sobre la Verdad, sobre el Bien, sobre el Ser) y la paz (meditar, relacionarse en modo íntimo con Dios, con los demás), se siente incómodo. Prefiere la energía a ser un hombre realmente "humano".

Tratamiento antropológico del estrés: celebrar el luto, las distintas pérdidas; tomar tiempo para elaborar los cambios en las varias fases de la vida y no buscar solamente removerlas; darse el tiempo para la interioridad, la espiritualidad.

⁶³ Ibidem, pp. 371-388.

Capítulo III.

LA DIMENSIÓN DE LAS DISCIPLINAS HUMANAS Y LA SALUD ANTROPOLOGÍA, BIOÉTICA, PSICOLOGÍA, SOCIOLOGÍA, Y PEDAGOGÍA (La persona en su dimensión humana *relacional*)

LA MEDICINA ENTRE FALSAS CERTEZAS Y UNA SANA GESTIÓN DE LA INCERTIDUMBRE¹

RELATO FILOSÓFICO DEL ALCOHÓLICO:

Un hombre alcohólico por la noche, volviendo a casa, se da cuenta que ha perdido la llave para entrar. Se pone a buscarla por tierra, bajo la luz de un farol. Un policía que lo encuentra trata en un primer momento de ayudarlo; luego, sorprendido, le pregunta si es justo en aquel punto bajo el farol que ha perdido la llave. El alcohólico le contesta "no, ¡pero ahí donde la he perdido está oscuro!"

Este ejemplo ilustra de manera muy eficaz un axioma que está en el fondo de todo el problema del conocimiento: los hombres sólo conocen lo que quieren conocer o lo que es más fácil. Es la receta de la ignorancia. A veces la solución está en otro lugar, pero no se busca en la oscuridad, porque requiere demasiado esfuerzo. Si el hombre busca solamente la solución de la enfermedad a nivel bioquímico-instrumental, está buscándola bajo la luz del farol.

¹ Cf. SPINSANTI S., *Curare e prendersi cura*, Ed. Cidas, Roma 2000, pp. 21-32.

¿Por qué los médicos o los pacientes no quieren buscar en la oscuridad? ¿Por qué hay una resistencia a la antropologización de la medicina? De parte de los pacientes, porque buscar en la luz es más fácil, no se va a las raíces de sus problemas; de parte de los médicos, porque significaría trabajar no sólo sobre un objeto, sino también sobre un sujeto, es decir insertar el «sentido», la persona con toda su complejidad en el proceso diagnóstico-terapéutico y para esto no han sido formados. Además, el médico tiene miedo de la incertidumbre, ella paraliza. Sólo quien sabe administrar la incertidumbre y el error, aprende y crece.

La respuesta a la que se llega trabajando “bajo la luz del farol” es una falsa certeza. También la bioética hace presente a la medicina que se encuentra delante de falsas certezas y que hacen falta elecciones filosóficas, elecciones de valor.

Las ciencias humanas en medicina ven la enfermedad como *un lugar en el cual investigar un sentido para el sujeto*.

Según una visión biomédica, la enfermedad es algo anómalo que se debe eliminar cuanto antes, y la curación equivale a volver al paciente a su condición previa antes de la enfermedad (*restitutio ad integrum*). Tanto el médico como el enfermo se encuentran frente a la elección: ¿La *falsa certeza* de la biomedicina que elimina (¡o promete eliminar!) las anomalías, o la *incertidumbre* de las ciencias humanas que buscan el sentido? ¿Volver a lo conocido del pasado o el ir a un futuro desconocido? La respuesta depende del paradigma en que se vive y se opera.

Según las ciencias humanas, la medicina necesita centrarse en *la sanación biográfica*, es decir, aumentar la conciencia global de uno mismo y curar los diferentes niveles de la propia vida. La persona enferma, después de una medicina integral, a pesar de la limitación física, puede encontrar igualmente el propio proyecto de vida. Esto es lo que se propone alcanzar con una integración entre ciencias naturales y humanas.

La *antropología médica*, que obra tal integración es:

La conciencia crítica de una humanidad confrontada con la salud y la enfermedad.

Ella enseña a no adherirse pasivamente a las continuas modas «sanadoras» que las culturas o las éticas proponen (o imponen), sino a saberlas mirar críticamente y a elegir lo que está más de acuerdo a una sana antropología y a una ética respetuosa de la persona, que tiene como modelo de actitudes y comportamientos a Cristo Jesús, El Cristo médico, el Cristo Buen Samaritano.

En síntesis, las ciencias humanas en la medicina permiten trabajar en la oscuridad (en parcial ausencia del aspecto cuantitativo), integrando los dos aspectos de la curación: 1 - la *eliminación* del síntoma (aspecto de las ciencias

naturales) y 2 - la *comprensión* del síntoma, la búsqueda de su sentido (aspecto de las ciencias humanas); ambas ciencias, en armonía y completándose, ayudan a llegar a una sanación más relacional, personalizada (única), integral y dinámica (RUID), a una medicina más antropológica.

HUMANIDADES MÉDICAS²

En la introducción de la primera revista italiana sobre las Humanidades Médicas (HHMM), *L'Arco di Giano*, Sandro Spinsanti, su fundador, las proponía -en 1993- como un intento correctivo a la "obesidad científica" de una medicina enferma. Las HHMM comprenden todas aquellas ciencias humanas que aportan a la visión antropológica del cuidado de la salud. Intentan ir más allá de la explicación convencional de la enfermedad y de la salud, buscando comprenderla más profundamente en el ámbito de su contexto social, cultural, personal y constitucional. El fin último es entrar en una relación humana con el enfermo, con el otro y con el procedimiento de ayuda diagnóstico y terapéutico.

Se consideran como HHMM las disciplinas externas a la medicina, que miran a la historia, las relaciones y el sentido del fenómeno de la enfermedad; he aquí una lista: *antropología médica cultural* (con una fuerte influencia anglosajona) y *filosófica* (con influencia alemana y francesa); *filosofía de la ciencia y de la medicina*; *filosofía moral y bioética*; *ciencia de las religiones y teología*; *psicología*; *sociología sanitaria*; *historia de la medicina y de la ciencia*; *pedagogía sanitaria*; *filosofía de las neurociencias*; *literatura y medios de comunicación* (teatral, cinematográfico, figurativo, musical, etc.),... Hay otras

² El párrafo es tomado libremente de MAGLIOZZI P., *Medical Humanities*, en RUSSO G. (a cura di), *Enciclopedia di bioetica e sessuologia*, Elledici, Velar, CIC, Leudan (Torino) 2004, pp. 1138-1149. Cf. AA.VV., *Medical Humanities. Le scienze umane in Medicina*, Società Ed. Universo, Roma 1999. Cf. CASALONE C., *Medicina, macchine e uomini. La malattia al crocevia delle interpretazioni*, Gregorian University Press, Roma / Morcelliana, Brescia 1999. Cf. COSMACINI G., *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma-Bari 1995. Cf. DINI A., *Antropologia medica e storia della medicina*, en «*L'Arco di Giano, rivista di Medical Humanities*», 6/1994, pp. 51-60. Cf. GRACIA D., *Vecchie e nuove medical humanities: la via spagnola*, en "L'Arco di Giano, rivista di Medical Humanities", 4/1994, pp. 11-26. Cf. HELMAN C.G., *Medicine and culture: limits of biomedical explanation*, en "The Lancet", 4 mayo 1991, 337, pp. 1080-1083. Cf. LAPLANTINE F., *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Payot, Paris 1986. Cf. WEIZSÄCKER V. von, *Le Cycle de la Structure*, (trad. de M. Foucault, D. Rocher; título original: *Der Gestaltkreis*), Desclée de Brower, Paris 1958. Cf. *L'Arco di Giano, rivista di Medical Humanities* n. 1/1993. (Primer número de la revista).

ciencias como *bioderecho*, *legislación sanitaria*, *política social*, *economía sanitaria*, que amplían la visión del cuidado de la salud, pero que no son vistas generalmente y estrictamente como humanidades.

El término HHMM es la única expresión (presente, entre los idiomas europeos, sólo en inglés, *medical humanities* y en español), para evitar largos rodeos de palabras y hablar de este proyecto de integración de saberes diversos, al interior de una medicina que esté a la altura de las aspiraciones del siglo XXI. Se trata de un proyecto de reacción a aquella biomedicina, que, en cambio, ha perdido algo de lo esencial. Hoy las HHMM están presentes en todas las facultades de medicina y han venido a ser consideradas unas de las más importantes innovaciones de los últimos años. Desde 1984 (año en que la revista *Hasting Center Report* introdujo por primera vez el término *Humanities* en medicina) hasta hoy, las HHMM han hecho un notable camino, integrándose en el *currículo* de los estudios médicos y enseñando a las últimas generaciones de médicos a participar en la realidad humana del enfermo con sus valores, o viéndolo en su unicidad e integralidad.

El desafío de las HHMM hoy, es demostrar su utilidad, teóricamente afirmada, para el enfermo y para las ciencias médicas. Introducir una cultura humanística en medicina no es sólo añadir nuevas materias y datos para memorizar acerca de otro tipo de objetos de estudio, como escribe el médico jesuita italiano Carlo Casalone³, ya que hay quien objeta que tampoco las ciencias humanas introducen necesariamente al "sujeto" en medicina. La objeción es que incluso estas disciplinas humanas pueden cosificar al mismo sujeto, sobre la tradición cultural de un dualismo de origen platónico y cartesiano, hasta la total disolución de la persona.

Otra objeción es aquella del clínico español Gregorio Marañón, uno de los fundadores de la endocrinología. Él habla de las HHMM, entendidas muchas veces como "amenidades médicas", que sirven sólo para embellecer el lenguaje del médico, para hacer ostentación del propio saber, o simples conocimientos útiles para llenar los momentos de ocio, para templar la mente y pacificar el espíritu, pero no para ayudar al enfermo.

Las ciencias humanas pretenden, en cambio, ayudar a la medicina a recuperar, sin perder los potentes medios actuales, la originaria finalidad e inspiración. En primer lugar, superando la antigua contraposición entre ciencias duras (las *ciencias naturales*) y ciencias blandas (las *ciencias humanas*), orientando hacia una totalidad y *unidad del saber*; en segundo lugar, *humanizando*

³ Cf. CASALONE C., *Medicina, macchine e uomini, la malattia al crocevia delle interpretazioni*, Morcelliana-Gregorian University Press (Collana Aloisiana), Brescia-Roma 1999.

la medicina, introduciendo de nuevo al sujeto, la persona como interlocutor, ya sea como paciente o como médico. Y es ésta última proposición la que se examinará a continuación.

INTEGRAR CIENCIAS NATURALES Y CIENCIAS HUMANAS

La historia del saber humano, en el mundo occidental, ha separado y opuesto progresivamente estas dos formas de conocimiento: ha visto como excluyentes a los proveedores de "píldoras" y a los de "palabras"⁴. La ciencia natural (a causa de su metodología) ha decidido poner entre paréntesis lo específicamente humano (el sujeto y su biografía) en la fase diagnóstica, pero así ha hecho más difícil, una vez establecido el tratamiento, la recuperación global del sujeto.

La medicina como *ciencia de la naturaleza* (empírico-formal) se propuso, objetivizando al enfermo, *explicar* el mecanismo de la enfermedad (un acontecimiento extra-ordinario) para llegar a la causa material de ella. El conocimiento se funda sobre *datos* que siguen las leyes de la naturaleza, y es a través del *experimento* que es posible la medición, la descripción, el pronóstico y la explicación causal de los fenómenos mediante un razonamiento de tipo *deductivo*. Éste posee el valor de lograr afirmaciones de utilidad práctica, pero tiene la limitación de dificultar la orientación ética; sólo las ciencias humanas (como ciencias de los fines) pueden aportar a las naturales aquellos paradigmas que le permitan desarrollarse en una dirección de progreso, priorizando la elección de unas líneas de investigación en vez de otras. La ciencia de la naturaleza tiene una visión *analítica* de la realidad (divide en sistemas y en sub-sistemas), *funcionalista* (hace interactuar los elementos para una utilidad), *determinista* (a cada causa corresponde un efecto), más adaptada para tratar el mundo inorgánico y orgánico animal, que a los sujetos humanos complejos.

Las HHMM como *ciencias del hombre* (hermenéuticas) tienen el propósito de hacer comprender el sentido de la propia existencia, que se hace problemática por los acontecimientos (por ejemplo, la enfermedad). Permiten, asimismo, llegar a la causa eficiente (primera) y final (última), lo que se resume en una palabra: significado del evento. Por esta razón, tal conocimiento es precioso y ayuda al sujeto a simbolizar el hecho, a asumirlo activamente y a

⁴ Cf. NIELSEN N.P., *Pillole o parole? Relazione verbale e rapporto psicofarmacologico*, Raffaello Cortina Ed. Milano 1998.

vivirlo como momento de paso hacia una nueva fase de la vida (la *Gestaltkreis* o círculo de la forma de von Weizsäcker o la *conversión* del cristianismo); la enfermedad se plantea por consiguiente como un estímulo a un trabajo semántico (búsqueda de sentido y significado con valor sanante). Lo central en este trabajo no son los *datos físico-químicos* que producen determinados efectos, sino un *sujeto* en busca de sentido y que con *leyes humanas* (iniciativa creativa) decide abrirse a un cambio en la percepción del dato objetivo. Las ciencias humanas estudian los *fenómenos culturales, sociales e institucionales*, como expresión de uno o más sujetos en acción; estudian además *los motivos y los fines* de este sujeto que indaga su significado.

La *cientificidad* de una *ciencia humana* no tiene origen en la verificabilidad matemática (cuantitativa) de los datos previstos, sino en la *coherencia* entre los fenómenos, en la *progresión de comprensión* del conjunto de los fenómenos, en la *rigurosidad del lenguaje*, en una palabra, en la comprensión del significado que está en el origen del fenómeno. Para concluir, las ciencias humanas enseñan el vínculo entre el sujeto (sus intenciones y fines) y el fenómeno objetivo. El hecho de que las ciencias humanas hayan tardado tanto en llegar a su madurez, con un cuerpo de doctrinas sistemáticas y coherentes, es un indicio de que su *cientificidad* no es inferior a aquella de las ciencias naturales, aunque basada sobre parámetros diversos.

Ciencias de la naturaleza y de lo humano, en una epistemología contemporánea, son dos perspectivas coesenciales al conocimiento. La primera *analítica*, sobre los hechos, conduce a dar explicaciones, simular un sistema y controlarlo; la segunda, *sintética*, se centra en los valores, esenciales para comprender cómo el sujeto se inserta en su historia y afronta el fenómeno natural.

Un ejemplo concreto que muestra cómo las dos modalidades de conocimiento van integradas y no opuestas (porque lo que una puede estudiar, no puede conocerlo la otra), es el siguiente: *la corporeidad* humana. Como *exterioridad objetiva* es analizada por la biología; como *exterioridad subjetiva* es vista en el arte, el lenguaje literario, el bioderecho; como *interioridad objetiva* (ser viviente, inmortal, ontológico) es comprendida por la metafísica y la teología; como *interioridad subjetiva* (la identidad personal, la vivencia) es estudiada por la antropología, la psicología.

La medicina, tratando al hombre, no puede comprenderlo con una sola ciencia (es un límite del pensamiento especulativo), porque cae en el reduccionismo y se priva de conocimientos necesarios para su cuidado integral. La medicina es una ciencia al mismo tiempo bio-psico-socio-espiritual, porque el sujeto humano tiene todas estas dimensiones de lo real.

UNIDAD DEL SABER

Entendida la ausencia de oposición entre las diversas formas de conocimiento, el primer fin de las HHMM es ayudar a recuperar la totalidad del saber. También aquí no se trata sólo del gusto por el eclecticismo o de añadir saberes heurísticos, sino de una necesidad del agente sanitario cuyo trabajo es cada vez menos una cuestión ejecutiva y técnica y cada vez más una elección compleja, que va unida a la conciencia de los valores y de las relaciones interpersonales. Para esto necesita haber interiorizado (y no sólo leído o estudiado) competencias y actitudes de las ciencias humanas. *Las HHMM, siendo sintéticas, ayudan a descubrir la unidad del significado en la complejidad de los fenómenos.* Las dimensiones culturales del hombre (corporeidad, sociabilidad, lenguaje, arte, técnica, juego, religión, medicina, etc.) no son fenómenos puestos al azar, uno al lado del otro, se trata de dimensiones vinculadas por una razón profunda, por los "por qué" finales de la existencia (característicos de cada cultura). El problema radical de la cultura, de la sociedad y de lo particular es hallar la *unidad* (el Oriente la llama *armonía*) frente a todas las fuerzas disgregantes, dispersivas y destructivas.

La sabiduría, escribe Miguel Ángel Peláez, es tensión a la unidad, unidad entre mi saber y mi mismo. El *cientificismo*, que niega la unidad del saber (porque es un saber analítico), que niega la acción del espíritu sobre la materia (materialismo), que acumula nociones cuantitativas sobre los "hechos" (negando la metafísica), que se declara la única fuente de conocimiento, va contra los orígenes de la ciencia (Galileo no era científicista), contra la historia (la ciencia ha nacido de la filosofía) y va contra la evidencia (en cuanto no existen sólo datos medibles en la vida de un hombre y sobre todo de un hombre enfermo). Las respuestas de la ciencia tecnológica siempre serán respuestas parciales, incompletas, para algunos tipos de problemas y no para otros (como por ejemplo, los existenciales y los religiosos).

La función final de dar unidad al saber, entre las HHMM, es dada por la *teología*. La teología es ciencia, porque *busca* las causas eficientes, formales, materiales y finales de los fenómenos que estudia (Dios, salvación, destino del hombre, gracia, dolor,...); en el acontecimiento de la enfermedad la teología ayuda a tener como *perspectiva* el más grande horizonte posible: el de la salvación (la plenitud del hombre regalada por Dios); como *método* ayuda a poner en *diálogo* fe y razón; el *fin* propuesto de la teología al enfermo es aquel de la *participación del hombre en la vida divina* ofrecida en Cristo, la de la autotranscendencia de la persona humana vista en su dignidad originaria y final. Si en cambio, ignorando la teología, la medicina se queda en un clima disperso, restrictivo, secundando el fin cultural e ideológico del momento, las

consecuencias serán deshumanizantes, con despotismos de tipo mercantil, militar, tecnológico, etc.

La unidad del saber no exige utópicamente al agente sanitario ser un "todólogo" (uno que conoce todas las disciplinas), sino ser una persona de mentalidad abierta, una persona capaz de dialogar y de escuchar, no cerrada y aislada en su especialización. La unidad del saber es un *habitus* intelectual útil para valorar causas próximas y causas últimas, el bien y la verdad del hombre.

HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA

Sandro Spinsanti, bioético y antropólogo médico, dice que el término HHMM no se identifica con humanización de la medicina, como comúnmente se ha entendido; no tiene tampoco vagas finalidades humanitarias y filantrópicas, como intenciones de ayudar al ser humano o, visto en negativo, no es un moralismo para culpabilizar y acusar (como hace la prensa sobre la mala atención de la salud) y ni siquiera exhortación a la virtud. Todos estos enfoques han demostrado su ineficacia y veleidad. No se trata tampoco de enseñar competencias, en general limitadas a un nivel afectivo, en modo técnico y cognitivo. Humanización se entiende en cambio en el sentido de *transformar las ideas y valores* en juego en el cuidado de la salud, transformar la imagen de la medicina; de éste cambio estructural (antropológico), se derivarán los comportamientos más deseables (la ética).

La verdadera humanización que se proponen las HHMM consiste en *integrar* las ciencias naturales y humanas, estimulando la búsqueda en las áreas en que se encuentran (entre subjetivo y objetivo, entre interioridad y exterioridad). La síntesis y la reflexión así obtenidas, permitirán una nueva comprensión, por ejemplo, de la enfermedad, la cual ya no se tratará más en forma clínica únicamente (patología que eliminar), sino como enfermedad de la persona (como incapacidad de utilizar las energías que se tienen o de percibir el valor del propio sufrimiento, crisis del sentido de la propia existencia). La curación auténtica se puede realizar sólo al interior de esta integración y síntesis. Los reduccionismos cientificistas y materialistas, en cambio, pueden producir curaciones físicas asombrosas, pero frecuentemente transitorias (que cada vez estimulan más un sentimiento patológico de omnipotencia y de narcisismo). Estos nos alejan en realidad de un discurso humano sobre la curación y salud, o bien de una verdad más profunda sobre uno mismo y sobre la vida.

CONCLUSIÓN

Desde hace años se habla en medicina de inter-, multi-, pluridisciplinariedad, como ideal formativo al cual dirigirse para poder afrontar (en modo no reduccionista) la complejidad del razonamiento clínico. Las HHMM son una primera respuesta. El camino tendrá que seguir valorizando el estudio de casos, el trabajo en equipo, el aprendizaje intelectual-afectivo-motivacional y práctico⁵. Escribe la Dra. Paola Binetti, del *Campus Biomédico*, una Facultad de Medicina Católica en Roma, (entre las primeras en Italia que han introducido las HHMM), que *es necesaria una conciencia de la responsabilidad ética, contra el reduccionismo*. Se debe ir hacia la activación de nuevos espacios de conocimiento y nuevos márgenes de experimentación. Todo esto no significa únicamente crecimiento teórico en la preparación del médico, sino incremento en la cualidad de la medicina y en la reducción de los errores clínicos, porque sólo a través de la comunicación entre diversas competencias hay identificación de los problemas específicos del paciente y reducción del error debido a escotomas culturales. De la era positivista la medicina se ha dejado influenciar por la ideología pragmática (como manipulación y dominio); ha hecho un ídolo de la eficiencia llegando a sacrificar también al sujeto y sus fines más humanos. Las HHMM pueden ligar de nuevo la medicina a la esfera de los fines, porque el hombre puede ser cada vez más hombre, realizando su verdad personal. En la universidad no basta crear unos especialistas, decía en Turín en 1988 el Papa Juan Pablo II, sino constructores de humanidad, servidores de la comunidad, promotores de curación y verdad. Esta búsqueda de la verdad de la que habla la Iglesia (como alternativa al

⁵ Ej. de actividades para integrar fe y cultura en el ámbito sanitario.

* Encuentros en que se lee ya sea el Evangelio o textos de la cultura local sobre el mismo tema de salud, analizando el paradigma y la antropología subyacente.

* Oraciones de sanación y Liturgias con gestos y rituales de la tradición católica y la cultura local sobre la salud.

* Festivales con danzas y cantos locales vinculados al tema de la salud.

* Excursiones a santuarios y lugares religiosos como peregrinaciones en búsqueda de la sanación.

* Presentar biografías de personajes importantes de la historia de la salud del lugar, confrontarlos con los santos de la caridad hacia los enfermos que han vivido su experiencia en la Iglesia.

* Estudiar los símbolos de la cultura sanitaria local.

* Crear enlaces entre biología y teología, medicina y espiritualidad o entre vida y fe (los problemas y las preguntas, la profundidad de las respuestas de fe).

* Asambleas, fiestas, discusiones, formación, campamentos veraniegos, misiones, excursiones, exhibiciones, celebraciones, retiros y catequesis sobre cómo integrar cultura y fe en temas de la salud y la sanación.

La inculturación debe ser estudiada, pero sobre todo integrada en tales actividades con las mismas actitudes, pensamientos y acciones por el agente de la salud. Cf. ANTHONY F-V., *Eccliesial praxis of inculturation*, Las, Roma 1997. ANTHONY F-V., *Faith and culture in Catholic schools*, Deepagan, Channai (India) 1999.

utilitarismo relativista, al aparecer superficial de la cultura occidental) es también búsqueda del Bien del hombre, el fin último de la medicina.

PEDAGOGÍA Y HUMANIZACIÓN⁶

EDUCACIÓN SANITARIA⁷

El texto de la pedagoga italiana M. Teresa Cairo, que se sintetizará aquí, pertenece a un nuevo conjunto de obras en el ámbito socio-sanitario y pedagógico que buscan comprender el *concepto de salud* humana ampliándolo a alcances antropológico-subjetivos a menudo dejados en la sombra; además, la autora presenta el concepto de salud en términos dinámicos e inter- y transdisciplinarios, útiles para futuros programas de promoción de la salud.

La *antropología* necesita la *bioética* para hacer propuestas a la cultura, pero la *bioética* necesita la *pedagogía* para saber cómo promover prácticamente sus valores.

La *pedagogía* luego, colabora con la *sociología* en la conformación de los distintos contextos humanos.

El texto propone el tema general de la educación sanitaria⁸: *la promoción de la salud*, una modalidad de *prevención primaria*, o sea el modo de tutelar la salud. Se pregunta cómo es posible transformar los comportamientos y las actitudes, fuentes de enfermedades, en otras favorables para la salud. La experiencia nos enseña que no basta con hacer nuevos descubrimientos científicos, contar con más hospitales e incrementar la legislación sanitaria, para tener más salud. Tampoco es suficiente escribir libros de ética sanitaria sobre

⁶ Cf. ARDIGO' A. (a cura de) *Per una sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano 1981; ARGYRYS C., *Superare le difese organizzative*, Cortina 1993; ATTALI J., *Vita e morte della medicina*, Feltrinelli 1980; BASAGLIA F., *Medicina e salute*, Einaudi; CARBOGNIN M., *Organizzazione e qualità nei servizi socio-sanitari*, Angeli, Milano 1991; CARONNA PITTARI, *Malattia e società*, Sapere, Milano 1974; DONATI P. (a cura de), *Manuale di sociologia sanitaria*, NIS 1987; ILLICH I., *Nemesi medica*, Mondadori, Milano 1976; MORABIA A., *Medicina e socialismo*, *Medicina democratica*, Milano 1986; ORTIGOSA R., *L'umanizzazione dell'intervento sanitario*, Franco Angeli, Milano 1991; PORCU S., *Elementi socio-culturali e sistema sanitario*, Angeli, Milano 1991; QUARANTA G., *L'uomo negato*, Franco Angeli, Milano 1984; SANDRIN L., BRUSCO A., POLICANTE G., *Capire e aiutare il malato*, Ed. Camilliane, Torino 1989; SLOAN D., CHMEL M., *La rivoluzione della qualità e il sistema sanitario*, Ed. Itaca, 1992; VACCANI R., *La sanità incompiuta*, NIS, 1991.

⁷ Cf. CAIRO M.T., *Persona e salute, itinerari educativi*, Ed. LA SCUOLA, Brescia 1994.

⁸ La educación sanitaria (para la prevención primaria) es distinta de la educación terapéutica, que, en cambio, enseña cómo manejar las patologías (prevención secundaria y terciaria).

los comportamientos saludables y ni siquiera hacer “prédicas culpabilizadoras” sobre tal argumento.

El camino por el que pasa tal acción de tutela de la salud y su teoría correspondiente, se fundamenta en la *antropología de la salud*; en base a la identidad cultural de cada pueblo y cada hombre, se pueden localizar las necesidades de salud verdaderas y los recursos para colaborar a administrarla.

En síntesis, tal *salud* puede ser definida como:

- 1.- Necesidades y recursos del sujeto individual que hay que localizar y ayudar a abordar.
- 2.- Proceso de autopoiesis (auto-creación), aprendizaje para recomponerse continuamente. Esto es un dinamismo orientado a una actitud de empeño, de sentido que se puede dar a los acontecimientos biográficos, de conciencia de la misma imperfección, de libertad y flexibilidad en las respuestas. Pero, la autora precisa, que no se trata de un movimiento de progreso sin parar, sino de una alternancia de progresos y retrocesos, órdenes y desórdenes, equilibrios y desequilibrios; la salud no excluye tampoco la presencia de malestares y enfermedades, esfuerzos y contradicciones, pero cada fase es transitoria y proyectada a la búsqueda de una nueva posibilidad, de un nuevo modo de ser, de un nuevo proyecto de vida adaptado a cada uno, específico para cada día.
- 3.- Relación rica en sentido y orientada éticamente entre sí y él mismo, entre sí y los otros, entre sí y el entorno; una relación que es al mismo tiempo biológica, cultural, religiosa, socioeconómica e interpersonal.

Para concluir, la salud propuesta por la pedagogía sanitaria ya no es un “estado de equilibrio” sino una “búsqueda” de equilibrios progresivos, es conciencia del propio proyecto biográfico.

Fase operativa: las estrategias de acción educativa en la promoción de la salud.

Cambiar un comportamiento, eligiendo uno más apto para el mantenimiento de la propia salud, integralidad e identidad, no es fácil, porque esas conductas dependen de normas sociales, leyes y tradiciones, motivaciones personales (actitudes) valores, fe, opiniones (frecuentemente basadas sobre prejuicios), experiencias, tabúes y, sobre todo, dependen de emociones, afectividad e instintos. El hombre no es sólo racional en su actuar, pues en gran parte es regulado por mecanismos de defensa y de *coping*. A menudo, sobreestima ciertos riesgos para su salud y subvalora otros, siendo optimista sobre el resultado de sus elecciones, aunque sean peligrosas.

He aquí por qué el enfoque educativo de promoción de la salud no debe ser efectuado -para la autora-, nunca a un sólo nivel, sino de modo integrado, actuando al mismo tiempo en cinco niveles.

- 1.- *Información sanitaria*. Se trata de iniciativas temporales como campañas en los medios, congresos, conferencias, clases, etcétera, para dar nociones sobre argumentos específicos. La sola información sobre los comportamientos saludables es insuficiente porque, como todos saben, el conocimiento del bien no crea a hombres buenos. Hace falta identificar los factores causales sociales, culturales y emocionales que influyen en sentido positivo y negativo los comportamientos pertenecientes a la salud y actuar sobre ellos.
- 2.- *Prevención de los mecanismos de riesgo*: «No hacer esto para evitar aquello». Se parte generalmente de exhortaciones públicas alarmantes dadas por los periodistas y luego se pasa a informaciones entregadas por expertos para llegar finalmente a las de los docentes en las escuelas y los profesionales con sus pacientes. La fase más constructiva es aquella en que se educa hacia la *responsabilización* en un campo y se encuadra aquel comportamiento preventivo en un itinerario didáctico más amplio y articulado.
- 3.- Protección de la salud con la *legislación*.
- 4.- *Educación sanitaria*, a diferencia de la información ésta tiene que ser una actividad permanente, estable, escolástica o puesta al día; además debe ser tratada de modo inter y trans-disciplinario porque el concepto de salud no es mono-disciplinario.
- 5.- *Educación para la salud* es hija de la anterior; ella de modo positivo, enseña cómo promover aquellos comportamientos que aportan mejoras. El hombre sano es presentado como el que ha aprendido a aceptarse con sus límites, como el que sabe afrontar las dificultades como persona, como un protagonista de su vida, pero también como quien sabe compartir su camino con otros.
- 6.- *Educación sanitaria político-social*, variada, dependiendo de los niveles antes mencionados.

¿Cuál es la *metodología* de intervención en la educación sanitaria? Se parte de la *persona*, quien debe hacerse cargo de su salud en el contexto ordinario de vida familiar, cultural, económico y ecológico. También la bioética debería tratar principalmente las decisiones cotidianas concernientes al propio estilo de vida, bienestar y calidad de la vida (*bioética de lo cotidiano*) y no reducirse a los problemas urgentes y emergentes de frontera que, según la autora, crean fácilmente facciones y conflictos ideológicos. El objetivo de la bioética es crear una cultura de la vida y de la salud y eso debe ser hecho con todos y no sólo con los enfermos o con los grupos de riesgo.

Otros *temas educativos* de un programa de promoción de salud.

- 1.- La relación salud/enfermedad en la óptica de la biografía de la persona.

- 2.- La salud como "búsqueda" de equilibrios progresivos, como algo para construir y recomponer cada día la vida de modo diferente, adaptándose a los cambios.

Sobre el problema de cómo *educar a la responsabilidad* la respuesta es: ética.

La *ética de la responsabilidad* se propone asumir el deseo y educarlo para dejarse manejar por una conciencia autónoma basada en el valor de la «persona.» La ética es pues educación del deseo según ideas positivas y vitales.

En otras palabras, para favorecer la participación responsable, hace falta *augmentar la autoestima* de los hombres, la percepción subjetiva de la propia competencia. Así resultarán más fáciles las relaciones y serán capaces de manejar la propia salud.

Las metodologías de intervención preventiva y educativa de una programación a favor de la salud, no tienen que desperdiciar recursos con modalidades ocasionales e improvisadas o con actos que sólo sirven para taponar una emergencia, pero luego evolucionan con resultados frustrantes.

El éxito, según la opinión de la autora, depende de la coherencia entre las dimensiones ético-antropológica (el circuito cultural) y metodológica de intervención (el circuito operativo).

El paso más difícil de una pedagogía sanitaria es enseñar cómo favorecer una mayor responsabilidad y conciencia respecto de la propia salud y la ajena; aprender a tomar decisiones acerca de la salud: saber elegir entre varios comportamientos, los más aptos al mantenimiento de la salud relacional, única, integral y dinámica (RUID).

La autora propone como *metodología educativa* los pequeños grupos que permiten aprender de la experiencia del otro y de la comparación:

- 1.- Grupos con libre discusión o con discusión guiada.
- 2.- Grupos de análisis sobre estructuras sanitarias y servicios presentes.
- 3.- Grupos que diseñen materiales didácticos para la educación de la salud (folletos, póster, foto, cantos, artículos, historias, etcétera).
- 4.- Grupos de animación (teatro, música, cine, aventura), para permitir la auto-observación del propio comportamiento.

Educar no es prescribir lo exterior, sino promover interpretaciones dentro de sí, o sea, saber superar el narcisismo infantil y la búsqueda de satisfacciones omnipotentes, tranquilizadoras, hacia la búsqueda de otros recursos, cambios, hacia nuevas creaciones, aunque eso comporta malestares, ansiedades e incertidumbres.

El educador de la salud es el que enseña que vivir es también saber confrontar el sufrimiento, la dificultad, el fracaso, el error, el límite, el conflicto, la enfermedad, la muerte, siendo un activo protagonista de la existencia.

Para hablar de salud no basta un saber convergente, aristotélico, basado en el pensamiento lógico, empírico, racional; eso vale para problemas limitados con datos y criterios fijos, en el cual a una pregunta corresponde una sola respuesta válida. En las realidades complejas y creativas como la salud humana, hace falta razonar con un saber divergente, basado en el pensamiento imaginario, simbólico, mitológico, en el cual las respuestas son múltiples, los datos variables, los criterios imprecisos, las soluciones imprevisibles, incognoscibles, indeterminadas.

El primero, es un saber que se detiene en el "qué" objetivo de la ciencia, sólo necesita memorizarlo, y se obtiene la seguridad.

El segundo, es un saber que va más allá para llegar a un "qué" diferente, más incierto, más riesgoso, pero más comprensivo de la realidad humana que es infinita, un saber, por tanto, más humano y humanizante.

El tema que concluye un proyecto de educación sanitaria trata una cuestión abierta: *¿con qué criterios valorar una intervención de promoción de la salud?* Una valoración con formularios:

- Produce una memorización intelectual de datos sobre comportamientos útiles y dañinos y no valora el aprendizaje y la interiorización de éstos o actitudes nuevas y saludables.
- Además, muestra los efectos, a corto plazo, del programa de promoción de la salud y no aquellos a largo plazo. *¿Para qué sirve mejorar la salud sólo por un breve período?*
- Por fin, las preguntas hechas con una expectativa falsean las respuestas.

Cairo propone dos alternativas: valoraciones *por objetivos* (a través del uso de datos cuantitativos analizar los cambios objetivos conseguidos a nivel de salud física) y *por procesos* (valorar por coloquios, experiencias, afectos, símbolos de otros niveles de salud y su futuro). Ambas posibilidades tienen límites. Se habla hoy de VPQ (verificación y previsión de calidad).

La valoración de un programa para promover la salud a largo plazo es de difícil realización.

¿Qué valorar? ¿Cuál salud? ¿Cómo aislar los efectos de salud debidos a las distintas intervenciones? ¿Cuándo valorarla para tener datos a largo plazo? ¿Con quién valorarla en un discurso interdisciplinario? ¿Qué terminología usar? ¿Cuáles procedimientos?

Sin embargo, todo esto es todavía un discurso abierto a la búsqueda, pero indudablemente útil para una humanización de las estrategias de cura.

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA⁹

Otro texto, escrito por varios autores, introduce un argumento de gran interés: la educación de la persona enferma, sobre todo en patologías crónicas, acerca de sus necesidades, el modo de manejarlas (*coping*), la manera de conducir sus terapias, las reagudizaciones de la misma enfermedad y las complicaciones, son el argumento de la "Educación terapéutica."

Con tal disciplina, se ha superado la fase de la «información biomédica» del paciente sobre su dolencia, o del diagnóstico y terapia corregidas sin implicación del enfermo, o de la comunicación entre dos (médico y paciente), de la acción sólo en el hospital. La educación terapéutica enseña que no basta con "informar" sino sirve "dar competencia" a los afectados para que sepan convivir con su sufrimiento, por medio de cursos a grupos de pacientes con patologías parecidas (en la institución o dentro de su territorio).

Si se quiere que una persona colabore a la cura, que se haga cargo de su salud, que sepa administrar su capital, que sea éticamente autónoma en la gestión de la enfermedad y responsable y madura en el diálogo con el médico, hace falta educarla. De aquí el nacimiento de proyectos de educación terapéutica y también de asociaciones de pacientes en centros sanitarios y dentro del territorio, por grupos homogéneos de enfermos.

Desde los años '70, pero con un incremento en los años '90, tal disciplina casi ha alcanzado a todos los países norteamericanos y europeos, recibiendo apoyos financieros y legislativos. Entre los derechos del paciente se ha reconocido el derecho a la educación, el papel indiscutible de ella en la función terapéutica; se ha visto en Gran Bretaña que la pedagogía sanitaria contiene el gasto en este ámbito y reduce las complicaciones; se ha introducido en Francia la educación terapéutica como uno de los criterios de calidad para las acreditaciones hospitalarias, se ha visto que sin educación siempre será difícil crear la confianza del enfermo en el médico (65% de los pacientes en Europa deniegan su parecer y cada vez son más numerosas las demandas judiciales hechas a sus médicos); será cada vez más complejo aumentar la *adherencia* del paciente (del 30 a 80% de ellos no siguen la terapia crónica de modo adecuado) y será imposible motivar a algunos enfermos crónicos a cuidarse. Sólo un proyecto educativo permitirá alcanzar tales objetivos.

La más interesante potencialidad de la educación terapéutica es integrar y adaptar el mensaje que se quiere enseñar a la U-realidad¹⁰ del paciente, a

⁹ ROSSATO E., RIGOLI A.M., BOFFO G., BONADMAN L., MARCOLONGO R., *Educazione terapéutica, una risorsa per malati e curanti*, ISFOS Regione Veneto, Marsilio, Venezia 2001.

¹⁰ "U" está por um que en alemán significa: propio.

sus representaciones, a su visión de lo real. Por ejemplo, proponer hoy un régimen a un grupo de jóvenes, de alto nivel cultural y que está acostumbrado a evitar comidas nocivas, provoca una modificación del comportamiento de modo duradero; en cambio proponer el mismo régimen a ancianos, generalmente con bajo nivel cultural y acostumbrados a buenas recetas, a la variedad y a las cantidades notables de comida, a menudo es inútil.

Las estrategias que la pedagogía propone para manejar la propia enfermedad, están asociadas a la idea que el enfermo ya tiene de ella, y de la carga afectiva que le provoca, de la vivencia del paciente, de las expectativas y de la relación que tiene con su médico. Si la información no tiene en cuenta todo eso, es olvidada o transformada. Pues la educación terapéutica sabe integrar el mensaje en el núcleo central del enfermo, lo que da sentido al todo. No basta con "decir claramente las cosas", sino apoyarlas en aquello a lo cual el paciente da valor. El médico, el enfermero, el psicólogo, el dietista, el fisioterapeuta, el asistente social, son invitados a pasar de sanadores-informadores (centrados sobre la enfermedad) a sanadores-formadores, (centrados sobre la persona enferma y sobre sus potencialidades de realizar actos de cura). En esto reside toda la actualidad de tal disciplina para la humanización del mundo de la salud y para que la persona sea central en el sistema sanitario. Se trata, de un modo práctico, de formar el equipo para promover la salud, mejorar la relación operador-paciente¹¹ y desarrollar principios éticos y deontológicos de autonomía, de humanización de la relación que, de lo contrario, se queda en la teoría¹². Jaspers, médico filósofo, afirma que el nacimiento de la psicoterapia ha dependido de la deshumanización de la clínica médica y que la tecnologización ha despersonalizado la cura; he aquí la pedagogía en forma de proyecto, propuesta como una posible recuperación de tales pérdidas, en síntesis, para una humanización de la medicina.

Se han realizado ya numerosas experiencias exitosas de educación terapéutica en el enfermo crónico¹³ con los cardiópatas, los diabéticos y con los pacientes ancianos.

Con la oportunidad de la educación terapéutica en los proyectos regionales, nacionales e internacionales (OMS), la enfermedad podrá transformarse en una ocasión de crecimiento y sanación a nivel biográfico (RUID).

¹¹ *Ibíd.*, (escribe Elisa Rossato) pp. 45-47.

¹² *Ibíd.*, (escribe Erminio Gius) pp. 53-62.

¹³ *Ibíd.*, pp. 72-101.

SOCIOLOGÍA SANITARIA Y HUMANIZACIÓN¹⁴

La sociología puede ser definida como el trabajo de reflexión que la sociedad cumple para conocerse a sí misma (Alaine Touraine). Su objetivo es descubrir las relaciones sociales tras los comportamientos de masa, descubrir los juegos de poder que conducen los cambios sociales o mantienen las situaciones sociales estáticas¹⁵. La sociología se transforma por tanto en un instrumento de acción social (A. Comte), en "algo para hacer" más que "para interpretar teóricamente", y en ningún caso es la descripción fría y objetiva de fenómenos sociales. Por esto, en cada régimen político totalitario, la primera facultad en ser abolida es la sociología.

La «sociología médica» es aquella rama de la sociología que se ha ocupado y se ocupa de estudiar la difusión epidemiológica de las enfermedades y las características de las estructuras sanitarias. Ella no influye la humanización del mundo de la salud y, por lo tanto, no la trataremos.

La "sociología sanitaria", nacida hace sólo 20 años, en cambio, estudia principalmente el fenómeno "salud y curación": (qué produce salud, qué la promueve y previene la enfermedad), se preocupa de problematizar las causas integrales de las distintas patologías¹⁶. Por esto, dicha disciplina es humanizante y lo hace a través de sus denuncias, críticas, poner al desnudo "las condiciones patológicas y patógenas propiciadas por la lógica del provecho y de la explotación"¹⁷. La sociología sanitaria tiene una visión conjunta de los fenómenos sanitarios que raramente se ven en otras áreas. El sociólogo Achille Ardigò, por ejemplo, pone como causas de la enfermedad, sobre las cuales actuar, cinco polos de referencia: 1, la naturaleza externa o entorno ecológico, 2, la naturaleza interior o cuerpo físico, 3, el sistema social con su aparato sanitario asistencial, 4, el sí mismo o la psique, la reactividad, la experiencia del individuo, 5, los mundos vitales o sea las relaciones significativas del sujeto. Si en un proyecto de reforma sanitaria se tienen en cuenta estas cinco dimensiones, se está adaptando a la cultura del mundo de la salud, de la cura, de la medicina y del enfermo.

¹⁴ Cf. POLICANTE G., *Sociologia sanitaria*, en CINA' G., LOCCIE., ROCCHETTA C., SANDRIN L., *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Ed. Camilliane, Torino 1997, pp. 1159-1164.

¹⁵ Alaine Touraine, sociólogo francés, afirma que la tarea del sociólogo es revelar el poder y criticarlo, tras la positividad del orden; la sociología reniega, por tanto, todas las ideologías, las reglas inatacables y metasociales construidas para crear autoridad ficticia.

¹⁶ *Ibidem*, p. 1159.

¹⁷ *Ibidem*, p. 1160.

Sociólogos que están trabajando expresamente en el sentido de la humanización son aquellos¹⁸ abiertos a las dimensiones relacional, personal, integral (bio-psíco-espiritual), dinámica (existencial), que reactivan los canales de comunicación entre personal sanitario y usuarios de la cura, hablan de significados de la enfermedad, de respeto y valorización del enfermo, de empatía, de responsabilidad como categorías sociológicas¹⁹. Humanizante es también pasar de los análisis de macro-estructuras, macro-economía a las microestructuras, es decir a la vida de los protagonistas del mundo de la salud, a las relaciones interpersonales e intrapersonales, a los tribunales de los derechos del paciente, a los comités de ética.

En cambio, es deshumanizante la sociología de Talcott Parson, sociólogo americano, que habló del enfermo como objeto pasivo en las manos del médico y en total dependencia; también deshumanizantes son aquellas sociologías empresariales que ven la salud como mercancía, como empresa, los enfermos están a merced de un juego en que el factor determinante es económico y puede conseguir más, quien más posea poder comercial.

La sociología sanitaria, escribe Germano Policante, sociólogo camiliano²⁰, tiene como desafío hoy, ir más allá de las preguntas de eficacia de las curas y proponer preguntas y estrategias concretas para transformar el hospital en un lugar de humanidad y atención hacia una persona que sufre.

EJEMPLOS DE HUMANIZACIÓN SOCIOLOGICA DE LA INTERVENCIÓN SANITARIA²¹

*E.R. Ortigosa*²². Analizando los cambios culturales, sociales, éticos y científicos que han incidido en estas últimas décadas en el fenómeno salud y enfermedad, (¿Qué significa estar bien o mal? ¿Quién es el enfermo? ¿Qué importancia tiene su cuerpo?), Ortigosa propone una estrategia humanizante, basada en un cambio de actitudes hacia pacientes y agentes de la salud: la *relación* entre ellos.

Concentrarse en la *relación*, para el autor, no es una fuga de los grandes problemas de la salud, sino la clave de lectura crítica para re proyectar el sistema sanitario entero. En efecto, se ven pacientes con expectativas y pretensiones irreales sobre la medicina que llegan a la angustia por no lograr alcanzar

¹⁸ Se piense a Franco Basaglia, Ranci Ortigosa, Achille Ardigò, ecc.

¹⁹ *Ibidem*, p. 1163.

²⁰ *Ibidem*, p. 1164.

²¹ AA.VV., *L'umanizzazione dell'intervento sanitario*, Ed. Franco Angeli, Milano 1991, pp. 29-86.

²² *Ibidem*, pp. 29-38.

tales fines y agentes de la salud que, delante de tales pretensiones absurdas, se sienten impotentes, frustrados y se separan del enfermo creando un clima cada vez más inhumano en medicina. Por esto, la humanización solicita un cambio en las "relaciones".

Si se proyecta la instauración de nuevas relaciones, basadas en la antropología y se trata al enfermo como un todo (un sistema personal), un equilibrio histórico (subjetivo e irreplicable) y no como objeto de lógicas burocráticas (acciones formales), de lógicas empresariales, ya la humanización avanzaría. Lo mismo se puede conseguir si se mira y valoriza la competencia del profesional de la salud. Y aún más si se activan y mantienen entre agentes sanitarios y pacientes, relaciones significativas psico-espirituales que ofrecen sentido, ayudan al enfermo a tener una imagen positiva de sí, un equilibrio psicofísico que le evite el repliegue sobre sí mismo y que finalmente pone en marcha los recursos del agente sanitario para servir al paciente con la ayuda de él mismo. Un servicio con relaciones sanas entre profesionales, organizaciones y agentes sanitarios con los propios enfermos, se refleja en una mejoría del clima humano del hospital o del lugar de cura.

*Marco Vannotti*²³. Sobre la misma línea de Ortigosa, Vannotti propone para la humanización un replanteamiento de las *relaciones intrasanitarias*. Si el médico se siente no apreciado, visto con desconfianza y crítica, es normal que se desmotive, trabaje con victimismo, estrés, poca eficiencia y trate a los pacientes como "casos clínicos". Si en cambio recibe consideración y confianza, es apreciado por los enfermos y la autoridad, se siente útil, libre de hacer. Por consiguiente, él puede remotivarse, estar más propicio a humanizar el ambiente de trabajo y a ofrecer prestaciones humanas.

La causa verdadera de esta deshumanización, para Vannotti, es el mito de la medicina omnipotente que cree poder eliminar la enfermedad de la vida. El paciente no está nunca satisfecho, le parece que no están haciendo bastante por él; sus ansiedades, miedos, largas esperas las transforma en acusaciones al agente de salud (por incompetente) y a los servicios (por desorganizados e ineficientes). Pero en realidad, ésta es la fachada de un problema cultural más profundo que encuentra su solución en reorganizar fines y expectativas de la medicina.

*Barrie Simmons*²⁴. Este tercer autor propone, yendo más allá, una solución sociológica microestructural: devolver un *significado a la enfermedad*. Partiendo de los descubrimientos de la física cuántica (que ha reemplazado la sustancia material con modelos y dinámicas en continuo cambio y en continua

²³ Ibidem, pp. 80-86.

²⁴ Ibidem, pp. 63-70.

danza de energía), el autor prefigura una medicina del futuro que actúa sobre los sentidos de la enfermedad. Ella se transforma en un acontecimiento biográfico en que el individuo:

- Se ubica cada vez más, reencuentra el centro de su existencia, desarrolla su personalidad de modo unificado.
- Paga las deudas hacia la vida, reconociendo las varias mentiras que ha construido alrededor de su yo.
- Despierta sus capacidades de comunicar y de reencontrar las causas profundas del yo.

El médico con tal fundamento hermenéutico sirve al principio como servicio de urgencias para superar la crisis, pero luego es el paciente el que toma en las manos su enfermedad, como un aspecto de su vida que lo va llevando hacia su liberación, que no es necesariamente su salud física.

*Chester Barnard*²⁵. Desarrolla un análisis sociológico del proceso sanitario de deshumanización y hace propuestas humanizantes, de modo mucho más extenso y complejo. La deshumanización en salud, a su juicio, es un problema que se hace cada vez más evidente por algunas *paradojas culturales*:

- Mientras por un lado crece el bienestar material de los pueblos ricos, al mismo tiempo disminuyen sus valores éticos, espirituales, el respeto a su dignidad y totalidad, fisio-psico-espiritual.
- Si bien, por una parte aumentan las capacidades económicas, la competitividad y la calidad de los servicios en medicina, por otra, se pierde la capacidad de la población de recibir tales servicios.
- En general se observa que a mayor especialización y mejor pagado es un profesional, se le ve más frío e inhumano. En cambio, cuanto menos calificado y retribuido es un agente sanitario, más solidaridad y clima humano ofrece a los pacientes.
- A mayor aumento de progresos tecnológicos médicos para algunos tipos de enfermedades, más se incrementan otros tipos de enfermedades para las que no hay respuestas médicas (tumores, enfermedades crónico-degenerativas, padecimientos psíquicos...).
- Mientras más crecen los costes de los tratamientos, más se buscan los mismos servicios al menor costo.

Después del análisis, Barnard aconseja para solucionar tales paradojas y rehumanizar la salud, cambiar el fundamento del pensamiento: no, a una medicina sólo tecnológica, restrictiva, y sí a una medicina más integral.

²⁵ *Ibidem*, pp. 39-62.

Ejemplo práctico: de la medicina tecnológica (que promete dar vida sin malestares y añadir años con técnicas cada vez más nuevas y más caras) nace la pregunta: “¿Cuántos servicios añadir para recobrar mi salud?”. Desde la medicina integral, que ayuda a proveer sólo lo que está disponible, pero con más calidad de prestaciones, cambia la pregunta: “¿Qué causas de los problemas puedo abordar?” “¿Cómo disminuir las intervenciones caras y tecnológicas no indispensables y aumentar aquellas primarias y preventivas?”.

Para una humanización de este tipo, es necesaria una formación diferente de los agentes sanitarios, basada no sólo en la tecnología (formando técnicos), sino también sobre la *responsabilidad hacia la salud global del enfermo*, de manera que se pueda usar la tecnología para favorecer la humanización y no para crear antítesis artificiales entre técnica y valores de la asistencia. Humanizar la salud, en conclusión, para Barnard y su teoría sociológica, es ayudar a los países a desarrollar el propio potencial de salud, con servicios a los cuales todos puedan acceder y redescubrir la integralidad “de la medicina con respeto de un sujeto enfermo, pareja de un proceso de cuidado”. Así, el concepto de humanización de la salud presentado por la OMS, en el '70 y '77, de Alma Ata en el '78 y de Ottawa en el '88, se podría convertir en realidad.

BIOÉTICA Y HUMANIZACIÓN²⁶

El bioético Elio Sgreccia, en su manual, ve el asunto de la humanización en medicina bajo tres aspectos: el primero, en cuanto a las relaciones humanas; el segundo, acerca de la integración de las HHMM en las facultades médicas y el tercero, sobre el respeto de la persona y su dignidad, vinculada a su espiritualidad e inmortalidad²⁷. Trabajar en bioética para la humanización de la salud, significa por tanto, actuar a estos tres niveles.

Sin embargo, el término «humanización», si en apariencia suscita consentimiento, porque parece ayudar a la medicina a convertirse en “buena medicina” -crear relaciones sanas, integrar significados humanos y añadir el respeto-, en realidad es ambiguo, entendido en el mundo de la salud, a veces,

²⁶ Cf. SPINSANTI S., *Etica della vita e intervento sanitario*, in AA.VV., *L'umanizzazione dell'intervento sanitario*, Ed. Franco Angeli, Milano 1991, pp. 71-80.

²⁷ Cf. SGRECCIA E., *Manuale di bioetica, I Fondamenti ed etica biomedica, Vita e Pensiero, Milano 1994*, pp. 123-4.

como hacer moralismo y originar sentidos de culpa, como escribe Sandro Spinsanti, antropólogo de la medicina y bioético; es como si se acusara a los agentes sanitarios, universitarios y políticos de crear y mantener una salud inhumana.

Hablar de humanización hoy se entiende como una crítica explícita de este tipo: *"no ponen corazón en lo que hacen, no tienen motivaciones altruistas, sólo actúan por interés, no son buenos samaritanos para los enfermos, no lo hacen por vocación, sino como trabajo forzado"*. Y escuchar frases como éstas crea, naturalmente, defensas y contra-acusaciones y no humanización.

Otras veces, se habla en una forma crítica más suave, exhortatoria, diciendo *«tienen que humanizar el hospital, seguir los ideales y modelos más altos de santidad hacia los pacientes»*, pero luego a la cabecera de los enfermos, en el estrés del mundo de la salud no hay quien hable así. Quien se hace maestro, a menudo es el que carga a los otros con pesos que él nunca tampoco logra cargar (cf. Lc 11,46). De estas críticas disfrazadas no se sabe cómo defenderse y generalmente son modelos demasiado altos para ser alcanzados y puestos en práctica.

¿Cuál es pues el camino bioético, las elecciones, para alcanzar la humanización del mundo de la salud? Spinsanti propone tres caminos: el primero, epistemológico, la recuperación de las ciencias humanas en medicina; el segundo, antropológico, la recuperación del hombre como totalidad; el tercero, específicamente ético: una bioética del futuro.

- 1.- *La recuperación de las ciencias humanas* que ven al hombre en lo que lo diferencia del animal, su subjetividad, su historicidad cultural, su psicología y espiritualidad.
- 2.- *La recuperación del hombre como totalidad*, un ser humano entero, natural y divino. La ética (¿qué hacer?) sigue siempre una antropología (¿qué ser?); de una antropología de bajo nivel nace una ética de bajo nivel y viceversa.
- 3.- *La bioética del futuro*. La bioética nació en los años '70 como señal de alarma: abrir los ojos sobre los peligros de la tecnología médica; fue una bioética de barrera, de defensa, centinela sobre la frontera de los derechos humanos y de la vida. En los años '90 se ha transformado en una bioética que favorecía el crecimiento de conciencia para volverse más humanos, para cambiar la actitud hacia la vida y la salud. Se trata de la así llamada *"bioética de lo cotidiano"* que ayuda al hombre a vivir las elecciones concretas de cada día en su relación con los enfermos, los colegas, el mundo tecnológico y aquel del sufrimiento y de la muerte.

Spinsanti concluye con una definición de humanización muy interesante, porque pone juntas la ética, la antropología y la teología. *La humanización es esperar la autorrealización espiritual (teología), la promoción alegre de la vida (ética), bajo la señal de la imperfección dentro del horizonte de la llamada a la plenitud (antropología).*

EFFECTO DE LA AUSENCIA DE LAS CIENCIAS HUMANAS EN EL DISCURSO MÉDICO

El sentido de la salud en ausencia de sólidas ciencias humanas, oscila entre dos ideologías opuestas, una en expansión (la salud como ídolo) y la otra en extinción (el dolor como ídolo), ambas inútiles para ayudar al hombre enfermo.

LA SALUD COMO FIN DE LA VIDA

La salud, vista aquí como bienestar físico, psíquico y social, es el fin último de la vida, el todo, lo indispensable; la misma vida se centra cada vez más sobre el "sentirse bien."

Un ejemplo de tal interpretación es el Prozac® (Fluoxetina) introducido en el mercado en los EE.UU. en 1987. Fue anunciado en textos de divulgación²⁸, periódicos y dibujos animados, como capaz de tratar la depresión, desórdenes obsesivo-compulsivos, ansiedad, déficit de atención, malestar, etcétera. El Prozac®, en los clásicos métodos de publicidad televisiva americanos, basados en los testimonios directos, prometía la transformación completa de la vida misma, la eliminación de cada sufrimiento mental o límite psicológico (timidez, rigidez) en los procesos relacionales y la mejoría de la confianza en uno mismo, de la autoestima y de la energía mental. El Prozac®, según su

²⁸ Cf. KRAMER P., Listening to Prozac: a psychiatrist explores antidepressant drugs and the remaking of the self, Viking, New York 1993. Cf. BARONDES S.H., Thinking about Prozac, in "Science", 1994, 263, pp. 1102-1103. Cf. ELFENBEIN D. (Ed.), Living with Prozac and other selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), personal accounts of life on antidepressants, Harper San Francisco, New York 1995. Cf. GRAHM B., Meditating on Prozac, in "Common Boundary", sett.-ott. 1994, pp. 24-30. Cf. NORDEN M.J., Beyond Prozac: brain-toxic lifestyles, natural antidotes and new generation antidepressant, Harper-Collins, New York 1995. A pesar de tantos textos de divulgación el problema de la psicofarmacología cosmética es, hasta hoy, según la opinión de muchos ilustres psiquiatras, raramente tratado en revistas especializadas y totalmente ausente en los manuales de ética. Cf. ROTHMAN D.J., Shiny, happy people: the problem with «cosmetic psychopharmacology» en "New Republic", 14 feb. 1994, 210 (7), pp. 34-38.

partidario más entusiasta, Peter Kramer, periodista, no actuaba sólo sobre los síntomas, actuaba sobre el "yo" de la persona; regalaba, al costo de pocos dólares y algún efecto colateral, "el yo real", "el auténtico yo", "el yo biológicamente determinado sin los condicionamientos experienciales." ¿Si con el Prozac® en dos o tres semanas se puede exhibir «carisma, ánimo, carácter y competencia social" y "sentirse uno mismo", por qué renunciar a ello? se preguntan los pacientes, ¿Por qué gastar años y dinero en la psicoterapia, en tener que pensar fatigosamente sobre uno, si el mismo resultado puede ser conseguido con unas pocas píldoras?

Tras el éxito del Prozac® la cultura y la antropología del occidente «civilizado» se muestran como son: cultura individualista, del placer, materialista, cultura y ciencia al servicio de la economía y del éxito. El Prozac® ofrece la realización fácil de todos los "valores" de esta cultura, he aquí por qué es llamado la "quintaesencia del fármaco americano" o la "tecnología espiritual". El Prozac® es un "adecuado redentor", dice Kramer, entendiéndolo por redención la promoción del éxito individual o "auto realización" sin el deber de combatir y sufrir como los otros para conquistarlo. Dar al enfermo y al sano lo que quiere (armas o fármacos), es considerado "natural y legítimo" en el mercado americano, pero ¿Hasta dónde se lanzará la farmacología "cosmética"? ¿La cirugía cosmética? ¿La endocrinología y la genética cosmética? Todas estas son preguntas éticas que tienen profundas repercusiones antropológicas y, quizás, sociales y políticas como las han tenido en el pasado²⁹.

Las reflexiones del filósofo Mario Bizzotto, camiliano, sobre "El Fármaco como testigo de una concepción del mundo"³⁰ son útiles para comprender mejor el modo con que se usa hoy el medicamento; sin la ayuda de las HHMM, se recurre a ello ante la más mínima señal de incomodidad, cuando aparece una molestia, usarlo de modo automático, fácil, acrítico. Esto habla de un *debilitamiento de la psique del hombre contemporáneo: incapaz de sufrir y morir y por tanto también de vivir y convivir*, habla de "una debilitación o hasta aturdimiento de los sentidos"; habla a toda costa de "una voluntad de felicidad", también a costa de perder el enganche con las cosas más verdaderas. El apego al placer es "más fuerte que la adherencia a la realidad"; en síntesis, los fármacos sintomáticos usados de modo fácil revelan al hombre incapaz de aceptarse con esos mismos límites. El fármaco sintomático a disposición de todos, sin límites, refleja no sólo una antropología materialista, hedonista, utilitarista, sino que - dice Bizzotto, refiriéndose a L. Kolakowski -

²⁹ Famoso el rol político y social que tenían en la antigua Roma los así dichos: "panem et circenses".

³⁰ Cf. BIZZOTTO M., Il grido di Giobbe. L'uomo, la malattia, il dolore nella cultura contemporanea, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1995, pp. 64-66.

“tiene una incidencia en la misma visión de la vida”, una vida que se quiere ver como “una especie de paraíso, donde no hay cabida para ningún extravío y a todos es dado un gozo tranquilo de sus bienes”. Una vida en la que se pretende que sólo reinen los éxitos, el placer, la serenidad. En la práctica, tal uso favorece la huida de la realidad hacia una vida de sueño. El fármaco sintomático, si es percibido y usado pasivamente amenaza agravar las debilidades psicológicas y biológicas y aquellas que más nos interesan, debilidades antropológicas y éticas. La fuga de cada sufrimiento por medio del fármaco sintomático elimina de la cultura antropológica y ética el elemento de la lucha, del esfuerzo, del empeño, del aprender de la vida, todas dimensiones esenciales al ser y al actuar del hombre-humano y esenciales a la cultura y a la medicina humana. Sin el enfrentamiento con el sufrimiento, el hombre considera vestigial y arcaicas la filosofía y la teología y pierde por completo el sentido y la verdad de la realidad³¹.

EL DOLOR COMO FIN DE LA VIDA

Cuando el dolor es visto como fin, se afirma que sólo del dolor nacen las grandes metas del hombre; es fuente de méritos, de expiaciones y el enfermo que sufre es el hombre auténtico porque busca el sentido real de la existencia, la esencia de la vida.

“Existe el serio peligro de presentar como sufrimiento cristiano formas desviadas y confinables dentro de lo morboso. Podemos catalogarles con el nombre genérico de “dolorismo”. Esta concepción no es exclusiva del cristianismo... la hallamos también en otras antropologías que, por motivos diferentes, atribuyen al dolor una función central en la vida del hombre”... “En algunas personas el sufrimiento ligado a enfermedades físicas o psíquicas crea reales regresiones psicológicas, convirtiéndose en el valor al que uno se agarra en función de compensación”³².

LUCHA Y ACEPTACIÓN REALISTA DEL SUFRIMIENTO

La actitud adecuada en relación a la salud y al sufrimiento alcanzable con las HHMM es *la lucha* contra el mal, favoreciendo *una aceptación* activa de la

³¹ Cf. MAGLIOZZI P., Psicofarmacología...op. cit., pp. 91-93.

³² SPINSANTI S., curare e prendersi cura, op. cit., p. 46.

enfermedad residual que (con los medios naturales y sobrenaturales) no se ha logrado suprimir. No es necesario enfocarse solamente en la abolición del síntoma residual, sino en la integración del mismo, para que deje en las manos del enfermo alguna huella del mensaje existencial que puede tener para él. La búsqueda de sentido, consigue que de la enfermedad/sufrimiento surja una posibilidad de crecimiento; el sentido de la misma enfermedad debe ser encontrado dentro de la misma experiencia, por un trabajo semántico-cultural. En otras palabras, el desafío es integrar a las ciencias de la naturaleza, las ciencias humanas y teológicas, para ir a una medicina más humana, más integral y también menos iatrogénica.

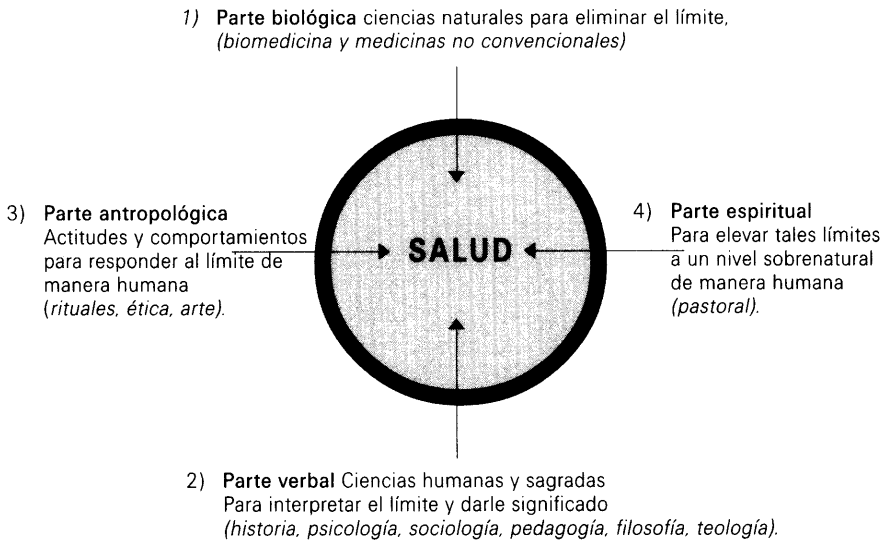
Los medios de que disponemos en Occidente para combatir la enfermedad son:

- 1.- Fármacos y cirugía (o biomedicina).
- 2.- Remedios alternativos (medicinas no convencionales).
- 3.- Palabras, para consolar y reflexionar sobre la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento a ella asociado (ciencias humanas).
- 4.- Mitos y rituales, para experimentar el sentido de la enfermedad en relación a sus orígenes ancestrales, expresado en gestos y símbolos (antropología cultural).
- 5.- Arte del bien sufrir (ética y moral).
- 6.- Presencia y acción sanante de la Iglesia en el mundo de la salud y del sufrimiento (pastoral).

Hoy se registra un vertiginoso crecimiento del elemento fármaco/cirugía y remedios médicos alternativos; han decaído en cambio los otros recursos. Una consecuencia de esto es el *empobrecimiento del sentido antropológico y espiritual de la enfermedad*. El fármaco, induce a pensar que la enfermedad es algo exterior a uno mismo, que uno se puede quitar la responsabilidad frente a ella, delegando al remedio la curación. Pero esto, no solamente disminuye la responsabilidad sobre la dolencia, sino también sobre la conservación de la salud, y puede ser, por lo tanto, causa de las propias enfermedades.

¿Qué significa salud en sentido antropológico (humanizado, RUID) con la ayuda de las HHMM?

Integrar elementos de *lucha*, de búsqueda de *sentido*, y *aceptación* de la enfermedad.



Capítulo IV.

LA DIMENSIÓN DE LA HISTORIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD (La persona en su relación temporal con la historia humana)

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de las HH.MM. la historia, y en particular la historia en el cuidado de la salud, tiene un interés particular para entender cómo humanizarlo.

El presente capítulo quiere mostrar cómo la medicina ha sido, desde su comienzo hasta nuestros días, un fenómeno biocultural, en el cual factores antropológico-culturales o acontecimientos históricos (guerras, epidemias, etc.) fueron determinantes en la manera de cuidar a los enfermos, más que la eficacia del tratamiento en sí mismo. Conocer o ser conscientes de estos factores históricos puede ser, por lo tanto, muy útil para plantear un cuidado más humano (ética y antropológicamente, socio y psicológicamente, espiritual y teológicamente); en síntesis, más relacionado a la verdad del hombre, tomando cierta distancia de los acontecimientos sociales transitorios que la determinan.

CASO SEMMELWEIS: LAS CURACIÓN DE LA FIEBRE EN VIENA DURANTE 1847¹

Para prevenir la fiebre puerperal, causa de alta mortalidad en el siglo XIX, Semmelweis, ginecólogo y profesor de la Universidad de Viena, propuso el lavado de las manos de los agentes sanitarios en el servicio de Obstetricia, con cloruro de cal. No sólo no se aceptó la propuesta de Semmelweis, sino que este médico perdió su trabajo. Esta historia puede ser analizada desde diversas perspectivas:

EL CASO SEMMELWEIS COMO LUCHA POR EL PROTAGONISMO

Se refiere al antagonismo entre seres humanos donde no triunfa la verdad, sino el poder. Semmelweis fue *combatido*, su teoría, *rechazada* y no se le renovó su cargo de *colaborador* en la Universidad de Viena. F.W. Scanzoni, el más eminente ginecólogo de Alemania, profesor en Wurzburg, atacó ferozmente a Semmelweis, quien, en respuesta, lo *ridiculizó*. Scanzoni, entonces, hizo que en 1859 el consejero imperial en un concurso público premiara el trabajo de H. Silberschmidt, que atacaba a Semmelweis. Éste último, polémicamente, respondió al consejero imperial para demostrarle de qué manera el premio había servido para *ensalzar* la falsedad y la estupidez². Semmelweis escribió también *en contra* de otros ginecólogos que no *compartían* su teoría. Para Zipfl, a quien se le *moría* una mujer cada dos días, Semmelweis afirmó que no era imaginable una pena suficiente. Volvió a Budapest y también aquí sufrió oposiciones. Semmelweis murió joven; pero antes escribió un libro con el que continuó dando su batalla por la "verdad"...

EL CASO SEMMELWEIS COMO HISTORIA DE LAS IDEAS

Cada enfoque clínico tiene un paradigma antropológico de base que explica la forma de acercarse al enfermo, escuchar su anamnesis, interpretar los

¹ Cf. ANTISERI D., Problemi-teorie-critiche: il metodo di lavoro del medico "razionale", en "L'Arco di Giano, rivista di Medical Humanities", 1994, 6, pp. 78-82.

² Así Semmelweis concluye la carta: "...y yo, señor consejero imperial, al fin de poder tal vez servir a la humanidad más desdichada quiero ponerle delante la cara un espejo, en que Usted puede guardarse y espantarse de sí mismo, si le he dado de verse por lo que es!", mientras a Scanzoni, Semmelweis escribió en el 1861: "Su doctrina de profesor está fundada sobre los cadáveres de las parturientas asesinadas por ignorancia... delante Dios y delante los hombres lo declaro un asesino".

datos de laboratorio y los éxitos de la terapéutica. Existen varios paradigmas. El EMPIRISMO implica creer en los hechos demostrables (pero éstos son sólo construcciones artificiales que tienen una interpretación que depende de las teorías; después de miles, de millones de confirmaciones basta un sólo hecho negativo, para destruir la teoría empírica). El RACIONALISMO implica el partir de la propia idea (teoría) para interpretar la experiencia. “Los hechos son ‘tontos’ y cambiantes sin las teorías; con las teorías se hacen inteligentes y hablan”, dice Nietzsche. El intérprete de los hechos los enfrenta siempre con precomprensiones y prejuicios (dentro de su contexto cultural y personal). Si la interpretación no funciona se busca otra, como plantea el modelo de Popper (problema de falsedad o error, nueva teoría, crítica y progreso).

EL CASO SEMMELWEIS COMO EJEMPLO DE DIVERSOS MODOS DE RAZONAR

- *Experimental.* Por una parte, la *teoría de la infección puerperal* causada por las manos contaminadas en la sala de autopsias y evitada por medio del lavado de éstas con cloruro de cal, fue una teoría experimentada y verificada; Semmelweis fue empírico y racional en su hipótesis; al contrario de las otras teorías “racionalistas”³ que nunca habían sido verificadas experimentalmente.
- *Emotivo.* Por otro lado, *los sentimientos de envidia y de orgullo*, la incapacidad de poner en discusión las propias ideas y reconocer los propios errores. El *error* es humano, no es un mal, sino el motor de la ciencia; el verdadero mal, causado por el *pánico del error*, es ocultarlo y persistir en él. El bien está en aprender de las equivocaciones y en buscarlas para eliminarlas. En medicina es imperioso desarrollar un sistema de estudio de ellas (un manual de errores)⁴ y un sistema para impedir su transmisión. El médico racional no es el que, para salvar su diagnóstico mata al paciente, sino el que, para salvar al paciente mata su diagnóstico⁵.

³ Las influencias atmosféricas-cósmico-telúricas, el gentío, los locales infestados, el miedo de las púérperas, las visitas mal hechas, la mala ventilación, las sábanas infectadas, las deficiencias en la dieta, el frío de los locales, la insuficiente contracción del útero en el puerperio, la posición del feto, la posición en cama de la parturiente [dorsal en vez de lateral] eran consideradas las causas de la sepsis puerperal.

⁴ Cf. KOHN L.T., CORRIGAN J.M., DONALDSON M.S. (Eds.). *To err is human*. Institute of Medicine, NAP: Washington D.C. 2004.

⁵ Claude Bernard escribía: “El escolástico considera su idea como verdad absoluta... mientras el experimentador, más modesto, considera su idea como un simple problema, como una interpretación... que confronta a cada instante con la realidad mediante el experimento...”.

COMENTARIO

La historia es *inútil*, desde un punto de vista antropológico y epistemológico, cuando se presenta como descripción ANALÍTICA de hechos o acontecimientos pasados (registro de nombres, fechas, títulos, descubrimientos) vistos con los *ojos del presente*, porque todo lo que no se relaciona a la medicina científica de hoy, se considera únicamente como curiosidad o prácticas anticuadas⁶. La historia en cambio es útil cuando nos enseña cómo el pasado ha abierto gradualmente la vía al presente en el ámbito científico.

La historia es *inútil* también, antropológicamente hablando, cuando se busca entender el espíritu y la filosofía de una época (un siglo aislado) con los *ojos del pasado*; comprender a un autor, leer un texto como lo habría hecho un contemporáneo de aquél escrito.

La historia es útil si se ve SINTÉTICA Y CRÍTICAMENTE, o bien si:

- Se buscan las causas y los vínculos entre los acontecimientos pasados, las regularidades en medicina, lo que se ha repetido como tendencia, o en una palabra, si se busca conocer el *desarrollo del espíritu humano*.
- Se busca entender las ideas filosóficas que subyacen a las *teorías*, las doctrinas y las ciencias aplicadas.
- Se enseña a *criticar*⁷ las opiniones, las doctrinas médicas, penetrar en profundidad los diferentes intentos históricos de encontrar diagnósticos y terapias.

La epistemología dirige la ciencia (crea las ideas, las teorías científicas); la ciencia realiza la historia. El que entiende la historia de la medicina, es el que sabe remontar, a través de la epistemología, y ver cómo las ideas culturales, sociales, económicas y biológicas del pasado han influido sobre los hechos de la medicina: los propiamente médicos (descubrimientos médicos) y los sociales (realidad de los enfermos).

Hoy la visión de la ciencia está tan dirigida al futuro, que parece inútil considerar la historia pasada. Sin embargo, si se quieren entender las ideas biomédicas de la actualidad, su sentido, su desarrollo, los métodos de progreso y los problemas médicos, se necesita mirar este flujo histórico, que es esencialmente la dimensión temporal de la vida del hombre.

⁶ La historia sería como un inventario divertido de las singularidades del pasado, de los detalles escabrosos y curiosidades prohibidas al profano.

⁷ Criticar no en el sentido de juzgar el pasado, sino de descubrir el sentido escondido de la historia, el orden que vincula los acontecimientos, la dirección de la evolución, en una palabra, ver también la historia de la medicina como una expresión de la sabiduría divina, como decía F. Puccinotti, famoso especialista en Historia de la Medicina.

He dedicado un capítulo entero a una sola de las HHMM, la Historia del cuidado de la salud, porque creo que conocerla será una clave interesante para dejar al desnudo las inhumanidades del pasado y hacer reflexionar sobre las del presente.

OCHO SABERES MÉDICOS ALTERADOS EN LOS ÚLTIMOS TRES SIGLOS EN ESTADOS UNIDOS⁸

La historia socio-sanitaria de los últimos tres siglos en los EE.UU. confirma cuanto ha sido dicho.

Medicina y cultura se cruzan; numerosos sistemas de saberes médicos se han sucedido como un proceso dialéctico entre dos paradigmas: el *profesional*, del reduccionismo en el cual el poder es todo del médico (línea de abajo en el siguiente gráfico) y el *holístico*, en el que le es dado más poder al enfermo (línea de arriba). Cada sistema de saber (o perspectiva médica o paradigma institucionalizado) parece engendrar primero las semillas del propio éxito y luego las de la propia autodestrucción. Se han alternado en los EE.UU. en tres siglos ocho distintos *modelos de medicina*, cada uno integrado y dependiente del sistema cultural vigente.

Doméstica Fin 1700	Thomsonina 1815	Homeo-pática 1850	De la salud pública 1960
Heroica 1800	Alopática 1848	Científica 1945	Empresarial 1980

MEDICINA DOMÉSTICA (SIGLO XVIII).

Es el tiempo que precede a la urbanización y a la revolución industrial; la mayoría de la población es rural. La visión del mundo es aquella del

⁸ Cf. CANT S., SHARMA U. (Eds), Complementary and alternative medicines. Knowledge in practice, Free Association Books, London (UK)-New York 1996. Cf. COHEN M.H., Complementary and alternative medicine: legal boundaries and regulatory perspectives, John Hopkins University Press, Baltimore 1998. Cf. GALEAZZI O. (Ed.), Medicina e storia. L'antimedicina e la diagnostica strumentale nella storia del pensiero medico, vol. 1, (actos del XXXI Congreso nacional de historia de la medicina, Ancona e Senigallia 22-25 sept. 1983), Il Lavoro Editoriale, Ancona-Bologna 1986. Cf. LYNG S., Holistic health and biomedical medicine: a countersystem analysis, State University of New York Press, Albany 1990.

“vivir con y en la naturaleza”. Salud y enfermedad son vistas como algo natural; uno se deja sanar por la naturaleza, asistiéndola y removiendo las causas de la afección. Hay una actitud de desconfianza hacia los médicos - autosuficiencia del paciente al administrar su salud - mercado de autosanación (manuales de difusión de medicina, normas prácticas de prevención: dieta, limpieza, ejercicio).

Se reconoce un rol a la acción colectiva sobre la salud pública y a las influencias de los factores psicológicos sobre la propia salud.

Límite: ante enfermedades agudas o graves, la población no se encuentra preparada, faltando los instrumentos teórico-prácticos para enfrentarlas.

MEDICINA HEROICA (COMIENZOS DEL SIGLO XIX).

Es el período que sigue a la revolución francesa, tiempo de desorden. Empieza la época industrial. Nueva mentalidad: la ciencia puede dominar la naturaleza y guiarla hacia sus fines. Se convence al público que, siendo el cuerpo una máquina, no puede sanar sin una intervención decidida y radical. Medicina “Heroica”, por lo tanto, porque el hombre tiene el poder de guiar la naturaleza imponiéndose a ella; al centro está la figura del médico profesional, el poder pasa al médico.

Principios de base:

- La enfermedad está constituida por síntomas: eliminar el síntoma significa actuar sobre la enfermedad.
- Los medios son “heroicos”: sangrías frecuentes, diuréticos, purgas, eméticos, cirugía, todo efectuado con modalidad mecánica invasora o farmacológica radical.

Límite: es una medicina cruel en los procedimientos terapéuticos: se efectúan intervenciones invasoras y cruentas.

MEDICINA THOMSONIANA (PRIMERA MITAD DEL SIGLO XIX)

Políticamente, es el período en que han empezado las luchas por la democracia y hay un intento social y político de hacer volver el poder a manos del pueblo; así también la medicina vuelve a manos del paciente. Hay por lo tanto, un regreso al holismo. Samuel Thomson es un agricultor de New Hampshire; escribe un manual de herbolaria (botánica aplicada a la medicina) y funda un sistema que cobra notable éxito en el sur y en el oeste de los Estados Unidos

(accesible a todos para el auto-cuidado). La medicina pasa nuevamente a las manos de la población.

Límite: falta una identidad precisa; tal medicina es sólo una moda, un fenómeno de masas fundado sobre la publicidad. La identidad está basada en el conflicto con el sistema anterior. Cuando los thomsonianos empiezan el estudio de la anatomía y de la fisiología, se destruye esta medicina y se pasa nuevamente al reduccionismo.

MEDICINA ALOPÁTICA (MEDIADOS DEL SIGLO XIX)

El período socio cultural alrededor de 1848 estuvo caracterizado por las guerras de independencia, luchas por el feminismo y reivindicaciones de los sindicatos de obreros.

Prevalece también en medicina un clima violento, la burocracia, la educación formal (títulos de estudio, especializaciones, etc.), el estudio positivista de las enfermedades. Objetivo: eliminar el síntoma, pero en modo menos cruento que en la *medicina heroica*. De aquí los remedios sintomáticos y los "anti..." (antipirético, antimalárico, antiepiléctico, antidiarreico, antiácido, etc.). Esto favorece la acogida de este tipo de medicina y el consentimiento popular, ya que buena parte de la población trabaja fuera de casa -también las mujeres- el enfermo es llevado y cuidado en el hospital cada vez con más facilidad.

Se trata de una medicina preponderantemente sintomática, que tiende a la eliminación del síntoma.

Límite: reduccionismo antropológico; las terapéuticas farmacológicas son todavía agresivas, sintomáticas y anónimas.

MEDICINA HOMEOPÁTICA (SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX)

Llegando de Alemania, se desarrolla en los EE.UU. durante las revoluciones liberales, cuando se afirman los derechos del individuo y se refuerza la clase burguesa; se insertó bien en este contexto socio-cultural porque se suponía una terapéutica fundada sobre la persona. Es una medicina integral y se funda sobre remedios personalizados, que actúan sobre la *fuera vital* del sujeto. Dirigida prioritariamente a las clases más altas y más cultas, fue apoyada por éstas. Fundada también sobre el contraste semántico con la alopátia, tendrá que defenderse de los ataques de charlatanería y esto la reforzará, dándole unidad a lo interno.

Límite: al final del siglo XIX se entra en el período positivista y tecnológico donde los principios vitalistas no son ya reconocidos; aparecen sistemas alopáticos cada vez más potentes; además intervienen motivos sociales: aumento de los conflictos internos (distintas escuelas homeopáticas, confusión en cuanto a la identidad de la homeopatía), disminución de los conflictos exteriores, la entrega a los homeópatas (de parte de algún médico alópata) de los casos más difíciles no sanables con ninguna medicina y entrada en la práctica homeopática de muchos charlatanes. Pero la verdadera causa de su decaimiento en EE.UU. al comienzo del siglo XX fue debida a leyes estatales en contra de la homeopatía empujadas por la AMA (*American Medical Association*), institución nacida en el 1846.

MEDICINA CIENTÍFICA (MITAD DEL SIGLO XX)

Es el período que va después de las dos guerras mundiales. El hombre pierde confianza en el hombre. La tecnología avanza como siempre después de una guerra, la economía crece en importancia. Aumenta la tendencia al individualismo; disminuyen las relaciones primarias (yo-tú) y se incrementan aquellas secundarias (yo-ello). La relación entre agente sanitario-paciente se hace rápida, funcional, especializada, interesada económicamente y privada de implicación emotiva.

Esta medicina reduccionista es favorecida además por el ambiente universitario cada vez más analítico, concentrado sobre el "particular": se crean las especializaciones; aumentan los cursos y las áreas de investigación. Se comienza a perder de vista la totalidad de la persona, enfocando en las partes de los fenómenos. Las ventajas son múltiples, tanto económica como políticamente.

Límite: Trato humanamente frío; en mucha patología crónica, psicosomática, tumoral y degenerativa los tratamientos quirúrgicos y farmacológicos se revelan ineficaces; los efectos colaterales de los remedios y las iatrogenesis hacen su aparición.

MEDICINA DE LA SALUD PÚBLICA (MÁXIMO DESARROLLO:1960-1980)

Se sitúa en el período de ataque-industrial, en el *boom* económico, en el "estado de bienestar" social que se funda en satisfacer todas las necesidades de la población.

Se delinea la figura del médico que conoce al paciente y a su familia y se comienza a disponer de remedios eficaces, fundamentalmente los antibióticos. Este periodo pudo integrar los dos aspectos de la medicina (holístico y biomédico). El estado ayudó a los enfermos, subvencionando tratamientos: la salud se transforma en derecho.

Límite: este modelo cuesta demasiado, no es aceptado por los grupos de poder político-económico, por lo tanto no cuenta con su apoyo; no hace ganar a las multinacionales; además llama la atención sobre las causas sociales y morales de la enfermedad (pobreza, contaminación, desocupación, consumismo... etc).

MEDICINA EMPRESARIAL (FINES DEL SIGLO XX)

Se expande la cultura del consumismo. El poder sobre la enfermedad, ya no lo tiene ni el médico ni el enfermo, sino las multinacionales; nace también en sanidad el sector profit, la competencia entre empresas sanitarias internacionales y locales.

La salud se transforma en una mercancía y el paciente en un cliente. Por tanto, se busca una continua mejoría de la calidad de los servicios, con el fin de satisfacer al cliente y aumentar la ganancia.

Límite: es una medicina discriminadora ya que apunta a captar al enfermo pudiente, que puede pagar y usufructuar de las mejores prestaciones y penaliza al paciente que no produce dinero (pobre, enfermo crónico).

Conclusión. Lo que se ha observado como un *flash* en los últimos tres siglos de la vida sanitaria de Estados Unidos repite, en breve, lo que ha pasado a lo largo de los 25 siglos de la historia sanitaria de Occidente. La medicina no es una, sino que son muchos saberes médicos distintos. Cada saber médico -siendo uno de los elementos de la cultura- refleja su paradigma, su lógica global y es por lo tanto, una disciplina biocultural.

En fin, cada límite o elemento deshumanizante de la cultura, siempre se refleja en el correspondiente saber médico. He aquí a continuación, de forma sintética, una panorámica de la historia de los saberes médicos occidentales en sus relaciones con las diversas formas culturales.

EL VÍNCULO ENTRE SALUD Y CULTURA EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA⁹

SIGLO V A.C. - NACIMIENTO DEL ARTE MÉDICO OCCIDENTAL

El hombre racional y empírico. Nacen las *technais* o sea las *artes aplicadas*: medicina, cocina, oratoria, gimnasia, arquitectura, música, escultura, pintura. Se trata de artes cuyo tema es el hombre, cuyo efecto es una acción del hombre sobre el hombre o para el hombre.

El hombre del siglo V a.C. es un ser racional que usa la razón para encontrar el por qué causal y resolver problemas con las artes aplicadas (ciencias causales). Se ha salido de la barbarie, de la vida salvaje a través de las artes.

Es un ser empírico que parte de lo visible exteriormente (susceptible de ser captado con los 5 sentidos¹⁰) para explicar lo invisible (que está por dentro). De ello resulta una anatomía completamente distinta de la nuestra; el centro es el cerebro, sede del pensamiento, pero no se sabía nada de la circulación sanguínea, de las contracciones musculares, del aparato digestivo; se creía que el alimento fermentaba en el cuerpo. La tráquea es llamada arteria, los vasos son todos *flebes* (venas), los tendones son llamados nervios, etc.

HIPÓCRATES (DESDE EL 460 A.C.) Y SU ESCUELA DE COS

Natural y divino. Esta escuela rechaza la idea que la etiología de la enfermedad está únicamente en los dioses y que la terapéutica tenga que consistir sólo en oraciones, purificaciones, rituales y encantamientos¹¹. Los hipocráticos no son ateos, en cuanto no rechazan la categoría de lo divino, pero rechazan el antropomorfismo en lo divino y purifican la idea de lo divino en el ámbito médico.

Para la escuela médica hipocrática la enfermedad era *natural y divina* al mismo tiempo.

Natural porque la etiología estaba en el viento, en el clima, en las diferencias físicas entre las razas, en los *humores*. *Natural* por la terapéutica hecha de medicaciones con gasa, higiene del agua y del aire, cocciones de cebada,

⁹ Cf. VIGARELLO G., Il sano e il malato, storia della cura del corpo dal medioevo ad oggi, Marsilio, Venezia 1996; Cf. GRMEK M (a cura di), Storia del pensiero medico occidentale, Laterza, Roma-Bari 1993.

¹⁰ Con la vista Hipócrates individuó la facies hipocrática, los dedos hipocráticos, la posición en la cama en las varias enfermedades, el color de la piel. Con el oído aprendió a distinguir el tipo de voz, a escuchar los ruidos pleurales. Con el tacto palpaba las varias superficies exteriores.

¹¹ Según la medicina pre-hipocrática cada enfermedad era relacionada a la cólera de los dioses, la epilepsia era vinculada a la divinidad; la impotencia de los Anareos (Sciiti) era de origen divina (¿por qué entonces, objeta Hipócrates, los ricos que ofrecían más sacrificios a los dioses, eran los más golpeados?).

palancas para fracturas, trepanación del cráneo. *Natural* en el pronóstico, cuando se miraba la *facies* para predecir la curación o la muerte.

Divina cuando se suponían en la etiología fuerzas demoníacas exteriores que penetraban en el cuerpo. *Divina* en cuanto Hipócrates, como descendiente asclepiadeo, no polemiza con los santuarios de entonces. *Divina* cuando, en la terapéutica, invitaba a rezar al mismo tiempo que se toman los remedios, o cuando veía en el remedio a la víctima expiatoria que hacía posible la expulsión del mal. *Divina*, en fin, cuando en el pronóstico, él buscaba valorar la voluntad divina para aquella persona.

Concluyendo, la escuela hipocrática -insertada en una cultura profundamente religiosa-, considera los fenómenos naturales también divinos y los divinos los describe a través de leyes naturales.

Médicos. En Cos (desde Hipócrates) y en Cnido (desde Eurifonte) estaban situadas las dos escuelas de asclepiadeos que se combatían, pero al mismo tiempo se defendían de los no asclepiadeos (charlatanes) para conservar privilegios y títulos de escuela.

Al principio, los asclepiadeos eran médicos por tradición secreta familiar; luego, para evitar la extinción, tales familias se abrieron también a personas externas para que aprendieran a cambio de un pago, jurando mantener secreto aquel saber y comportarse éticamente; se trató de un contrato de asociación o de una especie de consagración a la medicina.

Otra característica de esta fase, fue que el médico era al mismo tiempo un investigador y un clínico e integraba teoría y práctica.

Hombre y naturaleza, la tradición humoral. El cuerpo era visto como un recipiente de líquidos (llamados *humores*) y las terapéuticas consistían en dietas, hierbas, flebotomías y ejercicios para descargar los líquidos en exceso.

Se rechazaba la antropología homérica -hombre débil e ignorante- y se adoptaba la antropología de la escuela de Hipócrates del hombre como recipiente de *humores*¹² con referencia al universo exterior¹³.

VERANO	BILIS AMARILLA	SANGRE	PRIMAVERA
		Calor	
Seco		Frío	Húmedo
OTOÑO	BILIS NEGRA	FLEGMA	INVIERNO

¹² Éste se dedujo del hecho que, cuando el cuerpo se enferma, salen líquidos de su interior: sudor, sangre, catarro, deposiciones, secreciones de ojos y orejas. Se decía que hay salud cuando los humores están mezclados y en equilibrio entre ellos, mientras que si un humor se aísla y aumenta en cantidad hay enfermedad.

¹³ El clima, como decía la escuela hipocrática, influenciaba el carácter de las razas; por ejemplo el clima variable europeo creaba hombres valientes que amaban la democracia y combatían por ella. El clima constante del Asia, creaba hombres sin coraje y que aceptaban los despotismos.

SIGLO IV A.C. - MEDICINA HELENÍSTICA

Separación entre teoría y práctica. Primero, los médicos eran itinerantes y se formaban en familia o en una escuela familiar; después se creó la división entre la *teoría*, o la parte científica del saber médico (anatomía, fisiología, etiología, definición de enfermedad, salud, etc.) y la *aplicación práctica* o arte médico (la semiología como diagnóstico y la terapéutica).

Los reyes tolemaicos de los siglos IV al I a.C. en Alejandría, Cos, Cnido y Caristo fundaron escuelas, instituciones, bachilleratos superiores con bibliotecas, museos, aulas, cursos permanentes, profesores estables, investigación, vida en común, encuentros entre científicos lejanos. Todo esto, fue un estímulo a la investigación (los médicos teóricos tenían todo el tiempo disponible para ella) y la medicina se hizo cosmopolita y profesional.

Del 350 al 300 a.C. existe la anatomía sobre cadáveres humanos y sobre vivos (condenados a muerte); luego aparece de nuevo la prohibición religiosa.

Desde el 300 se da la total separación entre el médico investigador (que escribe y enseña) y el practicante itinerante (el clínico). Se pierde la unidad hipocrática y el principio filosófico del dualismo platónico, empieza a producir sus efectos; el *médico teórico* es más importante y famoso, pero a la caída del poder de los reyes tolemaicos, en el siglo I, todas sus teorías pierden valor y desaparecen, signo que se trataba de una fama políticamente construida.

ARISTÓTELES (384-322 A.C.) MODELO TÉRMICO, CARDIOCÉNTRICO, FINALISTA

Para Aristóteles el cerebro enfriaba y el corazón calentaba el cuerpo, transformando los alimentos en sangre y esperma. Cada órgano tenía una función vital propia (según un paradigma finalista). Para explicar cómo las distintas partes del cuerpo se comunican entre ellas Aristóteles introduce, racionalísticamente, el concepto de neuma.

Neuma. Se trataba, para Aristóteles, de un vapor o éter inobservable, una sustancia semimaterial que se transformaba en movimiento muscular, que pasaba los caracteres hereditarios al hijo, que transmitía el mensaje del cerebro al corazón, a las arterias, a los nervios, a los músculos. Según Prassagora de Cos (300-250 a. C.), el neuma era el mensaje transmitido entre los varios niveles del organismo humano (psíquico, líquido, sólido).

HERÓFILO DE ALEJANDRÍA (300-250 A.C.), MODELO ANATÓMICO ARQUITECTÓNICO

Herófilo no aceptó el cardiocentrismo de Aristóteles (pero acepta la idea de neuma), ni los humores de Hipócrates (aunque su terapéutica fue idéntica a la humoral). Para él el cuerpo era un montaje de tres partes:

- 1.- *Nervios motores* (llenos) y sensorios (vacíos) que transportaban neuma. Éste tenía origen en el cerebro (centro de todo el sistema), o en el aire exterior, era inhalado y alcanzaba el corazón; de aquí llegaba a las arterias y a las venas.
- 2.- *Tendones*.
- 3.- *Arterias*. La muñeca era importante para el diagnóstico y el pronóstico. La salud consistía en un perfecto montaje de éstas tres partes anatómicas. Los *Empíricos* atacaron su teoría, diciendo que la anatomía era inútil para la clínica.

ERASÍSTRATO DE ANTIOQUÍA (300-250 A.C.), MODELO HIDRÁULICO

Se pensaba que el *cuerpo* era como una bomba hidráulica hermética. Dos materias penetraban en el cuerpo (el *alimento* o materia de reemplazo y el *neuma* o principio energético, o sea, aire que entraba en los pulmones iba al corazón derecho y con las venas llegaba a los tejidos). El cuerpo estaba constituido por órganos blandos (cerebro, hígado, bazo) y *triplokia* (nervios, arterias y venas para el transporte de energía y de la sangre).

La *salud* era el círculo (a través del *triplokia*) del principio de reemplazo con el mismo (salud) o diverso (enfermedad) tipo de materia.

Había *enfermedad* si se producía pérdida (de aire) o exceso de materia en la entrada (plétora). En el caso de exceso de sangre, ésta pasaba de venas a arterias (con inflamaciones o fiebre) o a los nervios (con parálisis).

La *terapéutica* consistía en reducir la sangre en exceso con dietas evacuantes y no con sangría, para no lesionar la calidad hermética de la bomba.

La medicina del siglo V y IV refleja el mismo deseo de la filosofía de su tiempo, de hacer síntesis racionales para explicar la realidad.

DEL SIGLO III A.C. AL SIGLO IV D.C. - MEDICINA ROMANA

*Metodología y Sectas médicas*¹⁴. Se buscaba en este período el *método* para adquirir el saber médico:

En el método empírico: valía sólo lo que se observaba y experimentaba, el fenómeno exterior; se veía como esfuerzo inútil buscar lo invisible con la vivisección; era un saber médico escéptico.

¹⁴ Secta dogmática racionalista:—(Erofileos itinerantes, erasistrateos e hipocráticos en Alejandría y en Roma). Secta empírica: (Filino de Cos en Alejandría). Secta metódica: (Sorano, Tessalo de Tralles, Temsone de Laodicea en Roma). Secta de Asclepio de Prusa: (en el 146 a.C. llegaba a Roma). Secta neumática: (Agatino de Esparta, Archigene). Algunos autores no médicos que escriben de medicina fueron: Plinio el viejo (histórico), Celsius¹⁴ (filósofo), Aulo Cornelio (un enciclopedista).

En el método racional, lógico o dogmático: valía un principio que explicaba la causa escondida de todo; era un saber médico racionalista que creía ciegamente en el razonamiento.

En el método metódico: valía el fenómeno y la comunidad. Para la terapéutica necesitaba tener en cuenta a ambos.

Se crearon por consiguiente Sectas médicas con todas sus características: un jefe y un principio, fieles obedientes, con cohesión interna (el sentido de pertenencia), el ataque de los demás y la caza de los errores de las otras Sectas, con polémicas y debates.

GALENO DE PÉRGAMO (129 D.C.-216), MODELO HUMORAL Y TELEOLÓGICO

Reorganizó y sintetizó todo el trabajo hecho antes y creó por primera vez la autoridad dogmática en el saber médico. Con él se acabó la lucha entre las Sectas y hasta el 1700 (¡¡15 siglos!!) se traducirá, comentará y estudiará sólo a Galeno. La medicina se hizo extremadamente teórica y filosófica y será transmitida sólo por los iatrosófistas (profesores más filósofos que clínicos).

4 HUMORES	FLEGMA	SANGRE	BILIS AMARILLA	BILIS NEGRA
4 Órganos	Cerebro	Corazón	Hígado	Bazo
4 Temperamentos	Flemático	Sanguíneo	Colérico	Melancólico
4 ESTACIONES	INVIERNO	PRIMAVERA	VERANO	OTOÑO
4 CUALIDADES	FRÍO	CALOR	HUMEDAD	SECO
4 Elementos	Aire	Fuego	Agua	Tierra
4 Edades	Vejez	Infancia	Juventud	Madurez

El modelo teleológico se basa en el supuesto que Dios es sabio y previsor, no es caprichoso, él establece un orden para que cada *estructura* tenga un fin:

- Cerebro, corazón e hígado: mantienen la vida.
- Ojos, orejas, nariz, manos: dan calidad a la vida.
- Gónadas: procrean nueva vida.
- Pelos y barba: protegen del frío al hombre (a la mujer no le sirven porque está en casa junto al calor) y tienen un fin estético (crear figuras majestuosas).
- Pestañas y cejas: protegen al ojo sin dar sombras.

Racionalismo + Empirismo. Para Galeno se llegaba al diagnóstico con la razón y la experiencia (usaba los cuatro sentidos sin la disección). Él descubrió que

el color de la piel era importante para el pronóstico, la muñeca para el diagnóstico, que había diferencia entre sangre arteriosa (más caliente) y venosa (más nutritiva), descubrió que la orina dependía de los líquidos ingeridos.

La *terapéutica* la probó en sí mismo: hierbas, vinagre y aceite para las heridas, efectuaba sangrías en puntos precisos.

Religión y medicina. Dios no va, para Galeno, contra la naturaleza y su orden, ni es un Dios que obstaculiza las búsquedas. Las funciones biológicas eran para él los instrumentos de un proyecto divino. El alma, sin embargo, en su visión, pertenecía al mundo material y mortal.

La medicina romana muestra la misma necesidad de aquella cultura (ídem en el arte, derecho, política,...) de dar orden a la realidad a través de leyes, esquemas, instituciones, verdades.

SIGLO IV-VII D.C. - LA MEDICINA BIZANTINA SIGLO VII-XIII D.C. - LA MEDICINA ÁRABE

Se traducían y conservaban los textos originales de Aristóteles, Hipócrates y Galeno, se creó el canon galénico como texto para empezar los estudios de medicina conjuntamente con cuatro libros de Hipócrates.

La verdadera vocación del hombre maduro era la filosofía, he aquí por qué la medicina era muy filosófica. Se buscaba conciliar filosóficamente a Galeno con Aristóteles, o más raramente se criticaban¹⁵; todavía más raramente se buscaba verificar de manera experimental las teorías de ambos. El humoralismo fue profundizado con estudios sobre alimentos y sustancias, para que todo estuviera clasificado en forma correcta.

Astrología, magia, religión y medicina. Frente a las epidemias de peste se oponían varias creencias *etiológicas*. El contagio:

- Para algunos, dependía de Saturno en Cáncer o de explosiones de estrellas en los Gemelos; o las enfermedades agudas de las fases lunares y las crónicas del sol.
- Para otros, se trataba de un castigo divino que era imposible evitar.
- Para muchos, dependía de un miasma inhalado por largo tiempo cerca del paciente, por lo que se exhortaba a no ayudar a los enfermos.

¹⁵ Rhazes del siglo IX, médico de Bagdad, criticó todas las autoridades del saber médico precedente y descubrió la rinitis alérgica y que el Sarampión era diverso de la Viruela. Otro ejemplo: un teólogo islámico del siglo IX atacó la alopátia dominante, reemplazándola con homeopatía, pero cuando lo aplicó sobre sí mismo murió (usando un laxante durante una diarrea).

- La medicina subrayó cada vez más las causas naturales de las dolencias: el aire, la comida y el beber, el sueño, la vigilia, el movimiento, el vaciamiento fecal, los estados psíquicos¹⁶.

En cuanto a la *terapéutica*, existían los supersticiosos que, para cazar los diablos del cuerpo enfermo, confiaban en piedras, sortilegios, conjuros, en las heces de lagartija y de lobo por sus cualidades inaprensibles. Raramente los cristianos confiaban sólo en la fe para sanar o los musulmanes únicamente en la medicina profética (fundada sobre los dichos de Mohamed); frecuentemente se usaban los remedios, como dones de Dios, para la curación.

La *medicina* utilizaba fármacos, según el principio alopático (para una enfermedad caliente un remedio frío y viceversa, para una enfermedad seca un remedio húmedo y viceversa).

La *cirugía* para los Francos era violenta (amputaciones, incisiones, sal sobre las heridas) y a veces letal; para los árabes era más suave.

Fue un período y una cultura caracterizados por la transmisión pasiva de la tradición (Aristóteles, Hipócrates, Galeno) porque la teoría de Galeno se ajustaba perfectamente con la filosofía del tiempo (el naturalismo y el modelo teleológico).

SIGLO IV - XIV D.C. - MEDICINA MEDIEVAL

ASISTENCIA CRISTIANA

La *enfermedad* era considerada en la Edad Media la situación normal de la humanidad, la imagen viva y sensible de la realidad espiritual del pecado (de la lejanía de Dios) y era vista también como inevitable. Los enfermos estaban por todas partes, en las plazas, en las calles, en las iglesias; enfermos de la piel, de la mente, del corazón, del hígado. Por tal estado endémico (difuso) de morbilidad, este padecimiento no era considerado como algo que había que intentar curar sino sólo asistir (enseñando al sano la caridad hacia el enfermo crónico y a los afectados la paciencia como medio de crecimiento espiritual). Se difundieron así obras de misericordia corporal y espiritual hacia ellos. En tales estructuras, el agente sanitario tenía un fin puramente espiritual: asemejarse a Cristo Buen Samaritano.

¹⁶ Por primera vez se subrayaron las causas mentales de las enfermedades:

- Ej. Una esclava tuvo una parálisis al brazo después de que le levantaron la falda; fue un simple choque de pudor y, terminado el choque, sanó.

- Ej. Una mujer era melancólica (temperamento triste) porque tenía un exceso de bilis negra. La hipótesis era que la enfermedad empezaba o en el cuerpo o en el alma y luego invadía también la otra parte. Una anticipación de la actual teoría psicósomática.

La enfermedad y los enfermos eran vistos por el hombre sano (pecador) como medios para la propia salvación, o sea, el sano, haciendo obras de caridad y de penitencia (cuidando de la salud física de los pacientes), se autocuidaba espiritualmente. El *fin* de tal asistencia no era la salud del cuerpo, sino la *salud del alma del sano*: paradójicamente el “enfermo” era el médico del hombre “sano” (o de quien lo asistía).

Diarquía cuerpo-espíritu. La cultura tenía dos aspectos:

ALMA	salvación del alma	el Cristo médico	los santuarios
CUERPO	salud del cuerpo	el Cristo enfermo	los hospitales

Si la *enfermedad* del cuerpo (como efecto indirecto) expresaba las culpas del alma (la causa), la *terapéutica* por consiguiente era dirigida hacia la causa para sanar indirectamente también el cuerpo. En tal período la *religión* socorría al alma, dando un tratamiento espiritual (un sentido y valorización del sufrimiento y la enfermedad) y la *medicina* socorría al cuerpo, siempre para ayudar al espíritu en su procedimiento de purificación.

Se prohibía a los eclesiásticos el estudio de la medicina para evitar confusiones de tarea y superposiciones de terapéutica. El sacerdote medieval tenía que colaborar con el médico para la salud, contra charlatanes y supersticiones, pero debía dedicarse sólo al alma del enfermo.

Como se puede notar claramente, la medicina de este periodo era esclava de la filosofía y de una antropología dualista platónica. Sin embargo, gracias al cristianismo, desarrolla en esta época un elemento que antes no tenía: la caridad y la humanidad del servicio al enfermo.

En el siglo XII se produce una revalorización de la medicina como ciencia con el fin de cuidar el cuerpo. En tal época, la enfermedad se intenta explicar de nuevo como una carencia remediable, como un acontecimiento que hay que cuidar y la salud física como un bien que garantizar. El cuerpo era visto en el medioevo como un bien o valor que uno tenía que usar para fines espirituales y la mente un don para comprender la naturaleza. La enfermedad se convirtió con los siglos, pues, en un fenómeno natural que podía ser analizado. El médico tenía como objetivo el estudio para ser mediador de Dios en asistir con competencia y cuidar éticamente: o sea, atender gratis a los pobres, sin encarnizamiento a los moribundos, defendiendo la vida y diciendo la verdad. La religión cristiana con sus principios permite a la medicina desarrollar una ética de alto nivel humano.

Las estructuras sanitarias. En el siglo IV empezaron a funcionar los primeros hospitales destinados como *espacio público* (para los pobres) y *espacio*

de piedad (donde ejercitar el consuelo). Lentamente, a causa de la urbanización del siglo XII, la secularización del siglo XIII y la necesidad de controlar la peste del siglo XIV, se llegó a tener un hospital como *espacio de cuidado* (donde se podía afrontar cada tema de salud como un problema “médico” a través de propuestas terapéuticas).

La lentitud de tal proceso, dependió de la lentitud del progreso en la medicina (debido al dogmatismo del saber médico) y no al oscurantismo de la Iglesia, como a veces se quiere hacer creer.

El hospital del siglo IV era un *espacio pío*, o sea un centro de acogida y de hospitalidad en el cual ejercitar obras de misericordia para el cuerpo y el espíritu y consolar y preparar a una “buena muerte”; a veces había una asistencia médica, es decir, una habitación de aislamiento para los más graves, existía la farmacia, el huerto botánico, los libros de medicina, un poco de investigación y algunos especialistas (médicos, *infimari physici*, ayudantes para las sangrías). Como terminología se distinguían: *Xenodochia* (para peregrinos), *Enfermerías* (en los monasterios), *Hospitales* (medicina general), *Gerontocomios* (para ancianos), *Ptocheion* (para los pobres), *Orfanatos* (para los huérfanos), *Inclusas* (para niños expósitos).

El hospital del siglo XII era en cambio administrado conjuntamente por laicos y religiosos, con reglas para garantizar la eficiencia en la administración y en la asistencia¹⁷.

En el siglo XIII se distinguían los hospitales para los *curables* (con una semana de hospitalización después de la curación para evitar las reincidencias), los hospicios para los *incurables* (por ejemplo, los heridos y los paráliticos) y las estructuras hospitalarias para los *peregrinos* cansados, pero sanos.

En el siglo XIV, con la secularización de las instituciones, el hospital incluiría una escuela laica de medicina donde estudiar y probar las terapéuticas. Están presentes muchos médicos, cirujanos y especialistas, dos visitas al día, sueldo, deberes, prescripciones médicas, asistencia del médico también a los pobres. Empezó así el proceso de medicalización que mejorará la terapia, pero disminuirá cada vez más la caridad y la asistencia al interior del hospital.

ESCOLÁSTICA MÉDICA

La enseñanza médica del siglo X era en las escuelas catedrales (*Salerno*) y las del siglo XIII en las Universidades (*Bolonia, Paris, MontPellier, luego Siena, Padua, Napoles, Oxford, Piacenza*). La división entre medicina teórica (de re-

¹⁷ Las reglas en general tendían a garantizar una asistencia amable, espiritual y sacramental, junto a los cuidados médicos expertos, visitas asiduas de parte de los enfermeros y prescripciones higiénicas y dietéticas.

flexión) y práctica (de acción) en el siglo XIII, suponía una asimilación de la práctica en la teoría, un rechazo del empirismo ciego (pero no se rechazaba la experiencia). La medicina era en este tiempo la filosofía del cuerpo, una ciencia con fines teóricos (conocer las funciones), una ciencia de las causas, una ciencia basada sobre principios universales de la filosofía natural¹⁸.

Es importante el estilo universitario de tipo filosófico: la *lectio*, la *traditio* médica, la *questio* y la *disputatio*, que fijan el modelo médico, sus principios y su terminología.

La disección¹⁹ de cadáveres humanos en la Universidad, en público, con fin didáctico, sirvió al desarrollo del diagnóstico y de la cirugía sólo cuando se atrevió a criticar a las autoridades y se abandonaron los dogmas de Galeno y las disputas escolásticas²⁰.

SIGLO XIII-XVI – LAS LEYES DEL COSMOS: DE LA PUREZA (MEDIOEVO TARDÍO) AL EQUILIBRIO (RENACIMIENTO)

PUREZA O PURIFICACIÓN

En esta época el mundo puro de lo sagrado y la pureza del cuerpo estaban relacionados. La pureza física (salud) y moral (santidad) podían obtenerse por contacto con lo que era puro. Lo demostraban los cuerpos de los santos que emanaban perfumes y que a veces se quedaban incorruptos también después de la muerte.

La enfermedad era vista como impureza y putrefacción. Eran ejemplos la *lepra*: la impureza que se hacía visible y que se transmitía por contacto o la putrefacción del paciente, la descomposición y los gusanos en el muerto. Tal corrupción física, era vinculada al orden espiritual: el mal (la culpa), un maleficio humano o un decreto divino.

¹⁸ La filosofía hasta el siglo XII es únicamente especulativa. En el siglo XIII se hace enciclopédica (con las *Summae*) y sólo en el XIV la filosofía se pone más concreta y analítica. La filosofía da la verdad (el juicio sobre las cosas universales y necesarias), es la guía para cada elección, la filosofía práctica (el arte), en cambio, es el objeto contingente y particular, es el hacer del artesano.

¹⁹ La iglesia medieval no prohibió la disección, sino la violación de tumbas con robos de cadáveres y desmembramiento de ellos para cocer los trozos, con el objetivo de despegar la carne del hueso y poderlos llevar cómodamente a otro lugar.

²⁰ La medicina se preguntaba: ¿cortar un dedo es enfermedad de número o de cantidad? ¿los peces con el vinagre, el aceite y la sal hacen bien a la fiebre para cuál principio filosófico? ¿La enfermedad qué causa eficiente (material) e instrumental (final) tiene? ¿La medicina es más ciencia o más arte? ¿es arte liberal o no? ¿La virtud espiritual (alma, acto del cuerpo) o aquella material da la vida? ¿La virtud de la nutrición es lo mismo de la virtud del crecimiento? ¿Hay relación entre astros y salud? ¿Se tiene que sangrar cuando el absceso empieza o cuando está maduro?.

Joyas, amuletos y salud. Se trataba de minerales (oro, jaspe, ágata) o dientes, cuernos, vasos de arcilla para los más pobres, o reliquias. Eran considerados objetos puros para el tacto y la vista, porque eran imperecibles, limpios, brillantes y lisos y transmitían sus cualidades y su fuerza a quien se los ponían o los bebían, después de haberlos triturado.

Especies, aromas y salud. Se trataba de aquellos de sabor fuerte como pimienta, jengibre y canela. El ajo purificaba los intestinos y costaba poco, era la especie del pobre; el aceite purificaba la piel; la sal purificaba el pez e impedía la corrupción; el anís y el hinojo purificaban la carne; el azafrán y la pimienta entera purificaban las virtudes, costaban mucho, era un lujo para los ricos, pero eran administrados en el hospital a los enfermos más débiles; el aguardiente purificaba los alimentos y resucitaba los moribundos; la *teriaca*, panacea compleja y costosa, protegía de venenos, fatigas y enfermedades; en fin, numerosos los *elixires*. En éstos últimos, la pureza procedía del gusto y del olfato (perfección del sabor y del olor).

Descargar los humores. La enfermedad era todavía vista como la infiltración de humores en el cuerpo que lo corrompían, como si fueran gusanos. La sangría era practicada en monasterios, hospitales y colegios, también como medio preventivo, se favorecían las fístulas, evacuaciones, diuresis, flatulencias.

Crítica y rechazo de las supersticiones y de los charlatanes. En el siglo XVI se comenzaron a cuestionar las fuerzas ocultas e invisibles como causas de las enfermedades. Para demostrar la ineficacia, se experimentaban amuletos sobre enfermos apestados, se daba el polvo de piedra protectora después de un veneno a los condenados a muerte, se probaban las reliquias y la astrología y se demostraba que el efecto era nulo. A pesar de dos siglos de "publicidad negativa", no desapareció nunca el uso de piedras y licores como tratamiento. Esto muestra una vez más el hecho que seguir un tipo de terapia, depende más de factores culturales que de la eficacia de la misma.

SIGLO XIII: LA SALUD COMO FORTIFICACIÓN DE UN ORDEN CÓSMICO

En el siglo XIII, la época de la arquitectura románica, se creía que mientras más grande y pesado era algo, más protegido estaba, más potente y seguro. Se invitaba entonces a comer según el gusto, se sugería una dieta gorda²¹ a los enfermos y a todos los sanos que podían permitírsela.

²¹ Hasta 3 Kg de pan/día, hasta 1,5 Kg carne/día, se hartan los enfermos de capones y faraónas.

En el siglo XIII el cuerpo era comparado al macrocosmos (estaciones, astros) se consideraba que todo estaba relacionado. La terapéutica consistía en compensar los excesos y reflejar en el microcosmos-cuerpo, el orden celeste y el equilibrio del macrocosmos.

SIGLO XV-XVI: LA SALUD COMO EQUILIBRIO MECÁNICO

Las analogías del cuerpo. En el siglo XVI se desarrollaba una analogía entre el cuerpo y un instrumento (el alambique) que purificaba y hacía ascender los humores (la salud se obtenía teniendo pies calientes y cabeza seca). En el mismo siglo, era común la analogía de la orquesta (o del ejército, de la república), donde estaba presente la unidad en la diversidad. Se tenía salud cuando cada parte realizaba su tarea, obedeciendo a un gobierno central y a una organización jerárquica.

La dieta cambia con la moda. En el siglo XV, de acuerdo con la idea cultural del equilibrio, la dieta se hizo sobria, moderada, con ayuno, mucha agua, alimentos ligeros, calientes y carnes blancas. Los alimentos eran escogidos (calientes-fríos, secos-húmedos) teniendo en cuenta el clima, los astros y la personalidad, para compensar el humor predominante. Se atacaron la gordura y la glotonería (como causas de apoplejía y exceso de humor); a fines del siglo XVI, paradójicamente, por una moda dietética, los ricos morían de hambre y los pobres explotaban de saciedad, comiendo alimentos de bajo costo y alto contenido calórico (caracoles, lombrices, menudillos, tocino).

En el siglo XVI se duplicó la población de Europa, disminuyeron las hambrunas (gracias a la importación en Europa de las papas), aumentó la producción de alimentos, la vida era más apreciada y el hombre tenía una nueva percepción de sí; se propuso construir por sí mismo su felicidad, su salud, el bien vivir a través del autocontrol, de la auto-observación. Nació una auto-medicina, el paciente como médico de sí mismo. Aumentó la exigencia en la salud, la vigilancia sobre el cuerpo. Si en el medioevo eran importantes sólo las enfermedades mortales y violentas, en el siglo XVI aparecerán en la medicina también los malestares y las indisposiciones (empieza la medicalización de la vida).

Se ve esto como un período de pasaje para la cultura así como para la medicina. El cambio del hombre gordo medioeval al hombre delgado renacentista, es símbolo de muchos otros cambios en la visión de la salud, de la enfermedad, de la lucha para la sanación, de la vida.

SIGLO XVII - DEL INTERIOR AL EXTERIOR: DEPURACIÓN DE LOS HUMORES INTERNOS Y DEFENSA DEL AIRE EXTERNO

LA SALUD COMO ORDEN MECÁNICO Y COMO PURIFICACIÓN

El modelo del cuerpo en este siglo fue aquel del reloj, de la bomba y de la fuente. La enfermedad consistía en la avería o rotura de un conducto o de un engranaje y la terapéutica en reparar este problema mecánico simple.

Persiste todavía la idea de enfermedad como acumulación de humores malignos; la terapia continúa consistiendo en la expulsión de los humores (física y visible, ruda y violenta en el siglo XVI, más suave y diaria en el siglo XVII). Se hablaba de depuración también en política (expulsar al haragán y al bandido) y en moral (vida devota desembarazándose de escorias e inmundicias espirituales interiores como el pecado y el vicio).

Modos de depuración. Sangría (1/semana, también en los niños), asociado a la expectoración, al acto venéreo, a purgas (1/mes), a eméticos (con pluma de oca) y a la transpiración²².

La dieta cambia con la moda. También entre el pueblo se difundió en este siglo la dieta ligera, hecha de alimentos hipocalóricos y simples. La lógica más difundida era que el alimento producía una acumulación de humores, mientras la salud se adquiría depurándose de ellos.

Las especies botánicas de efectos estimulantes y excitantes del siglo XIII vinieron a ser reemplazadas por plantas con fines de gratificación y prevención:

- Azúcar (mermeladas, confites, jarabe).
- Chocolate.
- Café (disipaba los humores, ayudaba a la circulación, purificaba la sangre).
- Té (ordenaba la mente, protector de las enfermedades).
- Vinos más finos como el *champagne* (que daban longevidad).
- Perfumes para las casas y las personas.
- Humo de tabaco (aliviaba la jaqueca, protegía de la peste, prevenía la apoplejía, volvía a la mente capaz de las más altas meditaciones en el estudio de las ciencias más difíciles, iluminaba el intelecto, educaba las almas en las virtudes).

²² La descubrió Santorio en el 1625 y la midió con una balanza, afirmando por primera vez: "la salud se puede medir". Se planteó la hipótesis que era malo obstaculizar la transpiración porque esto podía causar fiebre y diarrea, y era igualmente peligroso abrir excesivamente los poros con el baño caliente o con ejercicios violentos porque uno se volvía sensible al aire malo. Se aconsejaba el baño caliente, después de haber hecho purgas y sangrías y quedándose en casa dos días. Se recomendaba la transpiración con ejercicios delicados para abrir un poco los poros, cambiando frecuentemente la lencería porque el blanco, se creía, absorbía lo sucio del cuerpo.

- Para difundir todas estas sustancias nacieron los cabarés, las casas de café, como lugares de encuentro, de negocios, de divertimento (distintos de las precedentes tabernas para alcohólicos).

Mayor atención a las causas exteriores de la enfermedad. Se consideraba que el peligro externo principal era el aire maloliente y húmedo (el olor, el miasma), el cual entra a través de los poros. Los peligros procedían también del viento, del sol, de los alimentos, de las bebidas calientes, de la posición en la cama. No se daba importancia a la vitalidad interna, los recursos y resistencias endógenas.

La terapéutica consistía en controlar este ambiente exterior con la vigilancia de puertos, pozos, puertas de las ciudades, sótanos, letrinas y esto pertenecía al Estado. Se decidió aumentar en las ciudades los jardines, las avenidas arboladas, las alcantarillas (todavía raras). Al individuo pertenecía la responsabilidad de evitar lugares malolientes, oler de vez en cuando esponjas perfumadas, quemar trajes y objetos malolientes y ventilar las habitaciones.

El *mercure galant* (o tintura áurea) fue una loción que abría los poros sólo para dejar salir los humores en exceso.

Empezó en los campos la asistencia médica a los más pobres, pero la terapéutica es la de los dos siglos anteriores (dietas, purgas, condimentos y sal).

Culturalmente el XVII es el siglo de filósofos como R. Decartes, Hobbes, F. Bacon, J. Bruno, de científicos como G. Galilei, Kepler, de artistas como F. Borromini, G.L. Bernini, Caravaggio, G. Reni, P.L. da Palestrina, C. Monteverdi, W. Shakespeare, M. Cervantes, de médicos como Paracelso, Fracastoro, A. Vesale, E. Falloppio, E. de Graaf, de santos como S. Camilo de Lellis, S. Martín de Porres, S. Rosa de Lima, S. Vicente de Paul, S. Francisco de Sales, S. Juana de Chantal, S. Pedro Claver. Empieza, o sea, una vitalidad y una creatividad nueva de lo humano (el proceso de la secularización), abandonando autoridades dogmáticas del pasado, pesos y "obesidades culturales" y la medicina participa de tal clima nuevo y más liberal empezando como una vida nueva, investigando, experimentando, inventando con un paradigma nuevo: lo experimental.

SIGLO XVIII – ILUMINISMO, EXTERIOR E INTERIOR JUNTOS

El siglo XVIII fue el del Iluminismo, el hombre se separa de la idea de autoidad a todos los niveles (político, religioso, científico, artístico) buscando una nueva autonomía e independencia.

El fenómeno de la *variolización*²³ hizo superar el modelo humoral²⁴ que había dominado por 22 siglos porque mostró que:

- 1.- El cuerpo era un conjunto de fibras internas (nervios, tendones, vasos, músculos, canales) que resistían, que tenían una propia capacidad de recuperar de nuevo la resistencia cuando la perdían. Cambió en tal período la terminología médica: "hombre de fibra fuerte", "el tono y la consistencia de las fibras", "la energía de las fibras", "la función de las fibras", "irritación de fibra", "agitación de nervios" que se descargaba, enfermando el órgano más débil. Cuando las fibras se relajaban, debilitaban o entraban en tensión excesiva, aparecía la enfermedad. El alcohol, que destruía el poder de los "nervios", porque causaba temblores y convulsiones, fue proscrito.
- 2.- La terapéutica fue vista como un estímulo, un dar tono nuevo y un refuerzo de estas fibras. He aquí por qué se proponían las descargas eléctricas (raras), cabalgar y hacer recorridos con sacudidas en carretas o sobre tirovivos, el ejercicio físico, la vida rústica en la naturaleza, el frío (dormir frescos, mojarse con agua fría, zambullirse en el río en invierno), alimentación vegetal (legumbres y fruta). Se descubrió en tal siglo el tratamiento del escorbuto para los navegantes.

Acciones sociales. Empezó en este siglo la epidemiología estadística. Aumentó el número de médicos y cirujanos, se difundió la cultura médica (el lavado de las manos y de los pies). El Iluminismo aspiraba poder cambiar el curso de las enfermedades con las medidas higiénicas externas.

- 1.- La pedagogía higiénica en el embarazo, el parto y la infancia, desminuyó la mortalidad infantil; la escolarización de la población ciudadana

²³ Viruela. Fue llamada "el azote del siglo XVIII": 1 muerto de viruela/ 14 habitantes con una mortalidad hasta el 20%. en el siglo XVII se duplicó con respecto al siglo XVI y en el siglo XVIII alcanzó la morbilidad máxima. La viruela ha terminado en el siglo XX con la vacuna.

En 1717 se hablaba por primera vez de variolización, o sea, la inoculación de pústulas de varioloso en el sano. Tal acción era contra aquella tradición médica que se defendía de lo externo (la materia infectada, los miasmas). Se trataba de una verdadera revolución de ideas, no sólo de acostumar el cuerpo a un veneno, sino de estimular al interior del cuerpo una resistencia invisible, una fuerza intrínseca, un principio activo. La variolización hizo pasar la atención del médico de lo externo (con sus peligros) al interior (las resistencias del cuerpo).

Algunos criticaron la teoría de la variolización. Los médicos rechazaron tales métodos como "prácticas de mujeres ignorantes en ámbitos sociales analfabetos". Se dijo que, prohibiendo la variolización, se defendía la ciencia de los charlatanes.

En 1767, después de haber demostrado estadísticamente los casos de curación con la variolización, empezó la inoculación gratuita en Francia en hospitales. En 1774 el rey de Francia se sometió a la inoculación. En 1796 Eduard Jenner probó la vacuna (pústulas de cow pox y empezó la inmunización de grupos). En 1800 el estado decidió obligar a la vacunación masiva (en el nombre del bien común) a niños y pobres.

²⁴ El modelo humoral quedará todavía por largo tiempo en las áreas rurales y entre los pobres de las ciudades a través de sangrías y purgas que ya eran prácticas médicas rechazadas por la clase media y rica de la ciudad, porque relajaban las fibras y las debilitaban.

contribuyó a aminorar los nacimientos (2 de promedio en París y 4 en los campos franceses), aumentó la duración media de vida (de 30 a 40 años para los hombres y a 45 años para las mujeres).

- 2.- Se daba importancia a la ventilación a través del aumento del número y dimensiones de ventanas y el uso de ventiladores. Se inventó la oxigenoterapia con bombas. Se difundió la idea que los lugares llenos de gente eran causa de enfermedades.
- 3.- El estado higienista plantó árboles, fuentes, ensanchó las calles, prohibió el entierro en iglesias, se descubrieron enfermedades relacionadas con el trabajo.
- 4.- En 1770 nació el seguro para las enfermedades (el Iluminismo intentaba controlar los acontecimientos futuros). No basta defenderse de la enfermedad después de que ella ha empezado, sino es importante prevenirla al menos por sus consecuencias económicas. Se hicieron cálculos de riesgo y se reembolsaba sólo a aquellos que no habían tenido comportamientos peligrosos. Éste fue un signo de una actitud nueva y positiva hacia la enfermedad.

El hombre se da cuenta que empieza a poder controlar la naturaleza y esta conciencia se refleja en cada ámbito del saber, también en la medicina que se vuelve cada vez más creativa y fructífera.

SIGLO XIX – POSITIVISMO, INDUSTRIALIZACIÓN, ROMANTICISMO, PÉRDIDA DE ENERGÍA AL INTERIOR Y MICROBIOS EN EL EXTERIOR

La búsqueda de energía. El siglo XIX fue la época del industrialismo y del romanticismo, el cuerpo fue comparado en este siglo con una máquina a vapor que producía energía y calor, tenía que nutrirse, respirar (como una forma de combustión); el espirómetro medía la capacidad respiratoria vital de esta máquina, el perímetro torácico (capacidad respiratoria) era un signo de salud o de enfermedad y de rechazo para el servicio militar. Los pulmones oxidaban los alimentos y formaban energía. El alimento era el combustible y sus calorías representaban la energía requerida de esta máquina (la carne de caballo creaba la regeneración necesaria en las enfermedades). El ejercicio físico usaba la energía de tal máquina y causaba refuerzo y prevención de las enfermedades; se consideraba mejor que las dietas, que las religiones y que los médicos para el mantenimiento de la salud. La salud era vista como una economía energética para mantener calor y fuerza. La terapéutica que ofrecía más calorías valía más (por ej. el aceite de hígado de

merluza). Se dio publicidad a remedios tónicos (coca, quinina, aceite de hígado, hierro), preparados industrialmente y que daban energía.

Desde 1850, se observa degeneración de la raza en Francia (movimiento político precursor de la ética). Después de la revolución en Francia se reivindicó la libertad, conquistada como derecho, para permitir los placeres individuales y todos los excesos. Luego de algunos decenios, los datos epidemiológicos afirmaban que los franceses tenían el cerebro más pequeño que los alemanes, la altura en el servicio militar iba bajando de año en año, los enfermos mentales aumentaban, la fecundidad disminuía (también por el aumento de la prostitución) y la población decrecía; los obreros en las fábricas de seda, dicen las crónicas del tiempo, "eran pequeños, encogidos, con las piernas torcidas, pálidos, flácidos, lisiados y los niños eran más pequeños de lo normal, rugosos, flácidos, desdentados, con pecho ahuecado y vientre hinchado". Se anunciaba para Francia una raza mutilada y degenerada. Se pensaba que la causa de esto, eran el alcohol, el cretinismo, la sífilis, la tuberculosis y sobre todo actitudes y comportamientos culturales y éticos equivocados, consecuentes al desorden moral de la revolución francesa.

Se movilizó a la opinión pública, el Estado empezó una campaña seria contra el alcoholismo y la prostitución. Se promovían los comportamientos saludables con gestos simbólicos, eslogans²⁵, revistas, lecturas en los hospitales, manuales (10.000 copias distribuidas), carteles (30.000 copias), se financiaron investigaciones y conferencias, se premió a las personas que mostraban templanza en sus costumbres, nació la unión de antialcohólicos, y se enseñaba higiene en la escuela. Resultado epidemiológico de todo este esfuerzo: ninguno. Prevalció la costumbre y el instinto sobre la razón. Pero fue un acontecimiento importante en la historia del saber médico, porque por primera vez se vieron unidas, en una acción de promoción de la salud, fuerzas políticas, sociales y la opinión pública, para la moralización en la salud y para el desarrollo de formas de prevención.

El Estado transformó la "fraternidad" en *solidaridad* (se eliminaron lugares de infección, se daba seguridad social, se subdividieron los gastos sanitarios). Se entendía que si el rico no ayudaba al pobre, también él iba a ser golpeado por la enfermedad de éste.

Se presentaba al Estado como un *estado higienista* que asignaba una cantidad de dinero para el aseo (inmundicias y alcantarillados), para las redes hidráulicas (una para el agua potable y una para la industria), vigilaba que las normas higiénicas fueron respetadas, sancionaba la embriaguez, la prostitución, fichaba y controlaba a las prostitutas para que no "apestaran a la sociedad".

²⁵ "El alcohol es el más grande azote de la humanidad", "el cabaré como el matadero de hombres".

También el Estado tenía un rol *pedagógico* ya que proponía una cultura de la salud, llamaba a la población al control de la natalidad, a disminuir el consumo de alcohol (hacía publicidad antialcohol basada en los miedos y provocando alarma); movilizaba la solidaridad hacia la salud (desapareció el término de asistencia, misericordia y caridad), se apelaba a la fuerza interior del sujeto. Se daba instrucción a todos para hacer disminuir excesos, prostitución, enfermedades y males sociales debidos sobre todo al analfabetismo.

El *Estado* empezó también a hacerse *asegurador* del pueblo, empezó a proteger a los obreros de accidentes en el trabajo, creó seguros obligatorios de las enfermedades (1883 en Alemania y 1894 en Francia) con indemnización fija y garantizada por el Estado mismo, financiado por impuestos. Además, se crearon sanatorios para prevenir los contagios de tuberculosis y se impusieron las vacunas masivas a la población. La responsabilidad de todo esto pasó de la policía sanitaria al Ministerio del Interior (1889 en Francia) y finalmente al Ministerio de la Sanidad (1920 en Francia). La higiene se instauró ahora como un servicio social y un derecho para todos, derecho que el Estado tenía que garantizar.

En conclusión se asistió en el siglo XIX al paso de un Estado soberano a uno democrático que promovía la salud como objetivo colectivo; las expectativas crecieron de parte de todos.

La salud romántica. Desaparecida la amenaza continua a la salud y a la vida de los siglos pasados, se comenzó a buscar satisfacer deseos individuales cada vez mayores, se empieza a ver la ansiedad y la tristeza existenciales como enfermedades que cuidar y se buscan evasiones. Se inician los veraneos en la montaña²⁶ y las vacaciones en la playa con baños de mar y de sol²⁷. En el mismo siglo aumentaron aquellos que hacían deporte (gimnasia en la escuela, gimnasios, ciclismo, natación, carreras), los baños públicos se difundieron en las ciudades con masajes e hidroterapia.

Cambió la imagen del cuerpo: la ideal era el hombre con la pelvis estrecha y los hombros anchos, para la mujer aumenta la importancia de las formas y el no ser gorda; crece la venta de los espejos y de nuevo se ponen de moda las dietas adelgazantes.

La búsqueda del *confort* (un término nacido en 1830, signo de un mundo que cambiaba y que exigía cada vez más en términos de gratificación) estaba presente también en las casas. Las paredes se construyeron para aislar del

²⁶ Para disminuir el agotamiento del trabajo, aumentar la energía y defenderse de las enfermedades mentales como la neurosis, la neurastenia.

²⁷ En 1893 se registra por primera vez en Francia la desnudez pública en el mar (bañistas) y en 1897 empieza el turismo, el viaje de recreo por todos, también gracias al tren, las escuelas organizan las primeras colonias.

frío y del calor, se daba más luz a las casas con anchas ventanas y con el uso de vidrios y de mosquiteros. Los baños por primera vez tenían agua corriente (1902 en Francia), también azulejos sobre las paredes, el lavabo, el wáter, el bidé y el balde en cerámica; las cañerías, el sifón, toallas; en fin, se arma dentro de la casa un santuario de la higiene: el baño que, un siglo antes, era inconcebible.

Los microbios. L. Pasteur en 1865, no sólo con microscopio, afirmó la etiología microbiana de todas las enfermedades contagiosas: algo que no se ve y no huele, pero que se cultiva y se puede contar. Tal descubrimiento fue revolucionario porque:

- 1.- Cambió el concepto de *higiene*, que viene a acentuar en este momento el uso del desinfectante y antiséptico, con el aislamiento a tiempo determinado del enfermo, el lavado de las manos, el uso del agua hervida y la pasteurización de la leche.
- 2.- Cambió la idea social de *contagio*. Las mujeres ocuparon más tiempo en limpiar sus casas, aumentaron las fobias y la ansiedad por los microbios.
- 3.- Cambió la idea de *enfermedad*, como agresión exterior de parte de microbios; la idea de *terapia*, como lucha contra los microbios, y del *cuerpo*, como un terreno de células en que los microbios arraigan.

SIGLO XX – TECNOLOGÍA; SALUD COMO BIENESTAR CONSUMISTA E INDIVIDUALISTA

El bienestar. La derrota de gran parte de las enfermedades infecciosas y carenciales, en vez de disminuir, han aumentado las exigencias y las esperanzas hacia la medicina. Hoy la calvicie, la celulitis, las uñas frágiles, las arrugas, el insomnio, la tristeza, la timidez, la ansiedad, el estrés, la vejez, la impotencia, la forma de la nariz, de los senos, de las nalgas,... no se consideran más condiciones naturales soportables. Se pretende que la medicina elimine tales molestias. Por consiguiente, aumenta el número de las enfermedades²⁸ y su transformación en problemas médicos (la así llamada: medicalización).

Predomina también en medicina el término PLACER (satisfacer necesidades hedonísticas y narcisistas). Todos pretenden tener cuerpos lisos, ligeros, morenos. Ha desaparecido el "más allá" político / moral / religioso y se adora el "aquí" médico (el poseer un cuerpo físico eficiente, joven y en completo

²⁸ 1,6 enfermedades/persona en 1970 y 2,2 enfermedades/persona en 1980 en Francia. Puede ser que el estado de enfermedad o de salud sea lo mismo; lo que ha aumentado es, sobre todo, el estado de vigilancia hacia el propio cuerpo y para las propias molestias psicológicas: se incrementa el aspecto psicológico de la salud.

bienestar); parece que con tal cuerpo se es más libre, creándose en cambio, un nuevo culto con más constricciones y esclavitudes que antes: “vuélvete a ti mismo”, “realízate” “actúas, produces, afírmate, relájate”, y si no se puede lograr esto, se propone el uso de psicofármacos estimulantes o tranquilizantes²⁹.

Salud y consumismo. Las revistas médicas de difusión, seducen y aumentan su público porque prometen cada vez más salud, estar siempre mejor, poder saborear con los cinco sentidos cada vez más placeres... transforman la salud en un producto de *marketing* que se puede comprar con turismo del bienestar, dietas, cuidados alternativos, clubes de físicoculturismo, *stage* de vitalidad. Parece que es posible experimentar un bienestar siempre mayor y buscarlo de modo interminable.

Finalmente la salud se ofrece en la época del consumismo a través de la venta de productos farmacológicos, cuya eficacia no siempre ha sido demostrada por lo que prometen.

Salud individualista. La salud se propone como responsabilidad del individuo: “tienes que hacerte cargo de ti mismo”, “contrólate con check up periódicos”, “calcula el riesgo de tus comportamientos”, “haz solo en tu casa el diagnóstico con el *test* de la glicemia, de la presión, del embarazo y del colesterol”.

Existe la ilusión de la atención genética individualizada para descubrir las predisposiciones y después la promesa de una futura prevención individual con seguridades del 100%. Se invierten en el bienestar físico todas las energías y el dinero que antes eran gastados en la religión, la política, etc., pero, paradójicamente, permanecen los comportamientos de riesgo.

El fumador o el acohólico, por ejemplo, piden que “los dejen en paz”: “cada uno en su casa está consigo mismo”, “cada uno adhiere a un solo partido: el propio”, “el único valor es la defensa de la libertad individual”.

Salud política. El Estado está condenado al compromiso entre promoción de la higiene (que sube los precios de la sanidad) y las leyes de mercado³⁰. Las pólizas de seguros de los médicos alzan sus precios porque crecen los conflictos entre agentes sanitarios y enfermos, pero no mejora la eficacia de la prevención.

Aumenta el costo de la sanidad, la población pide cada vez más, el estado tiene también otras prioridades y cada recorte de dinero en la política sanitaria crea conflictos. ¿Cuál es la solución? La prevención y la promoción de la salud (la educación) bajan los gastos, ¿pero cómo?

²⁹ 1/3 de la población francesa los usa accidentalmente y el 7 % habitualmente.

³⁰ Las tasas de mortalidad en Francia son 60.000/año por el tabaco, 40.000/año por el alcohol, 10.000/año por accidentes de carretera, sin embargo el Estado no puede abolir, según la ley de mercado, ni el alcohol, ni el tabaco, ni reducir la cilindrada de los autos.

La cultura del siglo XX está más impregnada de secularismo (no sólo secularización) en su relación con lo divino, cada vez más individualista en la relación entre personas y además materialista, hedonista y utilitarista en su relación con las cosas. Esto se refleja en una medicina secularista, individualista y materialista, una medicina donde la prioridad es dada a asuntos políticos, empresariales, burocráticos y de desarrollo tecnológicos y cada vez menos a la humanización del mundo de la salud.

SÍNTESIS DE LAS IDEAS TERAPÉUTICAS EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA

Del siglo IV al XIV - Medicina medieval

ORDEN cósmico (cuerpo como microcosmos con referencia al macrocosmos).

FORTIFICAR con dietas de carne e hipercalóricas.

PURIFICAR los contactos.

Del siglo XV al XVI: Humanismo y renacimiento

ORDEN mecánico (cuerpo como alambique u orquesta).

ALIGERAR con dietas hipocalóricas y descargando violentamente los humores.

PURIFICAR los contactos y con dietas drásticas.

Siglo XVII: transición hacia la secularización y la libertad

ORDEN mecánico (cuerpo como reloj o fuente).

GRATIFICAR con dietas y aligerarlas de manera delicada.

DEPURAR empieza la higiene del ambiente.

Siglo XVIII: Iluminismo

ORDEN de fibra (bien tensas).

REFORZAR, dar consistencia a las fibras con ejercicio.

HIGIENE del ambiente y personal.

Siglo XIX: revolución francesa, industrialización y romanticismo.

ORDEN mecánico complejo (cuerpo como máquina de vapor).

DAR ENERGÍA y disfrutar el placer de forma individualista con ejercicios y alimentos.

HIGIENE como derecho social, como defensa del exterior.

Siglo XX: consumismo y tecnología.

ORDEN microscópico (cuerpo como computador, laboratorio químico, delgado, joven, depurado, a la búsqueda de sensaciones siempre diversas y más intensas).

BIENESTAR psicofísico (tener energía y sentir gusto), culto de la salud. HIGIENE como prevención y como derecho, expectativas, pretensiones siempre mayores con gastos sanitarios en crecimiento exponencial.

EL FUTURO DEL SABER MÉDICO ¿EN MANOS DE QUIÉN ESTARÁ?

Las multinacionales. Los gigantes empresariales y las oligarquías corporativas tienen el acceso a los capitales, utilizan estrategias de mercadotecnia y resisten pérdidas por largos períodos. Por esto pueden causar la desaparición de las pequeñas empresas y controlan todo el mercado de la salud. Tales compañías son capaces de crear necesidades inducidas (convencer a los enfermos del tipo de servicio médico que necesitan). Hoy, a la luz de la creciente conciencia de la incompatibilidad entre intereses profesionales y de grandes empresas se crea una nueva dialéctica que sustituye aquellas pasadas del holismo y del reduccionismo. Los efectos de tal dialéctica llevan a descentralizar la sanidad sobre el territorio (disminuir el tamaño del servicio hospitalario) e incrementar la promoción de la salud (para contener el gasto terapéutico médico y quirúrgico). Lentamente el saber médico se está abriendo a categorías meta-orgánicas (por ej. medicina y espiritualidad en EE.UU.), a áreas teóricas (por ej. la física en medicina) y prácticas terapéuticas diversas del saber médico actual, pero siempre con el fin de satisfacer más a los pacientes y crear nuevas áreas de mercado sanitario.

Los médicos. En 1950 existía una relación continua entre el médico familiar y sus pacientes, gracias a la estabilidad de la familia. Esto produjo un cuidado de la salud único en la historia de la medicina: integraba la relación humana ética, la competencia profesional y permitía proponer un estilo propio de saber médico. Desde 1980, período en el cual la familia ha perdido estabilidad en occidente, también el médico de familia ha disminuido su función, pasando la relación a los especialistas que siguen el "juego" de las multinacionales. El único modo que tienen hoy los profesionales de recuperar poder sobre el saber médico es, según S. Lyng, sociólogo, a través de la relación personalizada.

Los pacientes. Los intereses de los enfermos nunca han sido tomados con tanta consideración como en estas últimas décadas. El movimiento social de los pacientes ha disgregado el poder tradicional del sector médico de dos modos:

- 1.- Organizando una salud fundada sobre comportamientos sanos.
- 2.- Creando una nueva conciencia de la salud y de la importancia de la

promoción de ella (el mayor cambio cultural de la segunda mitad del siglo XX). Esto se desarrolló primero a través de conferencias y asociaciones en la mitad de los años '70. Luego, a mediados de los '80, la estrategia se ha desplazado hacia la institucionalización de teorías holísticas³¹ de curación. Han aparecido nuevos valores culturales como la forma del cuerpo, la fuerza muscular, la resistencia, el vivir natural, la belleza, la salud, la juventud, la longevidad sana, la prevención, el bienestar, el *sex appeal*. El comercio de tales valores, ha aumentado de forma tan impresionante que se puede hablar de "revolución de la salud y de la imagen corporal", impulsada por los productores de imágenes.

CONCLUSIÓN

El sintético viaje histórico-cultural, muestra claramente que no existe "la medicina", que ella no crece en una única vía -por acumulación de datos y conocimientos-, sino que existen "las medicinas" que se integran en las respectivas culturas históricas y con ellas nacen, se desarrollan y luego vienen a ser reemplazadas por otras formas. Esto es útil para no dar nunca un valor absoluto a un modelo de atención médica, ni tanto menos verlos dogmáticamente. *El saber médico que prevalece en un período es, simplemente, el más adecuado para aquél contexto cultural y uno de los medios para alcanzar los fines de aquella cultura. Cuando cambie la cultura, cambiará también la medicina asociada a ella.*

La medicina occidental, ha mostrado en sus 24 siglos de historia, una alternancia de posiciones extremas. Ha pasado desde el extremo *reduccionista* (ej. medicina heroica que actuaba sobre la parte enferma) al otro extremo *holista* (ej. algunas medicinas alternativas que actúan sobre el todo). Ha cambiado de dar importancia al *exterior* (ej. en el siglo XVII con la defensa del contagio de la peste) a la preponderancia dada al *interior* del cuerpo (ej. en el siglo XVIII el cuerpo de fibra, la vacuna que fortalece el terreno inmunológico individual, o en el siglo IV a.C. con el cuerpo de humores que deben ser depurados). Ha alternado el *poder médico* con el poder dado *al enfermo* (autocura y autonomía). Y desde hace un siglo, el poder ha pasado *al Estado* y a las multinacionales a través de la empresa en la salud.

³¹ Clínicas del bienestar, gimnasia aeróbica, jazzercise, institutos de la forma psicofísica, jogging, health clubs, la cruzada antihumo, revistas y libros sobre la salud...

Otras alternancias han sido desde epistemologías racionalistas a empiristas, desde planteamientos bioquímicos a energéticos, desde posturas preventivas a reparativas, desde posiciones materialistas a espiritualistas.

Lo que ha faltado más, a mi parecer, en esta historia ha sido la virtud del *equilibrio* y de la *interdisciplinariedad*. La realidad del hombre es compleja, la enfermedad pertenece no sólo a un cuerpo biológico (*Körper*), sino a un cuerpo vivo (*Leib*) e integral con una historia (relaciones, unicidad, dinamismo). En tal complejidad del hombre RUID se necesitan lógicas no lineales (*una causa, un efecto*), integraciones entre saberes distintos (interdisciplinariedad), planteamientos diversos de los diferentes problemas en la enfermedad.

Absolutizar de manera reduccionista un aspecto del asunto y luchar contra otras perspectivas, según la lógica del conflicto, ha sido una característica constante de la historia occidental y también de la medicina. Hoy en día es posible cambiar de rumbo. A través de un trabajo interdisciplinario de equipo, será posible plantear diagnóstico, terapia, cuidado, acompañamiento y ayuda al hombre enfermo, no más desde posiciones extremas y reduccionistas (ideológicas), sino con puntos de vista más equilibrados, más cercanos a la verdad del hombre RUID.

Capítulo V.

MEDICINAS CONVENCIONALES Y NO CONVENCIONALES: UNA RESPUESTA A LA ENFERMEDAD

(La persona en relación con la *corporeidad física* y el dinamismo constitucional)

MEDICINAS NO CONVENCIONALES

DEL HOLISMO A LAS MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y/O ALTERNATIVAS (CAM)¹

La expresión «medicinas complementarias y/o alternativas», (CAM), proviene de un debate que se remonta a los años '70. En tal período se presentó por primera vez la expresión «medicina natural» como opuesta a aquella «artificial y antiecológica» oficial. En los años '80 prevaleció el término «medicina holística», también esta vez para subrayar el aspecto «restrictivo y materialista» de la medicina oficial. En los años '90 empezó a difundirse, sobre todo en

¹ CAM = *Complementary and Alternative Medicine*, sigla aceptada por todos en EE.UU. Cf. UNITED STATES, DOCUMENTS, *Alternative Medicine: expanding medical horizons* (a report to the national institute of health on alternative medical systems and practices in the United States. Prepared under the auspices of the workshop on alternative medicine, Chantilly, Virginia, Sept. 14-16, 1992), United States General Press Office, Bethesda (Md), Washington DC 1995. Cf. COHEN M.H., *Complementary and alternative medicine: legal boundaries and regulatory perspectives*, John Hopkins University Press, Baltimore 1998. Cf. HUMBER J.M., ALMEDER R.F. (Eds.), *Alternative medicine and ethics*, Humana Press, Totowa (New Jersey) 1998. Cf. FUGH-BERMAN A., *Alternative medicine, what works: a comprehensive, easy-to-read review of the scientific evidence (pro and co)*, William Wilkins, Baltimore 1997.

los Estados Unidos, el término: "medicinas alternativas" y el milenio se cerró, siempre en los EE.UU., con la expresión "medicinas complementarias", ya presente en Europa junto a la parecida fórmula «medicinas no convencionales». También estos últimos vocablos reflejan un modo de situarse (o contraponerse), a tales formas terapéuticas frente al actual contexto y saber médico oficial: el biomédico². El último término (*complementario*) asusta a los teóricos de las CAM porque indica que la comunidad biomédica, no habiendo podido destruirlo, está integrando el paradigma CAM en su lógica reduccionista y está empujando a usar tales modalidades terapéuticas de modo restrictivo y sintomático dañando el holismo y la individualización terapéutica que las CAM reivindican para sí mismas³.

Las CAM son hoy usadas en el mundo como forma primaria de sanidad por el 70-90% de la población, escribe J.M. Humber, sociólogo de la medicina;⁴ en EE.UU. en 1990 se realizaron más visitas a médicos/practicantes CAM que a los médicos generales⁵. El éxito de las CAM sigue creciendo e igualmente sus recursos⁶ junto a la protección de las autoridades jurídicas⁷ y de los médicos de familia⁸. El apoyo del Estado y de las instituciones sanitarias es variable⁹.

Por CAM se entienden hoy más de 200 modalidades de diagnóstico y/o tratamiento en continuo cambio y aumento. Hay métodos fundados sobre estudios experimentales hasta técnicas personales y charlatanería.

² *Biomedicina* es el término más preciso para describir el estilo teórico y práctico (fundado sobre la anatomía, la fisiología y la patología) con el cual vienen preparados hoy los médicos de las Universidades y en las escuelas médicas. Otros términos: *alopatía*, *medicina occidental*, *medicina convencional*, *medicina regular*, *medicina cosmopolita*, *medicina de tendencia general*, son términos aplicables a situaciones más particulares de la práctica clínica de hoy. Cf. UNITED STATES, DOCUMENTS, *Alternative Medicine: expanding medical horizons*, op. cit., p. xxxvii

³ Cf. COHEN, *Complementary and alternative medicine*, op. cit., pp. 12-13.

⁴ Cf. HUMBER, *Alternative medicine*, op. cit., p. 49.

⁵ *Idem*.

⁶ 2 millones de \$US en el 1992, 12 millones en el 1997 (contra los 12 mil millones de \$US asignados para la investigación biomédica). Se han creado por obra del *Office of Complementary Alternative Medicine* 10 centros de investigación y realizados 50 proyectos de investigación. Cf. HUMBER, *Alternative medicine*, op. cit., pp. 71-72.

⁷ Cf. HUMBER, *Alternative medicine*, op. cit., pp. 71-72. En EE.UU. se reconoce con mayor facilidad la autonomía del paciente para utilizar las CAM. Cf. COHEN, *Complementary and alternative medicine*, op. cit., p. XIII.

⁸ En los años '90 se divulgan estudios de sociólogos (en sociología sanitaria) sobre la Medicina Alternativa. El 57% de los médicos en EE.UU. incentiva el uso de terapéuticas no convencionales. Cf. HUMBER, *Alternative medicine*, op. cit., p. 66. En Alemania el 25% de los médicos usan la homeopatía, en Francia el 32% y en Gran Bretaña el 40% usan directamente o envían a homeópatas para algunas patologías. Cf. FRYE J., *Homeopathy in office practice*, en "Complementary and Alternative Therapies in Primary Care", dic. 1997, 24 (4), p. 845.

⁹ En el 1992 en EE.UU. el *National Institute of Health* (NIH) para orden del Congreso ha abierto un *Office of Alternative Medicine* (OAM) luego dicho *Office of Complementary Alternative Medicine* (OCAM) para estudiar los cuidados alternativos sobre todo en los tumores malignos. En diciembre 1995 en un

LOS TRATAMIENTOS, CLASIFICACIÓN

1 - TRATAMIENTOS MENTE-CUERPO	2 - TRATAMIENTOS MANUALES
Partiendo de la mente	Quiropráctica
Biofeedback	Osteopatía
Counseling (y co-counseling)	Reflexología (pies, manos,...)
Gestaltkreis-therapy	Rolfing o integración postural
Hipnosis y autohipnosis o Terapias biogénicas.	Biofield
Meditación trascendental, Zen.	Kinesiología aplicada
Mindfulness	Masajes, chinos, sueco, etcétera.
Musicoterapia	Linfodrenaje
Psicología Transpersonal	Masaje fisiátrico
Sofrología	Amma
Terapia Regresiva	Toque leve
Tele Terapia	Healing touch
Visualización	Touch Therapy
Aura Soma	Reiki
Mutua ayuda	Rosen
	Polarity Therapy
	Mio Terapia
Partiendo del cuerpo	
Arte Terapia	
Danza Terapia	
Yoga	
Terapia Reichiana u Orgone Terapia	Acupresión
Bioenergética	Doy en
Hakomi Terapia	Shi Atsu
Ejercicios y deporte	Jin Shin (jyutsu y do)
Placebo	Acu Yoga
Training autógeno	Tui na
Feldenkrais	
Técnica Alexander	Artes marciales
Privación sensorial	A los Ki Dado / Qi Batintín / Tú ai Quién
Flotation tank	Kárate / Kendo / Kung fu / Juji Tsu / Judo
Relajamiento progresivo	Tae Kwon Do
Desensibilización	
Arnis y Capoeira	
Trager work	

encuentro del AMA (*American Medical Association*) se pasaba una resolución a favor de los estudios científicos sobre las técnicas médicas alternativas. Algunas prestigiosas Facultades de medicina en EE.UU. han comenzado recién a dar cursos sobre las CAM. *Ibidem*, pp. 66-68. Es útil el texto de Sarah Cant para mostrar el progresivo paso de legitimación de las CAM en Gran Bretaña. Las CAM fueron consideradas medicinas "alternativas" no comprobadas y a-científicas en 1986; sin embargo en 1992 las mismas fueron llamadas medicinas "complementarias" en documentos oficiales, dignas de estudios e investigación.

3 - PRÁCTICAS MÉDICAS ALTERNATIVAS	4 - TRATAMIENTOS BIO-ELECTRO-MAGNÉTICOS
Prácticas profesionales	Láser Terapia
Antroposofía	Radar Terapia
Moxibustión	Diatermia
Terapia Auricular	Resonancia Terapia con microondas
Medicina ambiental	Electroacupuntura
Terapia de Cristales	Radiónica
Flores de Bach	
Iridología	5 - TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS ALTERNATIVOS
Ayurveda	EDTA y quelantes,
Acupuntura	Derivados del cartílago
Naturopatía	Antineoplastomas
Homeopatía (constitucional, unicista, pluralista, complexista)	DHEA (deidroepiandrosterona)
Sales de Schussler	Melatonina
Terapia de los Colores	
Fitoterapia o herboristería	6 - REGÍMENES
Aroma Terapia	Dietas balanceadas y no balanceadas
Terapia neural	D. macrobióticas
Prácticas Populares	D. vegetarianas
Clarividencia	D. para esclerodermia, esclerosis múltiple
Curanderos (energéticos, magnéticos, espiritistas), Magia, Chamanismo	Gerson Terapia
Tradiciones populares	
Riegos del colon, Purgas, Obstetricia popular	7 - TRATAMIENTOS RELIGIOSOS Y DE FE
Prácticas Comunitarias	Oración
Herboristería popular	Prácticas religiosas/rituales
	Imposición de manos

- 1.- *Tratamientos mente-cuerpo*: son los que necesitan menos medios y recursos materiales para realizarlos, solicitan la colaboración del paciente; suponen una potencial unión terapéutica mente-cuerpo, por lo tanto actuando sobre una de las dos dimensiones pretenden conseguir beneficios sobre la otra.

- 2.- *Tratamientos manuales*, ej. los masajes. Son los más baratos.
- 3.- *Prácticas alternativas*:
 - A- *profesionales*¹⁰: se han creado escuelas.
 - B- *Prácticas populares*: son difundidas por agentes no profesionales y practicadas en casa o en ambientes no institucionales.
- 4.- *Tratamientos bio-electromagnéticos*: ej. laserterapia, están en el límite entre la medicina convencional y alternativa, utilizando radiaciones no ionizantes y equipos de alta tecnología.
- 5.- *Fármacos alternativos*, que no están apoyados por evidencia y experimentación subvencionada por empresas farmacéuticas.
- 6.- *Regímenes preventivos y curativos* parten de experiencias de patologías relacionadas a faltas o sobredosis de algunos elementos.
- 7.- *Tratamientos religiosos y de fe*: hoy éstos (desde siempre practicados) se han visto estudiados por investigaciones epidemiológicas, sobre las cuales se hablará en el próximo capítulo.

PALABRAS CLAVES DE LAS MEDICINAS NO CONVENCIONALES

- 1.- *"Healing" (sanación o curación integral)*. Tales medicinas tratan de ver la enfermedad como una escuela para conocerse y crecer como proyecto existencial.
- 2.- *Responsabilidad*. Ellas empujan al paciente a esforzarse en prevenir y curar la propia enfermedad. Los imperativos de las CAM están planteados en positivo ("refuerza tu paz interior, aumenta tus energías interiores, despierta tu autoconciencia", en vez de las prohibiciones, "no fumar, no beber alcohol, no comer grasas").
- 3.- *Personalización de la cura*: en algunas CAM no existen fármacos por patologías, sino existen "remedios" para la persona con aquella enfermedad. Es necesario que cada uno entienda el significado y el tipo de su misma enfermedad. El *objetivo* de las CAM es dar una curación personalizada.

¹⁰ Las más reconocidas en su validez, por ejemplo, según la más grande *Orden de los médicos de Italia* (la de Roma), son: homeopatía, homotoxicología, ayurveda, medicina china, acupuntura, antroposofía, fitoterapia.

ANÁLISIS EPISTEMOLÓGICO DE LA RELACIÓN ENTRE UN SABER INTEGRAL Y EL SABER BIOMÉDICO

La biomedicina se posiciona hoy respecto de las numerosas CAM con una actitud de superioridad como hacia "sistemas" de creencias primitivas o "charlatanería médica". Se trata, sin embargo, de un choque entre dos visiones del mundo (cosmologías) y dos visiones del hombre (antropologías), choque ya ocurrido otras veces en la historia de la medicina. Nos referiremos para tal análisis al texto del sociólogo americano Stephen Lyng¹¹. No se trata de una comparación entre dos técnicas terapéuticas, ni entre dos saberes médicos en su acción concreta, sino de una comparación entre lógicas epistemológicas que están en la base de tales saberes. Además, muy importante es el concepto de que no se pueden poner juntas todas las CAM como algo uniforme. Hay algunas que siguen el paradigma que vamos a ilustrar ahora, otras sólo en parte y otras no. Pero no es la intención de este capítulo desarrollar este análisis tan importante de tipo antropológico sobre las distintas CAM, como no es tampoco la intención hablar sobre el tema, tan relevante para la salud/sanación, de la eficacia clínica de las distintas CAM. Para este último asunto, se puede remitir el lector a libros y revistas especializadas¹².

DEL PARADIGMA ESTÁTICO POSITIVISTA (O DE OBJETOS) AL PARADIGMA DINÁMICO INTEGRAL (O DE RELACIÓN)

La epistemología del saber biomédico actual nació de la corriente filosófica *positivista* caracterizada por:

UN MÉTODO - Sigue las reglas del método lógico-deductivo.

EL DUALISMO - Separa el mundo de los objetos (materiales), de aquellos de los sujetos (personales).

LAS LEYES - Busca reglas válidas universalmente (la objetividad científica, la verdad como estabilidad).

EL ANÁLISIS - Trata de delimitar las unidades base que componen la realidad (las partes) para poderlas clasificar.

LAS CAUSAS - Investiga, según un modelo de causa-efecto, el origen de cada fenómeno para que así puedan hacerse previsibles.

De tal posición filosófica nacen numerosas dificultades; algunos ejemplos:

¹¹ Cf. LYNG S., *Holistic health and biomedical medicine, a countersystem analysis*, State University of New York Press, Albany 1990.

¹² Cf. FUGH-BERMAN A., *Alternative medicine, what works: a comprehensive, easy-to-read review of the scientific evidence (pro and co)*, William Wilkins, Baltimore 1997. Cf. *Alternative Therapies in health*

- SOBRE EL DUALISMO, - Tratándose del hombre, si se extiende la visión biomédica a los conceptos físico de "energía", o antropológico de "humano", o de *Gestaltkreis*¹³, el *dualismo* aparece como un reduccionismo fuera de la realidad.
- SOBRE EL ANÁLISIS - La síntesis del todo (o análisis sistémico) y las interrelaciones entre las variables, explican de modo más completo los fenómenos en comparación a las aclaraciones hechas con el análisis de las partes individuales de la visión biomédica.
- SOBRE LAS CAUSAS - Las causas a menudo son múltiples y contemporáneas y es más correcto hablar de "correlaciones" entre varios factores causales; sobre un fenómeno actúan factores próximos y lejanos, a breve y a largo plazo, en su misma dimensión y en otras dimensiones; tales factores, tomados juntos, producen fenómenos no reducibles a los efectos de las causas individuales tomadas aisladamente.

Para superar tales dificultades, nació la exigencia de una epistemología alternativa a aquella positivista. Ya algunos filósofos¹⁴ subrayaron el holismo, la síntesis, la unidad, es decir el hecho que "el todo es más que la suma de las partes»; el todo viene antes de la parte, pero sólo Hegel precisó por la "teoría de las *relaciones interiores*" qué tipo de relación hay entre las partes y el todo.

Hegel solucionó el problema de la esencia de la realidad con el concepto de "relación": "las partes son dinámicamente interdependientes e interpenetrantes" por relaciones internas y externas, relaciones que pertenecen más a la dimensión ontológica que a aquella lógica. Pasar de una realidad hecha de "cosas" a una hecha de "relaciones", permite no seguir razonando con categorías de estatismo, delimitación, estabilidad, resistencia, conflicto, sino con categorías de dinamismo, interconexión, inestabilidad, desarrollo, soluciones creativas. El concepto de "relación" como base para observar la realidad soluciona:

- El problema de la *causalidad*, transformándolo en interacción mutua y efecto recíproco.
- El problema de los *opuestos* que, si son tomados aisladamente son irreconciliables, pero vistos desde el todo se convierten (en sus aspectos

and medicine, peer reviewd journal. Revista mensual con artículos experimentales sobre las distintas CAM.

¹³ *Gestalt* indica la esencia *multidimensional* del ser humano. Se refiere aquí a las dimensiones *biológicas* (átomos, moléculas, células, tejidos, órganos, aparatos y sistemas), a aquella *psicológica* (el yo, su comportamiento, su experiencia...), a aquella *sociológica* (relaciones entre personas, familias, comunidad, cultura), a aquella *ecológica* (relación con la biósfera) y a aquella *espiritual* (*relación con lo meta-físico y apertura a ello*). Otro concepto es la *integralidad* que, en vez de fijarse en las dimensiones sobre dichas en sí mismas, integra el todo, conservando las "relaciones" entre las partes.

¹⁴ Se trata de presocráticos (sobre todo Parménides), de Espinoza y Leibniz.

naturales e inevitables) en un proceso dialéctico de comparación y transformación.

- El problema de la *cualidad* de los fenómenos, imposible de observar y describir con paradigmas sólo cuantitativos.

La perspectiva integral así entendida parte además de una concepción *dinámica y diacrónica* (histórica) de la naturaleza humana. Son centrales los conceptos como: evolución, transformación, renovación, desarrollo de la propia *Gestaltkreis*. El hombre es visto no sencillamente como algo estático ("es"), sino como algo dinámico ("lo que puede llegar a ser"). Sus potencialidades exploradas y valorizadas a la luz de la fe podrán crear una antropología y una ética distinta y más humana que aquellas adoptadas pragmáticamente por el sistema sanitario biomédico actual.

DISCUSIÓN SOBRE LAS DEFINICIONES

<p><i>Paciente:</i> es un sujeto competente, que sabe definir sus propios problemas de salud (puede, con algunos límites, hacer autodiagnósticos) y sus propios objetivos de salud. Tiene el conocimiento para decidir las estrategias apropiadas y controlar el curso de los acontecimientos, elegir una o más terapias.</p>	<p><i>Paciente:</i> es el que busca un estado de "salud", según una visión farmacológica o quirúrgica, delegando al médico y a los fármacos conseguirle la salud que busca. Se trata de una búsqueda de tipo comercial, es decir de una "salud-mercancía" que puede adquirir.</p>
<p><i>Médico:</i> el que actúa como educador, formador y consejero proveyéndole al paciente aquellas informaciones, categorías, perspectivas y conceptos para poder efectuar la elección entre las definiciones y las decisiones que tiene que tomar. Por lo tanto, lo ayuda a asumir la responsabilidad de una elección entre varias posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Entonces el médico tiene que ser un ayudante para que el enfermo sea sanador de sí mismo.</p>	<p><i>Médico:</i> es el que posee el saber médico para producir salud. De él y de su competencia depende la salud del paciente.</p>
<p><i>Relación médico-enfermo:</i> consiste en las responsabilidades complementarias, en el sentido que el médico controla las perspectivas de la enfermedad, pero es el paciente el que controla el</p>	<p><i>Relación médico-enfermo:</i> se trata de una alianza terapéutica, se basa en el hecho que el objetivo es común: derrotar la enfermedad y producir salud.</p>

proceso diagnóstico y terapéutico¹⁵. El grado de poder dado al médico varía, según como se haya estructurado la práctica médica. En el modelo integral tal poder es minimizado, gracias al énfasis otorgado a la responsabilidad del enfermo.

Salud: es un proceso¹⁶, producto de actividades¹⁷ para mantener y desarrollar capacidades humanas y conservar el equilibrio con el ambiente. También puede ser *multidimensional*¹⁸, si se sabe usar creativa y constructivamente el cuerpo y la mente, expresando las emociones, poniéndose en contacto con el ambiente. Salud en medicina integral, significa ver el organismo como una unidad "Gestaltkreis integrante", una serie de "planes" o dimensiones interpenetradas entre ellas, corpórea/psíquica/espiritual. En un esquema visual es como tener "enteros dentro de enteros", el entero más reducido, o sea "cuerpo-materia" está incluido en el entero «cuerpo-materia/cuerpo-energía/cuerpo-mente/cuerpo-social/c-espíritu», como una muñeca rusa. Tal esquema enfatiza el todo sobre la parte, las relaciones interiores sobre las partes y pone en evidencia que cada parte refleja una persona.

Mente y cuerpo: mente y soma representan dos efectos de una misma causa; tal concepto es utilizado para producir salud de dos modos: 1- hacién-

Salud: la salud es el objetivo al que tiende cada saber médico. En el saber biomédico es la ausencia de disfunciones bioquímicas; si hay disfunción no hay salud, las dos se oponen y se excluyen recíprocamente. La salud también es el resultado de un proceso de acción farmacológica o quirúrgica de varios sistemas orgánicos. El individuo sano no necesita preocuparse de otra cosa que del mantenimiento del funcionamiento de su cuerpo-bioquímico.

Mente y cuerpo: la biomedicina ve el cuerpo y la mente de modo dualístico, sin interrelaciones medibles; la realidad es aquella del objeto y de

¹⁵ El modelo es utópico porque el médico dirigirá inevitablemente las elecciones del paciente y éste último, a causa de escasos conocimientos e incapacidades, no estará en condiciones de asumir tales responsabilidades, a menos que tenga una educación avanzada, y por tanto se instala necesariamente una relación jerárquica o paternalista en la cual el operador sanitario va a asumir tal responsabilidad.

¹⁶ La salud no es un "estado" o una "condición estática"; ella, en su plenitud, no puede ser nunca alcanzada, sólo buscada.

¹⁷ La actitud no es pasiva y fatalista, o sea, no se acepta como inevitable cada deterioro de las capacidades orgánicas y funcionales del individuo.

¹⁸ La salud no es sólo aquella fisiológica, el disfuncionamiento orgánico no es el término opuesto a la salud, sino un momento de la biografía del ser humano: salud y mal funcionamiento pueden coexistir. La distinción entre normal y anormal no puede ser hecha porque cada *Gestalt* tiene un carácter individual.

dose conscientes de las funciones corpóreas, del efecto de ciertas comidas, de fuerzas y debilidades, de la misma respiración, pero también de comportamientos sociales y espirituales, de estados emotivos, de la tensión crónica, del nerviosismo. 2- Aprendiendo, con técnicas de *biofeedback*¹⁹, a controlar lo que se ha logrado hacer consciente. La introspección es por lo tanto, un modo para acercarse hacia la autosanación y a la responsabilización del enfermo.

los factores objetivos (cuerpo como pura materia), mientras: conciencia, mente, significados, o son sólo epifenómenos insignificantes para la recuperación de la salud; la mente no es más que un confuso y alterado indicador de procesos que ocurren en el cuerpo. El médico trata de descubrir todas las condiciones objetivas que dan origen a sensaciones subjetivas, es decir el fin del modelo científico es objetivar sensaciones subjetivas.

Etiología: la "causa" significa co-existencia de relaciones en que cada elemento está relacionado a otro. En términos espaciales una disfunción orgánica también puede originarse en desequilibrios sobre planos metaorgánicos. En términos temporales la disfunción se relaciona también con acontecimientos ocurridos hace poco o mucho tiempo.

Etiología: la "causa" en la biomedicina, generalmente es orgánica (genética-bioquímica-biológica-microbiana, química o física) y produce una serie de efectos, la patogénesis. Los factores metaorgánicos no pertenecen a la etiología de la enfermedad. Llegar a controlar tal etiología con una terapia etiológica es el objetivo ideal para la biomedicina.

Síntomas: son señales físicas de una condición de intoxicación dicha: "toxicosis global."²⁰ Síntomas, antes psicológicos y después físicos, preceden a los daños orgánicos siguientes más graves. Los síntomas son una reacción, una información, un mensaje, una oportunidad de cuidarse, algo que comprender y aprender para orientar los mismos esfuerzos hacia la sanación.

Síntomas: son una sensación del paciente que corresponde a un *daño del tejido* (anatómo-histológico) o a un *desorden funcional* (fisiológico), que debe ser diagnosticado con exámenes (biopsia, imágenes y laboratorio) y eliminado.

Diagnóstico: el problema psíquico o el trastorno leve se diagnostica (reconoce) identificando los síntomas precoces

Diagnóstico: búsqueda de la histopatología o fisiología del daño conectando primero las señales y los sín-

¹⁹ *Training* autógeno, contemplación meditativa, yoga, visualización creativa, actitudes pasivas para parar el diálogo interior, para pasar del pensamiento lógico a aquel intuitivo: danza terapia, respiración, meditación.

²⁰ A tal propósito se habla de *toxinas emotivas* (en la medicina china por ejemplo se vincula cada órgano con una emoción: estrés que causa hipertensión, rabia que perjudica el hígado, miedo que perjudica

de las enfermedades cuando el daño orgánico del tejido todavía no se ha ocasionado. Tales síntomas precoces se pueden notar en las extremidades²¹. Puesto que cada individuo es único, también todas sus enfermedades son únicas y deben ser tratadas de modo personal, teniendo en cuenta las diferencias de cada persona. Biografía, estilos de vida, estados emotivos y factores personales pertenecen al diagnóstico integral.

Terapia: si la enfermedad concierne a todas las dimensiones del hombre, la terapia deberá ser dirigida a todos los niveles de la *Gestaltkreis* humana, a toda la persona. La terapia consiste en técnicas que actúan sobre la totalidad del individuo. 1. *de mantenimiento* de las capacidades humanas a nivel físico, emotivo, social y espiritual. 2. *de crecimiento* y de adquisición de nuevas capacidades sobre todo a nivel de la emotividad, de la conciencia metafísica de sí, del mundo, del otro, de la creatividad. 3. *para mantener el equilibrio*²² (de la *Gestaltkreis*). Se trata de metodologías terapéuticas que no sustituyen al poder de sanación del sujeto pero lo estimulan a funcionar.

tomas externos, con la semiótica clínica, y luego investigando valores de anomalías orgánicas más interiores, con la clínica instrumental. Resulta un "caso clínico" con el nombre de una patología integrada en la nosografía. Eso hace desaparecer la idea del sujeto enfermo tras la enfermedad.

Terapia: se trata de técnicas equilibradoras/repadoras, es decir que actúan de modo quirúrgico o bioquímico. El objetivo es actuar sobre el sitio de la enfermedad, con modelo reparativo. Arreglar el tejido, órgano, aparato dañado es la intervención más directa y eficaz. La enfermedad es la antítesis de la naturaleza, por esto debe ser eliminada en su expresión histopatológica por terapias posiblemente etiológicas o patogénicas y, siempre sintomáticas.

El ideal utópico, presentado en la primera columna de la medicina integral y llevado al extremo, sería un sistema sanitario de *self healing* o de *patient control* (el paciente se cura a sí mismo sin necesidad del médico ni de estructuras). Eso es imposible para aquellas enfermedades más graves que hacen incapaz al paciente de curarse y es también muy difícil para todos los sujetos

los riñones, exceso de deseos que perjudica el bazo, expectativas frustradas, preocupaciones, soledad que perjudica los pulmones, ...), *toxinas ecológicas* (la contaminación del agua, aire y suelo con daños directos a plantas, frutos y animales, e indirectos al hombre), *toxinas sociales* (falta de higiene, de paz y libertad social, de orden y organización, ...).

²¹ Reflexología en los pies y en las manos, iridología en el ojo, medicina china en la muñeca, aurículo-terapia.

²² La búsqueda del equilibrio no es en contradicción con el dinamismo de la salud, porque también el equilibrio es dinámico; cada variación interior y exterior cambia el equilibrio.

que no tienen alfabetización suficiente para adquirir esta *capacitación* sobre la propia salud. En cambio, una visión equilibrada de la medicina integral, ha sido asumida por algunas CAM, realizando todo lo que es alcanzable con los medios disponibles. Una de estas CAM es la homeopatía constitucional que vamos ahora a analizar brevemente, a título de ejemplo, por su relación con la humanización del cuidado de la salud.

HOMEOPATÍA CONSTITUCIONAL Y MEDICINA INTEGRAL

La homeopatía constitucional²³ se basa experimentalmente en tres principios probados sobre el hombre:

Principio de similitud: "similia similibus curantur", "los semejantes curan a los semejantes"; un mismo fármaco si es dado a una persona sana produce síntomas; si es dado, en cambio, a una persona que presenta aquellos mismos síntomas produce la sanación.

F.S. Hahnemann, médico fundador de la homeopatía, descubrió que si el sujeto con una enfermedad contrajera una segunda enfermedad, parecida a la primera²⁴, la primera desaparecía definitivamente, es decir la segunda enfermedad suplía de remedio homeopático. El remedio homeopático no suprime, sino que reemplaza de modo no dañino las enfermedades que imita.

El principio de similitud ha sido demostrado a través de una experimentación (*provings*)²⁵ con los distintos remedios homeopáticos en sujetos sanos en distintos lugares y en diferentes momentos, dando siempre los mismos resultados. Son testigos de esta experimentación 36 materias médicas homeopáticas inglesas, 29 alemanas, 25 francesas, 4 italianas²⁶.

²³ Junto a un uso clásico hahnemaniano dicho "constitucional o unicista" (prescribe un remedio a la vez yendo gradualmente hacia las dinamizaciones altas para responder a la necesidad de salud de toda la persona), existen otras escuelas homeopáticas que prescriben más remedios a bajas dinamizaciones en el mismo día a distancia de horas el uno del otro (*homeopatía pluralista*) y aquellas que prescriben más remedios a bajas dinamizaciones en el mismo tiempo (*homeopatía complexista*). En éste último caso se puede hablar de "homeopatía sintomática" en cuanto ella está orientada a la eliminación del síntoma que molesta.

²⁴ Coqueluche y después Sarampión; Eczema y después Sarampión; Herpes ocular y después Viruela ocular. La segunda enfermedad, notó Hahnemann, debe ser parecida (y no igual) a la primera, y más fuerte y grave, sino no arraiga.

²⁵ Los *provings* consisten en dar una substancia a un sujeto sano y describir todos los síntomas. Este síndrome (conjunto de síntomas) será siempre el mismo, repitiendo el *proving* con distintas personas y se llamará: el cuadro del remedio.

²⁶ Cf. LODISPOTO A., *Storia della omeopatia in Italia. Storia antica di una terapia moderna*, Mediterranee, Roma S.A. Cf. LODISPOTO A., *Guarire con l'omeopatia*, De Cristofaro, Roma 1979.

*Principio de dinamización*²⁷: disminuir la dosis de la tintura madre es aumentar su potencia energética. Hahnemann descubrió por primera vez con la *Cinchona officinalis* (quinina), que disminuyendo la dosis y agitando el remedio a cada disminución (100 agitaciones para cada 100 diluciones) quedaba el principio "energético" de aquella sustancia (seguía teniendo efecto), en cambio desaparecía el principio tóxico. Él llamó esta particular forma de diluir: dinamización

Lógica energética: ésta es regulada por *la fuerza vital*²⁸, que produce el efecto, pero en sí no es mensurable hasta que no se tenga un instrumento adecuado.

La homeopatía estimula la fuerza de autosanación; demuestra que es más importante el interior: cuando hay una epidemia no todos se enferman. ¿Por qué? Porque algunos tienen una fuerza sanadora interna superior ("fuerza vital"). Es una fuerza personal que mantiene más protegida a la persona.

La *antropología* de la homeopatía es muy simple. El hombre es un ser dinámico, que tiende a un fin superior y espiritual. La homeopatía se inclina a mantener el organismo sano y vital para que el ser humano pueda alcanzar este objetivo. Existe para la homeopatía un espíritu que se sirve del cuerpo para llegar a su objetivo.

EL TIPO CONSTITUCIONAL DINÁMICO

Cada remedio homeopático no se refiere a un síntoma o a una enfermedad, sino que apunta a un tipo constitucional. Encontrar el remedio correspondiente a un individuo, no significa querer clasificarlo en una enésima teoría de la personalidad, sino, -dice Rolando Sananes, homeópata francés-, buscar "el punto de contacto entre el hombre y su enfermedad"²⁹.

²⁷ Pruebas de la eficacia de remedios homeopáticos dinamizados (diluidos más allá del número de Avogadro, sin soluto presente) se pueden encontrar en revistas médicas. Cf. REYLLY D.T., MC SHARRY C., TAYLOR M.A., AITCHISON T., (*Sobre la fiebre del heno*) en "Lancet" 1986, 881, p. 86. Cf. REYLLY D.T., TAYLOR M.A., BEATTIE N.G.M., (*sobre el asma alérgico*) en "Lancet" 1994, 344, pp. 1601-6. Cf. LINDE R., CLAUSIUS N., RAMIREZ G., et al., *Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects, a meta-analysis of placebo-controlled trials*, en "Lancet" 1997, 350, pp. 834-43. Cf. KLEJINEN J. et al., (*un meta análisis sobre 105 investigaciones hechas hasta 1990*) en "British medical Journal" 1992, 302, pp. 316-23.

²⁸ El término "fuerza vital" se origina en la filosofía vitalista. El vitalismo afirma que los seres vivos están vivos, gracias a una fuerza de autoconservación y están sanos, gracias a esta misma fuerza que no se ve, no se mide, pero se ven los efectos de ella (coordinar y controlar las funciones orgánicas). Una comparación puede hacerse entre la fuerza vital y la fuerza de gravedad (a nivel físico) o la fuerza de voluntad (a nivel psicológico). Hoy el término "fuerza vital" se podría cambiar por "bioenergía" u otro, pero el concepto es el mismo: hay fenómenos no explicables con la genética o la bioquímica o la inmunidad, que necesitan otros niveles de explicación (como la biofísica). Para profundizar el concepto de energía en la ciencia hoy cf. IERO D.P.F., PESANTE A., *La scienza moderna e i nuovi eretici*, Sugarco Ed., Milano 2000.

²⁹ Cf. SANANES R., *Il libro dell'omeopatia*, (trad. de M. Ubetazzi; título original: *Homéopathie et langage du corps*, Paris 1982), Garzanti, Milano 1989², p. 77.

La diferencia entre una teoría psicológica de la personalidad y el cuadro constitucional homeopático consiste en lo siguiente³⁰:

Generalmente las teorías de la personalidad asumen como un *determinismo* los rasgos del carácter de un individuo, definiéndolo en un "tipo", le quitan libertad de elección, y no le permiten comportarse como querría³¹. Además, tal determinismo también quitaría libertad a eventuales actos terapéuticos de tipo psicológico o farmacológico, considerando fija la relación entre diagnóstico y terapia.

En cambio, la teoría constitucional homeopática considera aquellos mismos tratamientos del carácter desde una perspectiva diferente: como *potencialidad*, la predisposición hacia algo. La personalidad no es el efecto inmutable de cierto genotipo, sino un juego funcional que permite emprender un camino personal de crecimiento. Tal personalidad-potencialidad ayuda a tomar una postura frente a los condicionamientos, actuando sobre una "fuerza" (la reactividad interior personal) introducida en la persona del Creador. Tal personalidad-potencialidad ayuda a reconocer la verdad de sí mismo, en síntesis a bajar hacia la más profunda dimensión del yo, la que decide construir libremente la identidad específica de toda la persona.

Prácticamente, *el remedio constitucional dinámico de la homeopatía* probado sobre el sujeto sano, producirá en él un cierto *cuadro* de signos y síntomas físico-psíquicos; este cuadro tendrá un núcleo, el "genio" del remedio (las características siempre presentes) y un conjunto de signos y síntomas (presentes sólo a veces). El remedio se convierte en el símbolo de cierta constitución, de cierta personalidad, de cierto modo de enfermarse, se convierte, o sea, en una persona real: el Sr. Nux vomica, la Señora Pulsatilla, el niño Belladonna, el anciano Lycopodium. Tal persona simbólica o tipo constitucional, debe ser confrontado con el paciente real que busca ayuda para ser curado. Cuando se logra encontrar una correspondencia lo más completa posible, ya sea sobre el aspecto psíquico, ya sea sobre aquello físico entre el remedio y el paciente que se tiene en frente, se habla de "*simillimum*"³². Tal remedio

³⁰ Cf. Los actos del seminario de estudio organizado del ALAEF (Asociación de Logoterapia y Analisis Existencial Frankliana) el 13 marzo 1999 a la Pontificia Universidad Salesianum de Roma: *Omeopatia e Logoterapia. Via col senso*.

³¹ Por esto la ética y la teología no aprueban o, al menos ven con sospecha, todos los intentos de clasificar al hombre en "personalidades" que lo atrapan y le quitan responsabilidad: se piensa en la astrología, en las explicaciones biologicistas y genéticas de los comportamientos. Rita Levi Montalcini, premio Nobel de medicina, ha sido atacada por exponentes del pensamiento católico cuando ha hablado de factores genéticos de predisposición a la toxicomanía asociada a las enfermedades mentales, en cuanto se ha visto esta hipótesis como un atentado al libre albedrío del hombre. Cf. SILVESTRINI B., *Gli psicofarmaci: da uso terapeutico a rischio di abuso*, en "Dolentium Hominum", revista de la pontificia comisión para la pastoral de los agentes sanitarios, 1992, 19, pp. 93.

³² Cf. GRANATA G., *Omeopatia e sessualità*, Sopen, Jaca Book, Milano 1995, p. 13.

único, constitucional, adaptado al momento dinámico de la biografía del paciente, es aquél que, por el “principio de semejanza”, según la escuela hahnemaniana, permite el reequilibrio de una *fuera vital* alterada (sometida a enfermedad, cualquiera que ella sea) y sobre todo permite una prevención general reforzando las capacidades intrínsecas de defensa del organismo. La sanación que se obtiene con tal remedio constitucional será progresiva desde la última enfermedad hacia las patologías pasadas más antiguas (Ley de Hering).

Para comprender mejor cómo la homeopatía describe un tipo constitucional, se tomarán en consideración brevemente tres remedios homeopáticos.

El remedio *Pulsatilla nigricans* (flor llamada anémona *pulsatilla*, de la familia de las ranunculaceae contiene estas sustancias tóxicas e irritantes. Es suficiente acercar la flor a los ojos para tener irritación y lagrimeo. La leyenda cuenta que esta planta ha nacido de las lágrimas de Venere). El genio del remedio puede ser llamado: “Mamá! Mamá!”

Remedio típicamente femenino, *Pulsatilla* se presenta a la parte infantil de la persona que no es madura desde un punto de vista emotivo y no parece sentirse segura del amor de los padres. El principal sentimiento es el miedo del abandono. Tal miedo puede tener carácter obsesivo y causar varias formas de celos. Presenta rituales obsesivos a través de muñecas, objetos varios cargados de intenso significado simbólico, a veces usa la religión en tal sentido simbólico.

No teniendo certezas en sí, *Pulsatilla* puede sentirse atraída por personas y comunidades dogmáticas, mostrándose después inflexible, expresándose con frases hechas. La evidente vulnerabilidad la lleva a desarrollar sospechas y miedos: oscuros fantasmas, enfermedades y desgracias que pueden alterar el sueño.

Personalidad atractiva, amable, cordial, bondadosa y sosegada expresa abiertamente las propias emociones y llora con facilidad. Se entusiasma rápidamente y busca la relación directa. Por ejemplo, saluda con abrazos y besos, tanto que parece querer dar la impresión de agarrarse físicamente al otro. Aparentemente es disponible, conciliadora y sensible hacia los sentimientos ajenos, pero lo hace esencialmente para no dejar descontento a nadie. Sujeto más reactivo que propositivo es como si le faltara voluntad y consistencia propia y se fatiga mucho al afrontar directamente los problemas.

Busca insistentemente la atención y el afecto ajeno como si fuera una esponja, pero no es igualmente generoso cuando se trata de ofrecérselo al prójimo.

Indeciso y fácilmente influenciado, está temeroso de ofender o herir porque en su naturaleza dependiente teme perder el sostén de personalidades más fuertes. Busca obtener lo que necesita acogiéndose a un comportamiento pasivo y

vagamente infantil. Pero en su inseguridad puede ser fácilmente susceptible a la crítica y sorprendentemente quisquilloso. Sus ideas, como su humor, son caprichosas, variables e inestables. Tierna, tímida, romántica con deseo fuerte de simpatía, aprobación, atención y cariño, parece vivir para ser consolada. Pero cuando no halla lo que busca, cuando las estrategias puestas en movimiento no producen el resultado deseado puede hacerse agresiva, ácida y violenta, aunque también tan sólo a través del chisme y de la maledicencia. Pero en general más que abandonarse a verdaderas explosiones de cólera se hace susceptible, malvada, arisca y callada. Parece resignada y negativa, fijándose mucho en la autoconmiseración. Da la impresión de que todo el mundo está en su contra pero lo hace, más o menos inconscientemente, para atraer la atención sobre sí misma.

La dependencia conciliadora se transforma entonces en manipulación y pretensión que suponen muchos límites y cargas para quien vive en estrecho contacto con tal persona. La actitud celosa y posesiva de *Pulsatilla* resulta evidente en las situaciones más variadas. Se muestra muy celosa también de la propia pareja de la cual buscará cariño y seguridad antes que sexo. Pero no lo va a soltar un instante y llegará también a amenazarlo violentamente por supuestas infidelidades. En una palabra, le falta el sentido de la propia identidad: "es un río que toma la forma de las orillas de contención", o bien "una flor doblada por el viento que busca sostén para quedarse derecha". Para una persona así dependiente, la referencia central o hasta única es la mamá o una figura que la sustituye. El remedio *Pulsatilla* resulta casi siempre útil en el caso en que el niño regrese a un comportamiento excesivamente dependiente para su edad, pero puede ser también un buen remedio de la pubertad cuando existe la necesidad de separación y autonomía que contrasta con el espíritu del sujeto.

La tipología más clásica va sujeta a menudo a congestiones venosas.

A veces, tiene cara regordeta y redondez difusa, especialmente sobre los flancos, piel clara, delicada, muy femenina, voluptuosa, labios marcados y sensuales, las fantasías miran a la esperanza romántica. Tolerancia con fatiga los ambientes muy calurosos, pero el frío no le acomoda, tanto que a las bajas temperaturas sus manos tienden a ponerse cianóticas.

Puede ser impulsada a comer para consolarse, para llenar su vacío afectivo, en particular dulces, batidos y crema, alimentos enlazados simbólicamente a la madre. Un poco como cada remedio su estado patológico puede emerger de una base constitucional que viene agravada y descompensada por determinadas circunstancias. Los factores que desencadenan son un abandono, una pérdida (sobre todo de uno o ambos progenitores).

Remedio o tipo *Nux vomica*³³: El individuo Nux v. es definido como el "agitado de nuestros días", él muestra una ansiedad que no logra dominar: no quiere esperar y se enfada con la primera persona que encuentra, impaciente, nunca contento, siempre tenso. Al más pequeño contratiempo inicia una discusión alzando la voz, también al volante fácilmente se deja llevar de la cólera. Habla siempre en voz alta, tiene las cejas con expresión de enojo y también se opone solo y con obstinación contra todos; es el que "siempre tiene razón". Reconoce su intolerancia y su agresividad, pero no logra dominarla. En el trabajo es un hiperactivo y un autoritario, pretende muchísimo de sí y mucho de los otros; usa todas sus energías en el trabajo y trata de estimularla con alcohol, café, especias, psicofármacos, buena mesa (grasas). Durante el sueño (sueña mucho) continúa tratando sus asuntos y discutiendo, se despierta al alba y se vuelve a dormir cuando toca el despertador, por la mañana está agotado, confuso, irascible, no habla, por esto necesita un breve sueño postmeridiano para reponerse. Físicamente es friolento, se constipa fácilmente y no tolera las corrientes. Padece frecuentemente de molestias intestinales, siente un peso en el estómago una hora después de las comidas, el vientre hinchado, meteorismo relacionado al abuso de alcohol, tiene el hígado engrosado, fácilmente se lamenta de náuseas y almorranas y "se siente obligado a dirigirse a menudo al farmacéutico para preguntarle por un enésimo fármaco prodigioso que lo ponga en forma: es el consumidor ideal.". *Nux vomica* es, por lo tanto, un personaje todo instintos y excesos, vive despreciando la fatiga, vive más allá de las necesidades expresadas del cuerpo y con la vehemencia del vencedor. "La homeopatía - concluye Sananes en su descripción - distingue y siempre acentúa la importancia de comprender a un hombre más allá de sus apariencias."

Remedio o tipo *Natrum muriaticum*³⁴: el sujeto *Natrum muriaticum* (NaCl), como la sal que representa, está aparentemente inerte, un individuo cerrado, acorazado en él mismo, ejemplo del más grande autocontrol pero que esconde un mal humor y un fuerte resentimiento por traumas pasados. A eso se asocia la polaridad física y mental, de los electrolitos (Na^+ y Cl^-) que lo hace pasar de un exceso a otro (pelo graso y después seco, ojos húmedos y después secos, cara rubicunda luego pálida, estreñido luego diarrea, lágrimas y después risa grosera, hilaridad luego irritabilidad, alegría luego tristeza, exhausto y después apurado, silencioso luego verborreico). La persona aparece débil, con manos frías y sudadas, labios secos. El interrogatorio anamnésico es difícil, porque el sujeto *Natrum muriaticum* está a la defensiva, no quiere

³³ Cf. SANANES, *Il libro dell'omeopatia*, op. cit., pp. 109-112.

³⁴ Cf. DUJANY R., *Materia medica omeopatica*, Raffaello Cortina, Milano 1988, pp. 211-219.

descubrir su yo, ni el físico, ni el psicológico, no quiere hablar y sobre todo detesta el estímulo y el consuelo, se dice que «no soporta ni el calor físico ni el calor humano aunque tenga desesperadamente necesidad de ellos». El carácter psicológico fundamental es el “resentimiento” incapaz de desahogarse en la agresividad. Vive entonces atormentado por «heridas morales» del pasado, triste y deprimido, hurgando y removiendo, en silencio y llorando si está solo. La mente gasta muchas energías en tales actividades así que se siente derribada, se fatiga al hablar, al concentrarse en lo que dice, no le gusta contestar y no tiene ganas de hablar. Aparece despistado, en realidad vive sumergido en sus pensamientos. Indiferente a la compañía, a las diversiones, incapaz de aceptar bromas, es aburrido y disgustado de la vida, pero no dice nada y si alguien se acerca para consolarlo agrava la situación. Tiene temor de los cambios a su vida de rutina, está tenso en cada situación social y busca la soledad, evita y odia la atención y el contacto, excepto con los que considera mucho y con los cuales tiene total confianza. Es falta de iniciativa y no tiene objetivos. Sus opiniones son rígidas y no soporta que lo contradigan. Físicamente es friolento pero a menudo tiene la sensación de ser ácalorado. Desea farináceos, pero al mismo tiempo los detesta porque no los digiere fácilmente, bebe mucho.

Sólo la homeopatía constitucional, es decir, la basada en el remedio “*simillimum*” a altas diluciones, afirma G. Granata, médico y homeópata, no se reduce a un efecto paliativo sintomático y temporal, sino, ayuda a ejercitar la plena libertad de elección, aquella libertad de iniciativa y pensamiento que es el fundamento esencial de la autoconciencia³⁵... La homeopatía, medicina energética, es una medicina del sí: el individuo ayuda a recobrar el propio equilibrio psíquico y físico, y lo ayuda a recobrar la propia autoconciencia³⁶...

Se habla constantemente de ayuda y nunca de acción determinista o tampoco de acción mágica: “ayuda” que siempre requiere de la voluntad y la colaboración del sujeto, el primer protagonista de su salud y sanación.

CONTRIBUCIÓN DE LA HOMEOPATÍA CONSTITUCIONAL A LA MEDICINA INTEGRAL

- 1.- *Despierta fuerzas interiores para liberar la voluntad.* Una voluntad liberada facilita la realización de un objetivo humano de vida y salud.

³⁵ GRANATA, *Omeopatia e sessualità*, op. cit., p. 14.

³⁶ *Ibidem*, p. 16.

- 2.- *Conduce a conocer el propio proyecto de vida*, el propio cuadro constitucional. Cuando el sujeto tiene un buen autoconocimiento, es más fácil descubrir los modos de actualizar la presencia y la acción de Cristo médico, que quiere encontrar y curar a cada uno de modo personal.
- 3.- *Contribuye a entender mejor la propia enfermedad*. Pone la atención sobre el desequilibrio de la fuerza vital, de la biografía, de las relaciones. Proponer un mayor autoconocimiento para reducir ansiedades y miedos sin psicofármacos, es un modo de respetar los tiempos de cada uno, ayudándolo a crecer hasta alcanzar una real medicina personal.
- 4.- *Ayuda a llegar a la causa más profunda* del propio enfermo. Eso contribuye a poner al centro la verdad subjetiva y objetiva de la persona; ésta es la base de una medicina del ser humano.

Todo esto se deduce sobre la base de la experiencia y publicaciones de algunos autores y clínicos homeopáticos, que han valorado el constitucionalismo en homeopatía, como los franceses Roland Zissú (por el aspecto del dinamismo patogenético), Roland Sananes y el indio Rajan Sankaran (por la parte mental, existencial-biográfica)³⁷.

Una medicina que aspire a ser más centrada en la persona, puede obtener ventajas del conocimiento de la homeopatía constitucional, volverse cada vez más sanadora y abrir al individuo a la acción salvadora de Cristo médico, ayudándolo a conocerse y a conocer, a través de su enfermedad y su curación, a Dios-verdad-sanante. Es éste el paso siguiente para una salud-sanación plenamente humana que se analizará a través de los dos próximos capítulos.

³⁷ Cf. SANANES R., *Il libro dell'omeopatia*, op. cit.; Cf. SANKARAN R., *Lo spirito dell'omeopatia*, (trad. di B. Libei, E. Tomassini; titolo originale: *The Spirit of Homeopathy*, Santacruz, Bombay 1991), Salus Infirorum, Padova 1996; Cf. SANKARAN R., *Schemi diagnostico-terapeutici*, Salus Infirorum, Padova 2005, (tit. orig. *Sankarans schema*, 2003). Cf. ZISSU R., *Materia medica omeopatica costituzionale, studio fisiopatologico, eziologico, diatesico e clinico dei rimedi*, s.c. 1989³ (original 1960).

Capítulo VI.
MEDICINA Y ESPIRITUALIDAD / RELIGIONES
(La persona en su *orientación vital y unicidad*)

ESPIRITUALIDAD EN MEDICINA

Durante una enfermedad, un sufrimiento, una muerte, todos buscan el "sentido", y la "relación integral" (con otros, Dios, uno mismo, el universo). La espiritualidad es la respuesta a esta necesidad del hombre como la medicina lo es a la necesidad de curación. Sin embargo, muchos agentes sanitarios y profesionales parecen haber olvidado esta realidad¹. El trabajo del médico y del profesional de la salud no puede sólo conformarse con desarrollar con competencia y esmero acciones técnicas, deberían

¹ Cf. AUKST-MARGETIC B., MARGETIC B., religiosity and health outcomes: review of literature, en "Collection of Anthropology" 2005 Jun 29 (1), pp. 365-71. Cf. BUSSING A., MATTHIESSEN P.F., OSTERMANN T., Engagement of patients in religious and spiritual practices: confirmatory results with the Sp REUK-P 1.1 questionnaire as a tool of quality of life research, en "Health Quality of Life Outcomes" 2005 Sept (6) 3, p. 53. Cf. CURLIN F.A., ROACH C.J., GORAWARA-BATH R., LANTOS J.D., CHIN M.H., How are religion and spirituality related to health? A study of physicians' perspectives, en "Southern Medical Journal" 2005 Aug 98 (8), pp. 761-6. Cf. O'CONNELL K.A., SKEVINGTON S.M., The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: themes from focus groups in Britain, en "British Journal of Health Psychology" 2005 Sept 10 (Pt3), pp. 379-98. Cf. WEAVER A.J., FLANNELLY K.J., CASE D.B., COSTA K.G., Religion and spirituality in three major general medical journals from 1998 to 2000, en "Southern Medical Journal" 2004 Dec 97 (12), pp. 1245-9.

también ayudar a su paciente a dar sentido y significado al acontecimiento que está viviendo. Éste dar sentido será sanador, igual que muchas otras acciones técnicas, pero sanador a un nivel diferente de la persona. La acción técnica, mejora a nivel biológico; la acción espiritual, lo hace a nivel biográfico. Y nosotros "seres humanos", somos tanto biología (insertos en el espacio material, parte de un mundo físico), como biografía (insertos en la dimensión temporal, una historia de vida).

Hasta 1971 se usó la palabra «religiosidad y medicina» porque se estudiaba el efecto del *comportamiento religioso*, de los pacientes. Se prefiere hoy, cada vez más, hablar de "espiritualidad² y medicina", viendo en ella una dimensión más amplia que implica un bienestar integral, paz, serenidad, el sentimiento de ser querido. Digo que 1971 ha sido la fecha del retorno, porque en aquel año se realizó una Conferencia sobre los Ancianos en la Casa Blanca, Washington D.C., en torno al tema del "bienestar espiritual"; se demostró que la espiritualidad era uno de los indicadores, y no el menos importante, de la calidad de vida, tanto entre los sanos como entre los enfermos³. Hoy en los Estados Unidos las conferencias, los artículos y los libros sobre medicina y espiritualidad son muy numerosos; el valor de cada hospital o clínica se establece no sólo en relación a la calidad de su tecnología, cuyo nivel es ya muy alto en todas partes en EE.UU., sino que especialmente en base a cuál institución sanitaria puede ofrecer el mejor servicio integral-espiritual a los pacientes y a la familia. El futuro del cuidado de la salud se juega, por lo tanto, también en este campo.

La espiritualidad es un tema muy amplio y con diferentes aspectos. En este capítulo se pretende reflexionar sólo sobre algunos asuntos que nacen de su encuentro con la medicina. *¿Qué es la sanación espiritual? ¿Cuáles son los fines y las funciones de la espiritualidad en la enfermedad? ¿Es ella un medio o un fin con respecto de la sanación? ¿Cuáles paradigmas se están usando para proponer el tratamiento espiritual en el sufrimiento? Espiritualidad y religiosidad ¿son dimensiones separables o no?⁴ ¿Dios es libre de sanar*

² El sustantivo "espiritualidad" aparece en Francia el 1900; antes se usaba sólo el adjetivo "espiritual". El éxito de tal sustantivo ha ido creciendo hasta alcanzar una inflación desde 1980. Ahora la espiritualidad abarca pensamientos positivos, energía, paz mental, curas esotéricas o chamanísticas, religiones, etc.

³ CARETTA F., PETRINI M., *Ai confini del dolore, salute e malattia nelle culture religiose*, Città Nuova, Roma 1999, pp. 13-61. Cf. WHOQOL SRPB Group, *A cross cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life*, en "Society of Science Medicine" 2005 Sept 13.

⁴ La diferencia entre espiritualidad y religiosidad, dimensión espiritual y dimensión religiosa del enfermo. La dimensión espiritual representa la necesidad de sentido, de objetivo, de realización, la voluntad de vida, el unificar el propio proyecto de vida; en síntesis, son espirituales las aspiraciones profundas del hombre, las interrogantes profundas de sentido, los deseos de vida auténtica. La dimensión religiosa surge cuando toda esta espiritualidad está dirigida a Dios, a la fe, al amor, a la esperanza en un Dios con que se está en relación personal (en el judeo-cristianismo, en el islamismo) o a un Dios impersonal (en el Budismo, Confucianismo, Hinduismo, Nueva Era).

a quien quiere o está influenciado por la fuerza de la oración de súplica? ¿Quién actúa en este tipo de sanación? ¿Y sobre qué o quién se actúa? Si la espiritualidad se relaciona a una vida saludable, ¿por qué muchos santos han sido enfermos? Estas y muchas otras son las preguntas de este interesante y vasto tema que trataremos de esbozar.

ANTROPOLOGÍA DE LA ESPIRITUALIDAD

El término "espiritualidad" tiene valor distinto, según la antropología (o mejor, el paradigma cultural) del cual se parte. No es lo mismo si se considera al hombre con un paradigma mágico-esotérico o cristiano, materialista-cientista o psicosomático, personalista o existencialista⁵; cada paradigma tiene su senda lógico-deductiva y llega a una visión y definición de *espiritualidad* específica, a propuestas de expresiones y prácticas espirituales propias.

No se pretende hacer una sinopsis de las distintas formas de espiritualidad, ni tampoco juzgar cuál humaniza más al ser humano, sino simplemente partir de la antropología bíblica actual para proponer la "espiritualidad cristiana" en un lenguaje con categorías aptas para insertarla en el ámbito sanitario (de salud, sanación, sufrimiento y muerte) y en una confrontación interdisciplinaria (de fe y razón, de religión y ciencia).

Jean Boulanger⁶, teólogo francés, reflexionando sobre Gen 2,1-7, o sea sobre la imagen del soplo en la nariz que transformó al hombre en un "ser viviente", "ser animado" (*nefesh* en hebreo, *psyché* en griego), define el espíritu del hombre como la capacidad de acoger tal "soplo" de Dios (la apertura a Dios, el ser *capax Dei*), los "pulmones" para respirar tal "aliento" de Dios; éste es el espíritu (*ruah* en hebreo, *pneuma* en griego, que traduce la idea de viento, movimiento, dinamismo)⁷. El Espíritu es el "yo que viene de lo alto y va hacia lo alto", como una "copa" que desea llenarse de Dios, como un "radar"

⁵ Existe el modelo mágico-religioso (usado por el 80% de los habitantes del mundo para cuidarse); el modelo biomédico (característico de los países occidentales), está la perspectiva judeo-cristiana de la enfermedad y curación (en la cual se ve la ayuda de la presencia de Dios). Existen el modelo psicosomático, que busca explicaciones de las enfermedades en la relación entre mente y cuerpo, el modelo humanístico, que ve la enfermedad en perspectiva integral; el modelo existencial, que afirma que el objetivo del médico no está sólo en curar, sino en cuidar, o sea, ayudar al paciente a conocerse y comprenderse mejor a sí mismo y en su proyecto de vida; el modelo transpersonal, que integra a los consejos del modelo humanista y existencial también datos religiosos sobre la conciencia de sí y la unidad con la trascendencia.

⁶ BOULANGER J., *guérison pour une vie nouvelle*, Saint Paul, Versailles 1982, pp. 13-23

⁷ Espíritu y alma a veces son sinónimos, otras veces el Alma es el "principio" que da vida, otras es identificada con la "mente". Por esto es mejor sacar el término de "alma" hoy muy equivocado y remplazarlo con otros más específicos y claros.

que puede percibir al Dios que se comunica; el espíritu es, en síntesis, el Dios que se hace presente en el hombre.

No es correcto por lo tanto, partir del hombre como conjunto de partes y hablar del espíritu como una parte. El hombre, dice Boulanger⁸, es esencialmente una totalidad relacional y es plenamente hombre en la medida que "respira a Dios" y ejerce ésta, su capacidad "receptiva". Por esto San Pablo no dice "yo tengo cuerpo, alma y espíritu", ni "yo soy un compuesto de cuerpo, alma y espíritu" como señalaban los filósofos griegos y algunos teólogos cristianos, sino que escribe: "todo vuestro *ser*, el espíritu, el alma y el cuerpo..." (1 Tes 5,23), en el sentido que la espiritualidad pertenece al "ser" del hombre y no al "tener", o al "hacer".

- En tal visión integral el hombre todo es *bashar-soma* (cuerpo), radicado en la parte física del universo, vinculado con la creación en todos sus límites (desorden, entropía, sufrimiento, decaimiento, muerte), pero también en sus potencialidades (el generar, el moverse, el construir, la sensibilidad y los sentimientos, etc.).
- El hombre todo es *nefesh-psiché* (alma/mente) o sea, es vivo y racional, capaz de dominar la creación, comprenderla, controlarla (ej. con la ciencia); no tiene, sino que es una afectividad (emociones y sentimientos para dar valor a su vida); es voluntad, deseos, motivaciones,...
- El hombre todo es *ruach-pneuma*, es capaz de encontrar a Dios.

El *cuerpo* vive de pan, pero al hombre no le basta. El *alma/mente* vive de "virtudes y conocimientos", pero al hombre no le basta; sólo el *espíritu* que vive en Dios hace al hombre plenamente hombre y permite a su deseo de infinito llenarse con el infinito de Dios⁹. Por esto, es más adecuado partir del "espíritu", o sea del hombre espiritual, que inspira el alma, que a su vez dirige el cuerpo. Si al contrario, se parte para entender al hombre (y uno mismo), del "cuerpo", se llega al hombre "carnal" (egoísta, viejo, pecador, natural) y se ve al espíritu como un "caballero que tiene que domar un caballo (el cuerpo)"¹⁰. Todo esto está bien descrito en San Pablo cuando muestra la lucha entre el hombre carnal y el espiritual (cf. 1 Cor 2,14-15; 3,1-3), entre el hombre viejo y el nuevo (Ef 4,22-24), entre el hombre exterior y el interior (2 Cor 4,16), la carne y el espíritu (Gal 5,16-17). No se trata de una lucha entre dos partes del hombre, sino de un hombre entero que está frente a dos opciones: o se apoya

⁸ BOULANGER J., op. cit., p. 19.

⁹ Cf. SGRECCIA P., "Voler non volere". Le dipendenze come patologia del desiderio, en "Camillianum", 12 (2004), pp. 599-606.

¹⁰ PENDE N., La scienza moderna della persona umana. Biologia, psicologia, tipologia normale e patologica, applicazioni mediche, pedagogiche e sociologiche. Garzanti, Milano 1953 (original 1947), pp. 291-3. 358-64. 486-87.

para vivir ya sobre su "ser-cuerpo" (y pone su ser-espíritu a ser conducido por este vivir-como-cuerpo, por este hombre viejo, carnal, natural) o bien la lucha pertenece al hombre nuevo, el que se apoya sobre su "ser-espíritu" y pone su ser-cuerpo a su servicio.

No existe para la antropología bíblica, por lo tanto, un hombre divisible en partes, sino que existe un yo nuevo, yo verdadero, un yo en el cual fluye plenamente la vida (cf. Jn 10,10), en el cual el *hombre espiritual* (que vive de Dios, con Dios, en Dios, por y para Dios) guía al *hombre alma/mente* y al *hombre cuerpo*, en este vivir "sano y salvador". Y existe el hombre viejo, falso, enfermo, en el cual el hombre carne vive lejano de Dios (con satanáas, privado de vida) y obliga al hombre mente y espíritu a vivir de este engaño destructor¹¹.

Hipócrates fue un médico que conectó ciencia y religión. Él dijo que cuando aparece una enfermedad, se entrelazan tres elementos: el *hecho objetivo corpóreo* (la alteración de un órgano o aparato), la *conciencia individual*, que percibe que ha aparecido un mal (la parte psico-espiritual) y tercero, la *interpretación ética* del valor de los propios comportamientos en relación a este mal. En otras palabras el paciente cuando se enferma se hace tres tipos de preguntas¹²:

- 1.- ¿Qué tengo? ¿Quién puede ayudarme a eliminar esta molestia o enfermedad? (preguntas médicas; lógica reparativa a corto plazo)
- 2.- ¿Qué significan estos síntomas o señales? ¿Por qué a mí? ¿Qué sucederá ahora en mi vida? ¿Qué puedo esperar? (preguntas psicológicas y espirituales; lógica interpretativa a largo plazo)
- 3.- ¿Qué puedo hacer? ¿Cómo tomar responsabilidad de mi propia enfermedad? (preguntas éticas y pedagógicas)

Detenerse, como muy a menudo se hace, sólo en la primera pregunta, es reduccionismo. Es una mutilación antropológica, ya sea para el paciente o para el médico si favorece que el enfermo se plantee únicamente esta interrogante. Al médico y a los otros profesionales les corresponde ayudarlo a hacer una síntesis entre las respuestas de la ciencia y de la espiritualidad, cuyo rol es la integración entre las varias dimensiones del enfermo que se ha desmoronado en el momento de la enfermedad, que lo hace estar mal, que lo hace sufrir. Espiritualidad es *integración*, es donar de nuevo unidad a una persona que se ha estrellado y ya no ve la unidad de su vida, ni el proyecto que la sostenía.

¹¹ DOBSON T.E., *Come pregare per la guarigione interiore*, Ed. Ancora, Milano 1984, pp. 24-26.

¹² CARETTA F., PETRINI M., *op. cit.*, pp. 31-32

Con un planteamiento antropológico-bíblico de tipo integral, se puede deducir y entender el esquema (quizás simplista, pero útil para un discurso interdisciplinario) hecho por un biblista neozelandés, Tom Marshall¹³, el cual pone en correspondencia las funciones de alma/mente, espíritu, y virtud religiosa, a lo cual se añade la dimensión corpórea, según el constitucionalismo actual¹⁴. Esto ayuda en el intento de ubicar una definición de espíritu útil para la integración entre espiritualidad y medicina.

CUERPO	Hombre en relación con el espacio, interactúa con el exterior.	Constitución predominante Ectoblasto.	Constitución predominante Mesoblasto.	Constitución predominante Endoblasto.
MENTE / ALMA	Hombre en relación con el tiempo, interactúa con el pasado y con su futuro.	Razón, intelecto	Voluntad, deseos profundos, instintos.	Emociones, sentimientos, afectividad.
ESPIRITU	Hombre en relación con lo sobrenatural.	Conocimiento intuitivo de Dios, ilumina la razón.	Conciencia moral para desear el bien, la verdad.	Comunión con Dios (adoración), y con el otro (empatía).
VIRTUDES RELIGIOSAS CRISTIANAS	Hombre en contacto con el Dios personal y revelado de Jesús.	Fe, nace del espíritu y protege la mente del intelectualismo, racionalismo.	Caridad protege de deseos desordenados, y de las pasiones.	Esperanza, protege de las emociones que dañan.

El hombre no funciona como ser dividido. Si quiere vivir como un ser unificado, la redención y la salvación tienen que recuperar la integralidad con la fuerza del espíritu y de su religiosidad. Por esto, la moderna antropología y la espiritualidad rehúsan los movimientos aislados: espiritualismo, psicologismo, materialismo.

El principio fundamental, según Tom Marshall, para comprender la vida espiritual en este modelo integral, es el de "autoridad"¹⁵, como se ha señalado en Rom 6,16¹⁶. Cuando se obedece (al hombre-espíritu, a la mente o al cuerpo), esto se convierte en autoridad, la cual va a dominar y a expresarse en la vida de la persona. Si se quiere que el Espíritu, la Palabra de Dios tenga autoridad en la propia vida se necesita obedecerle; si en cambio se decide obedecer a la mente (miedos, resentimientos,..) o al cuerpo (tentaciones,

¹³ MARSHALL T., *Liberi davvero! Il Dono*, Mantova 1993 (tit. original: *Free Indeed!*, Orama Christian Fellowship Trust Auckland New Zeland 1975), p. 7.

¹⁴ Cf. ZISSÚ R., *Materia medica omeopatica costituzionale, studio fisiopatologico, eziologico, diatesico e clinico dei rimedi*,—s.c. 1983 (original 1960).

¹⁵ MARSHALL T., op. cit., pp. 19-26.

¹⁶ "¿No sabéis que al ofreceréis a alguno como esclavos para obedecerle, os hacéis esclavos de aquel a quien obedecéis: bien del pecado, para la muerte, bien de obediencia, para la justicia?" Rom 6,16.

pasiones, instintos,...) ellos van adquiriendo autoridad en el hombre y lo determinan a actuar hacia el pecado, fuente reconocida de enfermedad.

Volviendo específicamente al espíritu, es decir al hombre capaz de relacionarse con Dios y vivir de Él, según Marshall, se pueden especificar tres *funciones* que hacen presente este espíritu¹⁶.

- 1) *Conocimiento intuitivo* de Dios (cf. 1Cor 2,11-12; Jn 17,3). No es el conocimiento deductivo, inductivo, lógico, causal, de informaciones y datos de la mente, sino el sexto sentido del amor (la experiencia vital de Dios), del *espíritu* que permite recibir vida de Dios.
- 2) *Comunión con Dios* (adoración) o *con el otro* (empatía) (cf. Jn 4,24). Es comunicar, entrar en relación con el "Otro" y el "otro" a través del espíritu. Si no se recurre al espíritu, se está relegando una parte y no se llega al Tú de Dios o al tú del prójimo, no se crea ninguna relación auténtica.
- 3) *Conciencia moral* (cf. Tt 1,15; Rom 2,15); es el *espíritu* que la purifica en los contenidos (Heb 10,19-22) y hace percibir la verdad (Rom 9,1; 1Tim4, 1-2).

El jesuita Franco Imoda, en la editorial del primer número de la revista "Tredimensioni" (Tres Dimensiones)¹⁷ propone la difícil integración (asociar sin confundir) entre espiritualidad y psicología. Muestra la *psicología* como "fuerzas que existen en él (el hombre) a distintos niveles de conciencia e inconciencia". Considera la *espiritualidad* como el "más allá", el "hacia dónde" que anhelamos. Éste para el cristiano es el "Más Allá" con mayúscula, "Persona y Palabra", "Revelación". Este más allá / Más Allá es una dimensión concreta de la vivencia, donde las preguntas sobre la identidad estática, dinámica, dramática encuentran una respuesta y permiten, por tanto, la realización del proyecto biográfico personal.

CÓMO LA ESPIRITUALIDAD CRISTIANA SE MIRA A SÍ MISMA: LA ESPIRITUALIDAD / RELIGIOSIDAD

Federico Ruíz, teólogo, en su texto "Introducción a la Teología Espiritual"¹⁸ define la espiritualidad como una *vivencia de comunión*, de alianza, de pre-

¹⁷ MARSHALL T., op. cit., pp. 165-170.

¹⁸ IMODA F., Editoriale, en "Tredimensioni", 1 (2004), p. 7.

¹⁹ RUIZ F., Caminos del espíritu, Compendio de Teología espiritual, Ed. De Espiritualidad, Madrid 1985, pp. 15-24.

sencia de lo divino. La Palabra de Dios en los mandamientos, las leyes, las exhortaciones, la moral y la doctrina son expresiones del misterio de Dios y del hombre. Tal vivencia de comunión siempre está ayudando a la espiritualidad del hombre a desarrollarse.

- Espiritualidad es *experiencia vital y personal de encuentro* (cf. DV 8), más allá de las prácticas devocionales o prescripciones morales.
- Es *experiencia eclesial*, más allá de la privada, es percibir la presencia del espíritu en la Iglesia, a través de ella o de una comunidad de fe.
- Es *experiencia acogida y comunicada*.

En síntesis, espiritualidad es una participación de todo el ser humano (cuerpo, acción, conocimiento, afectividad,...) en esta comunión de vida con Dios, de relación con Dios. Frecuentemente se denomina hoy "religiosidad", para distinguirla de otras espiritualidades sin Dios.

Cuando esta *experiencia* religiosa/espiritual es clasificada, confrontada y evaluada teológicamente, nace la *teología espiritual*²⁰, el estudio sistemático (análisis y síntesis) de la vida y de la doctrina espiritual. Gracias a este estudio²¹ se ha podido llegar a ver como no excluyentes la ascética (esfuerzo del hombre para llegar a Dios) y la mística (acción del Espíritu para llegar al hombre), sino como fases distintas de un mismo proceso espiritual. Se ha visto también la integración entre el *Espíritu de Dios* (la acción transformante sobre la totalidad del hombre) y el *espíritu del hombre* (el hombre interior que reacciona a este Espíritu). De este modo se ha visto lo positivo de ambos, "gracias y obras", un tema que por siglos había dividido a los teólogos y a las confesiones cristianas.

La espiritualidad/religiosidad (como sustantivo abstracto) es definida, por lo tanto, desde la teología espiritual, como el *modo de configurar* una vida espiritual (la doctrina espiritual), el *modo de vivir* una fe religiosa (católica, ortodoxa, evangélica,...) o una experiencia religiosa (judaica, islámica, budista, hindú,...). En particular describe las expresiones místicas, los carismas, los valores y virtudes religiosos, la santidad, las devociones, etc. Espiritualidad en una expresión de Hans Urs von Balthasar, teólogo, es "la asimilación de la palabra revelada"; todo el resto (vivencia cristiana, santidad) es expresión y consecuencia de cómo la espiritualidad ha impregnado a la persona.

Este tipo de estudio es importante en el mundo del cuidado de la salud, porque ayuda a la persona en su sufrimiento a pasar desde el planteamiento clásico de "eliminar el dolor a toda costa" a uno de otro tipo: conversión, pasar del mal al bien, del egoísmo (el pecado) a la capacidad de amar gratuitamente, también en la enfermedad, en el dolor (la virtud).

²⁰ RUIZ F., op. cit. pp. 27-37.

²¹ Las primeras publicaciones fueron de 1930.

CÓMO LA ESPIRITUALIDAD MIRA LA MEDICINA

LA TEOLOGÍA DE LA SALUD²²

El Padre Francisco Álvarez, camiliano, en un artículo expresa claramente la relación entre salud y salvación desde el punto de vista teológico pastoral para vivir y buscar la salud de manera más humana. Parte de las siguientes preguntas: "¿La fe es una propuesta saludable de vivir? ¿Por qué? ¿Qué significa? ¿Qué comporta que la pedagogía de Jesús haya pasado por la salud? ¿Jesús propuso un camino de sanación o de salvación? ¿O ambos?"

Tres son los riesgos de hablar de salud en la religión, o sea, en relacionar salud y salvación²³:

- 1.- Primero: confundirlos significa elevar la salud a valor absoluto, a un objeto de culto, a algo que se necesita sin discusión. Todo el resto es un medio; se crea así la "medicina cosmética", una "religión sanitaria"²⁴. Jesús nunca compitió con los curanderos de su tiempo, aliviando sólo síntomas, dolencias, patologías. El momento de la acción taumatúrgica (sanar la enfermedad física) era sólo un momento, el comienzo de algo sanador más integral.
- 2.- Segundo: confundir salud y salvación significa también bajar la salvación a un nivel sensible (una salvación psicologizada). Jesús no daba tranquilizantes o tratamientos sintomáticos para sentirse bien, buscaba en cambio una sanación más humana y más salvífica.
- 3.- Tercero: el peligro de separarlas dejando de lado la salvación como algo fuera del tiempo y del espacio, fuera de la vivencia terrena del sufrimiento del cuerpo. Jesús nunca habló de manera espiritualista o desencarnada delante de los enfermos, sino proponía una solución que tenía en cuenta toda la persona y su historia humana.

Estos tres riesgos, permiten, como escribe Álvarez, llegar a ver la salud como un proceso que involucra al hombre más integralmente. Tres son los niveles de salud en los cuales el sucesivo es más humano (más ético, más antropológico) que el precedente²⁵.

²² ÁLVAREZ F., El Evangelio fuente de vida saludable, en "Camillianum" 13 (2005) pp. 33-57.

²³ *Ibidem*, pp. 35-6.

²⁴ Los medios de sanación de la religión se ponen en competencia con la medicina; se buscan gracias y milagros; la religión se ve como una de las medicinas alternativas.

²⁵ *Ibidem*, pp. 37-40.

Salud externa	Salud interior	Salud integral
Salud del cuerpo biológico, cuerpo objeto, <i>Körper</i> .	Salud de la mente (sensaciones, sentimientos), del cuerpo sujeto, del cuerpo <i>Leib</i> (vivido, vivo).	Salud de la persona, del cuerpo RUID (relaciones, unicidad, integralidad, dinamismo), proyecto humano-divino.
Estar bien, el estómago funciona.	Sentirse bien, sentirse tranquilo, gratificado.	Ser bien, el nivel humano funciona en plenitud, está activado, unificado e integrado, está viviendo en la verdad de su ser.
La biomedicina busca este nivel de salud.	Las medicinas complementarias y alternativas y la psicología buscan este nivel de salud.	La teología, la filosofía, la moral/ética, la antropología, la espiritualidad, buscan este nivel de sanación.
Esta salud es dada sin colaboración del sujeto enfermo.	Esta salud es alcanzada con la colaboración del sujeto.	Aquí el sujeto se abre para recibir esta sanación salvífica, o salvación saludable. Una liberación, una recuperación de la dignidad, una capacitación para cambiar, para relacionarse, etc.
Meta: sanarse DE la enfermedad.	Meta: sanarse A PESAR DE la enfermedad.	Meta: sanarse EN la enfermedad. No es una salud definitiva, una vida sin muerte, sino un itinerario hacia la plenitud, una misión y vocación a la libertad para la madurez humana y cristiana. Aprendizaje de trascendencia.

El fin de la sanación en este planteamiento es llegar al nivel más humano (el tercero), pasando por los otros dos. Así se entiende el paso "Para que tengan vida y la vida en plenitud" (Jn 10,10) un potenciar su humanidad. O el otro paso "Salía de él una fuerza que sanaba a todos" (Lc 6,19) es la fuerza que sale de una persona (Cristo Jesús) y comunica salud al tercer nivel (ser bien) llegando a todo el hombre.

INTERPRETACIÓN ESPIRITUAL DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad como expresión externa de un estado interior o como puerta de entrada y salida de la gracia.

La enfermedad puede ser vista como un enemigo que hay que «matar», o como un interlocutor con el cual se puede dialogar, un examen de conciencia, un desafío para cambiar el estilo de vida, para abrir los ojos y ver las

sombras, necesidades y miedos. En este segundo caso, se pueden hacer muchas preguntas a la enfermedad, útiles tanto para un proceso de sanación existencial como biográfico.

¿Qué mensaje trae para mí? ¿Qué hay en mí que no funciona? ¿A qué no hago caso? ¿De qué necesito o de qué tengo miedo? ¿Cuáles son las motivaciones y los deseos más profundos de mi vida que la enfermedad impide realizar? ¿De qué quiere liberarme o qué puedo hacer con su ayuda? ¿En qué medida soy yo la causa de mi enfermedad? ¿La enfermedad está mostrándome un comportamiento o una actitud equivocada de mi vida (de represión, de agresión, de negación,...) que no quiero reconocer?²⁶

No se trata de un diálogo solamente racional -escribe Anselm Grün²⁷, benedictino, teólogo con gran experiencia en el campo de la sanación espiritual- sino de un ponerse en escucha silenciosa del cuerpo, un percibir íntimamente el cuerpo y su voz, su mensaje y su sentido para uno mismo²⁸, voz a menudo desoída cuando se está sano.

La incapacidad de enfermarse también puede ser interpretada como la incapacidad de cambiar, mientras al revés, la enfermedad puede convertirse, si es escuchada, en una ocasión de conversión, maduración y de vida auténtica.

Esto no significa, sin embargo, que el padecimiento tenga siempre origen psíquico, ni es un juicio de culpabilidad sobre el enfermo por haber causado él mismo con sus pecados y faltas de responsabilidad, un sufrimiento físico; tampoco debe ser entendido como un modo a través del cual los demás pueden revelar (dando una explicación psicológica a la enfermedad) los problemas interiores del paciente (represiones, miedos, vergüenzas, tentaciones). Eso sería una espiritualidad intensamente inhumana²⁹. La interpretación espiritual de la enfermedad sólo sirve como indicación personal (y sólo personal) para "buscar" caminos de maduración, un mensaje para interpretar y descubrir. El objetivo de esta interpretación no es eliminar la enfermedad de la piel, la alergia, la tos o el insomnio, sino llegar, por este síntoma o señal, a una

²⁶ Los hermanos jesuitas Linn proponen como preguntas espirituales: ¿Todavía puedo recibir y dar amor a Dios, a los otros a pesar de la pérdida? ¿Puedo recibir amor por los sacramentos? ¿Puedo compartir la herida con el mejor amigo? Porque la libertad que nace del amar y del sentirse queridos permite curar las heridas más grandes. Cf. LINN M., LINN D., FABRICANT S., *guarire la ferita più grande*, Ed. Segno 1998 (tit. orig. *Healing the greatest hurt*, Paulist Press, New York, pp. 16-7; 25-6).

²⁷ Cf. GRÜN A., DUFNER M., *La salud como tarea espiritual*, Narcea S.A. De Deic, Madrid 2001. (tit.orig. *Gesundheit als geistliche Aufgabe*), pp. 201.

²⁸ "Cerramos los ojos y dirigimos la conciencia hacia dentro y de allí la orientamos a las molestias corpóreas exteriores. Nacen percepciones e imágenes frecuentemente relacionadas con sentimientos, recuerdos, pensamientos..."; parece un ejercicio ridículo, dice Grün, y en cambio a menudo se descubren respuestas sorprendentes y uno se queda intensamente impresionado por este contacto. Cf. TEEGEN G.F., *Ganzheitliche Gesundheit. Der Sanfte Umgang mit uns Selbst*, Hamburg 1984, p. 72.

²⁹ Cf. GRÜN A., DUFNER M., *La salud como tarea espiritual*, op. cit., p. 35.

vida interior más rica: "la enfermedad se convierte en un camino hacia el interior del alma"³⁰. Más importante que librarse de la misma enfermedad es humanizarse por el amor, la libertad de Dios. Más importante que eliminar rápidamente la misma enfermedad es aprender a vivir humanamente en la verdad.

La enfermedad *puede ser* la expresión externa de un estado interior, pero no necesariamente; *puede ser* también un estado límite que hay que aceptar en el cual la persona se ve en su dependencia, de necesidad de ayuda, y no de omnipotencia, de fuerza, de poder explicar y solucionar todo. La espiritualidad contribuye a sanar, incluso cuando no se puede mejorar la enfermedad física, porque colabora en poner la misma vida (sana o enferma, fuerte o débil) en manos de Dios, ofrecerse a su voluntad y ser luz de Dios que se difunde en el mundo, quizás todavía más por la propia afección.

No asumir la dolencia es negar la misma humanidad, quien se cree libre de la crisis no es humano. Llegar a aceptarla sin culpabilidad ni vergüenza es lograr aceptar la propia naturaleza humana. Respecto a las personas que han sufrido enfermedades toda la vida, sería cruel decir que eso depende de un comportamiento suyo o de una actitud de su psique; mucho más liberador sería pensar que por ese sufrimiento, puede entrar la gracia de Dios hacia él y salir desde él. En la espiritualidad cristiana se pone como modelo de esta visión *el costado de Cristo*, del cual sale un manantial de vida, de luz y de bendición para todos³¹.

Concluyendo, la *enfermedad*, por un lado es un instrumento personal de *autoconocimiento* (nadie es tan sincero consigo mismo que no necesite la crisis para salir de algunas mentiras); pero por otro lado también puede ser, si es aceptada, un lugar de *encuentro con Dios* y un manantial de gran dinamismo espiritual; porque Dios puede habitar y también actuar en un cuerpo enfermo. De estas dos maneras, la espiritualidad puede dar salud, dar un nuevo gusto por la vida también cuando la enfermedad no es eliminada físicamente³².

CONCLUSIÓN

El fin de la medicina no es sanar a todos, sino asistir y dar esperanza a todos (por lo menos a corto plazo y en algunos aspectos de la enfermedad); es resolver todos los problemas que se pueden solucionar (compañía, problemas

³⁰ *Ibidem*, p. 30.

³¹ *Ibidem*, p. 41.

³² *Ibidem*, p. 37. Grandes santos han sido enfermos durante toda la vida: San Pablo, S. Teresa de Ávila, S. Ildegarda de Bingen, S. Bernardo de Clairvaux, S. Camilo de Lellis, etc. La enfermedad no ha impedido una enorme vitalidad interior y exterior.

morales, afectivos, espirituales, legales, de dolor físico y/o no físico). Quien se pone con actitud de asistencia, de presencia humana, de cuidado hacia un hombre que sufre, no va a tener miedo de la muerte y será capaz de hacer y ser un profesional de la salud con todo tipo de pacientes, dándoles lo que necesitan: una mayor calidad de vida. Y en la calidad integral, por supuesto, están insertadas también las necesidades espirituales.

En una visión *espiritualista* (dualista del hombre, cuerpo y espíritu) se habla de asistencia espiritual, separada de la del cuerpo. El médico se ocupa de una parte y el sacerdote de otra, dividiéndose al enfermo. Esto, en la antropología bíblica integral de hoy, no tiene sentido, aunque en muchas partes se continúa actuando con este esquema dualista.

En una visión *materialista o cientista* del mundo, a la espiritualidad se le reconoce la única función de consolar, intervenir cuando la medicina científica y tecnológica no puede hacer más para solucionar el problema, o la persona está muriendo.

¿Qué significa hoy acompañar de manera integral, con los recursos espirituales, a una persona que sufre? Las dos funciones de la espiritualidad para los enfermos son:

- 1.- Activar recursos interiores para entrar en una *actitud de lucha y aceptación*. O sea, para tomar responsabilidad de la propia dolencia, de la propia vida (lucha) y aceptar la parte de enfermedad que no mejora, aceptar la propia muerte. Se llama: "sanación biográfica" y significa sanar el proyecto de vida personal, que va más allá de una vida terrena, de duración limitada en un cuerpo material biológico.
- 2.- La espiritualidad tiene también una función *sanadora a nivel integral de la persona*. a) Sanadora sobre el hombre-espíritu (el espíritu da sentido de vida, orientación a ella, unificación del propio ser, paz profunda, capacidad de amar, creer, esperar). b) Sanadora sobre el *hombremente* (el espíritu reemplaza sentimientos de tristeza, miedo, rabia, hastío, ansiedad con los de paz y alegría); en fin, la espiritualidad puede ser. c) Sanadora, mejorando el *hombre-cuerpo* (los dolores,...).

Los religiosos camilianos, consagrados que por carisma dedican sus vidas al cuidado integral de los enfermos, sintetizan su identidad y función en el mundo de la salud con el lema: "ser testigos del amor misericordioso de Dios hacia los enfermos y promotores de salud", una forma distinta de presentar las dos funciones de la espiritualidad señaladas anteriormente.

CÓMO LA MEDICINA MIRA LA ESPIRITUALIDAD: ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

“La medicina no es tan sólo una ciencia, sino también el arte de dejar interactuar nuestra individualidad con la individualidad del paciente” (Dr. Albert Schweitzer).

William Osler, médico eminente del siglo XIX, observando la evolución clínica de dos tipos de pacientes con signos radiológicos de tuberculosis: aquellos que querían luchar para ganar y aquellos resignados, describió que la curación de esta enfermedad (en una era preantibiótica), estaba más vinculada a lo que sucedía en la mente/espíritu que a lo que ocurría en los pulmones.

Si desde siempre los médicos han intuido la interacción entre mente/espíritu y salud, recién se ha desarrollado una ciencia llamada “epidemiología de la religión” que estudia experimentalmente las relaciones entre aspectos espirituales/religiosos y la salud (prevención primaria, secundaria, terciaria, curación, promoción de la salud). Muchas *objeciones* y *obstáculos*, sin embargo, han aparecido en el desarrollo de esta nueva disciplina de la medicina.

- No se trata de llevar a Dios al laboratorio y demostrar que sana. En cuanto Dios, no puede ser estudiado, ni experimentado y está fuera de cualquier ley material y de causalidad³³. El fin de tales investigaciones es sólo describir relaciones entre fenómenos “naturales” vinculados a la espiritualidad.
- No se trata tampoco de instrumentalizar la religión como elemento terapéutico, de medicalizar la espiritualidad con un planteamiento que ve la salud como fin (dicho en italiano “salutismo”) y la espiritualidad como su medio. O sea, no se pretende, en consecuencia, absolutizar la salud como bien supremo de la vida y buscar cualquier medio para obtenerla (una idolatría de la salud), usando la religión de manera mágica o supersticiosa para sanarse a toda costa³⁴. Esta aberración moral no depende de la epidemiología, sino del sistema de valores y principios del individuo.
- No se trata, en fin, ni siquiera de una investigación con fines de proselitismo cristiano o de un buen “marketing” y no dirigida a la verdad científica, como dice Richard Sloan, psicólogo ateo³⁵. Él define tales

³³ Cf. LEVIN J., Spiritual determinants of health and healing: an epidemiologic perspective on salutogenic mechanism, en “Alternative Therapies in health and medicine”, nov-dic 2003, vol. 9 n. 6, p. 56.

³⁴ Cf. ÁLVAREZ F., El Evangelio fuente de vida saludable, en “Camillianum” 13 (2005), p. 35.

³⁵ Cf. WEAVER A.J., FLANNELLY K.J., STONE H.W., DOSSEY L., Spirituality, health and CAM: current controversies, en “Alternative Therapies in health and medicine”, nov-dic 2003, vol 9, n. 6, pp. 42-46.

investigaciones “anti-intelectualismo” sin valor científico, “general dumbing down” (entorpecimiento) de la ciencia.

- Se trata en cambio de 1200 estudios (los publicados en casi 40 años hasta el 2003) con más de 2000 referencias bibliográficas, revisados por la Oxford University Press con 2/3 de resultados positivos. Tales trabajos abordan, por ejemplo, la asociación entre *morbilidad/mortalidad con diferentes categorías religiosas* (por ejemplo: católicos, o evangélicos, en comparación con la población general); más raramente estudian el efecto preventivo o curativo de un *comportamiento religioso* en relación a la población general que no practica aquella conducta³⁶.

Larrey Dossey, médico, recogió en 1996³⁷, 131 estudios científicos sobre la relación entre oración y curación y más del 50% mostraron la eficacia de ella en el curso de una enfermedad. Tales investigaciones permiten – como escribió Dossey - a ciencia y fe “darse un apretón de manos”, reconocerse en el común empeño de ayudar al hombre que sufre y añadir nuevas estrategias de servicio al enfermo. En realidad se trata sencillamente de sanar la escisión entre religión y ciencia, o sea de «encontrar la verdad» sobre un fenómeno que existe, la relación entre espiritualidad/religiosidad y curación, pero que es misterioso, no previsible, no domesticable, no dominable como muchos otros fenómenos naturales. El fin de estos estudios afirma Dossey es encontrar y actuar la verdad, derrotar la ignorancia y la falsedad, auténticos enemigos del Bien del hombre.

La crítica más frecuente, afirma L. Dossey³⁸, es que *la oración disuade a los pacientes de usar terapias eficaces* y, por lo tanto, es causa de muertes evitables. En realidad se ha demostrado que la mayoría de la población (90% de las mujeres y 80% de los hombres en EE.UU.), no ve de modo excluyente oración y medicina, sino que los usa al mismo tiempo. Las muertes evitables son otras y muy a menudo propias de un clima medicalizado³⁹.

³⁶ Cf. LEVIN J., *Spiritual determinants of health*, op. cit. Cf. WEAVER A.J., FLANNELLY K.J., STONE H.W., DOSSEY L., *Spirituality, health and CAM*, op. cit.

³⁷ 56 dieron resultados estadísticamente significativos a nivel de probabilidad ($p < 0,01$, probabilidad debida al caso menor del 1%), 21 menos (fue a nivel de probabilidad 0.02-0.05), 10 fueron tesis de licenciatura. Cf. DOSSEY L., *Guarire con la preghiera e la meditazione*, Rizzoli, Milano 1996, (tit. orig. *Prayer is good medicine*, Harper S. Francisco 1996), p. 15. La búsqueda estudia y mide los efectos de la oración y no la oración en sí, la intervención de Dios que es sobrenatural no es mensurable. Por las 13 tablas con los resultados de las investigaciones se Cf. DOSSEY L., *Il potere curativo della preghiera, fede, spiritualità e scienza medica, una nuova alleanza?* (tit. orig. *Healing Words. The power and the practice of medicine*, Harper, San Francisco, 1993), pp. 207; 222 y sig.

³⁸ Cf. DOSSEY L., *Guarire con la preghiera*, op. cit., pp. 47-49.

³⁹ 2 millones de infecciones hospitalarias al año en EE.UU. con 80.000 decesos/año; 30% de los pacientes hospitalizados en EE.UU. padecen daños iatrogénos más o menos grave. Cf. DOSSEY L., *Guarire con la preghiera*, op. cit., p. 47. Cf. DI TROCCHIO F., *Le bugie della scienza, come e perché gli scienziati imbrogliono*, Mondadori, Milano 1993.

Otra crítica es acusar a la oración de alimentar falsas esperanzas⁴⁰. “*Es cruel y engañoso -se dice- hacer creer a un enfermo terminal que se puede curar orando*”. La respuesta es que ningún medio humano salva siempre y no por esto puede decirse que es cruel y engañoso.

“*La oración es dar un falso consuelo - se objeta todavía -, es una fuga de los verdaderos problemas*”;

La verdadera oración no es sustituto de la acción (huida), no es pasiva, sino que ayuda para la actividad. Por un lado, colabora en la aceptación, y por otro, es combativa, apoya para usar creativamente los dones naturales y sobrenaturales en la sanación.

¿LA RELIGIÓN ES GENERADORA DE SALUD?

Un artículo de abril de 2003⁴¹ recoge en una revisión de 2200 referencias pertenecientes a 128 revistas, 264 libros, artículos, disertaciones, abstracts de 121 laboratorios, 75 test randomizados y 96 no randomizados, 276 estudios descriptivos y 1273 historias clínicas. El tema estudiado por este artículo de Jonas y Crawford es llamado HER (healing energy research) e incluye todas las curaciones en las cuales no se han utilizado medios químicos o físicos, sino la influencia intencional de una persona sobre otra. En lo que pertenece al sector *religión y prácticas espirituales* (prácticas eclesiales, estudio de la Biblia, grupos de oración, lecturas espirituales, comportamientos hacia un ser superior, o hacia Dios) se han recogido 130 estudios, casi todos observaciones epidemiológicas (no randomizados y no controlados porque no se puede obligar a una persona a comprometerse o a no comprometerse en actividades de este tipo). El resultado fue el siguiente: en el 78% la espiritualidad es un factor favorable para disminuir la mortalidad, mejorar la calidad de vida y la salud mental⁴².

Otra investigación en el mismo análisis sobre *la oración de intercesión y la oración de sanación* recogió 13 estudios randomizadas (con buena calidad experimental) sobre 2328 pacientes. El 46% de las pruebas daba buenos resultados con enfermos cardíacos y con enfermos de

⁴⁰ Cf. DOSSEY L., *Il potere curativo*, op. cit., pp. 54-59.

⁴¹ Cf. JONAS W.B., CRAWFORD C.C., *Science and spirituality healing: a critical review of spiritual healing, "energy" medicine and intentionality*, en "Alternative Therapies in health and medicine", mar-apr 2003, vol 9, n. 2, pp. 56-61. Cf. LEVIN J., op. cit., pp. 52-53.

⁴² Cf. JONAS W.B., CRAWFORD C.C., *Science and spirituality healing*, op. cit., p. 57.

SIDA⁴³. El artículo concluyó en que hay evidencia de interacción entre mente (intención) y materia viviente.

También Daniel J. Benor, en 2001 recogió 190 estudios del efecto de la espiritualidad sobre la salud. El resultado fue que 2/3 de ellos mostraban efectos estadísticamente significativos en sentido positivo⁴⁴. El estudio clínico randomizado, doble ciego, controlado, más relevante ha sido el de Byrd en 1988, sobre el efecto de una oración de intercesión para enfermos cardíacos. El experimento fue repetido en distintos lugares y diferentes grupos con los mismos resultados, positivos y estadísticamente significativos.

Otra revisión más reciente es la de Weaver A.J. et al. del 2004⁴⁵ que recoge artículos sobre el asunto en tres revistas eminentes (*Journal of the American Medical Association*, *Lancet*, *New England Journal of Medicine*). El 1% de los estudios totales de estos medios pertenecen a la espiritualidad y/o a la religión, relacionados a la salud. El efecto clínicamente positivo de dichas publicaciones era estadísticamente positivo en 8 estudios de cada 11. La conclusión del autor es que es poca la atención dada en las revistas médicas a este tipo de investigaciones, a pesar de la potencial utilidad para las enfermedades y los enfermos.

No faltan, sin embargo, estudios donde el resultado no es claro o es negativo; por ejemplo, uno sobre la oración de intercesión sobre pacientes dializados, mostró que no modificaba la evolución, sino que el factor prioritario era la expectativa del paciente, o sea, saber que se oraba por él⁴⁶. Tampoco fue claro el efecto de la oración de meditación (1 hora al día) sobre la evolución de pacientes con enfermedad coronaria. En este estudio, además de fármacos, se agregó meditación diaria, la cual no tuvo efectos definitivos. En 4 años, 8 de los 28 pacientes "espirituales" mejoraron, mientras que ninguno del grupo de control "no espirituales" lo logró. El problema de este análisis fue la ausencia de datos sobre la evolución de los otros 20 pacientes "espirituales"⁴⁷.

⁴³ *Ibidem*, p. 58.

⁴⁴ Cf. LEVIN J., *op. cit.*, p. 52.

⁴⁵ Cf. WEAVER A.J., et al., *op. cit.*

⁴⁶ Cf. MATTHEW W.J., CONTI J.M., SIRECI S.G., The effects of intercessory prayer, positive visualization, and expectancy on the well-being of kidney dialysis patients, en "Alternative Therapies in health and medicine", sept-oct 2001, vol. 7, n. 5, pp. 42-52.

⁴⁷ Cf. MORRIS L.E., The relationship of spirituality to coronary heart disease, en "Alternative Therapies in health and medicine", sept-oct. 2001, vol. 7, n. 5, pp. 96-98.

La mayoría de los estudios médicos sobre la espiritualidad pertenece al área de las enfermedades terminales, como el cáncer en estadio avanzado⁴⁸. En general en ellos se destaca la capacidad de la espiritualidad (más que la práctica religiosa) que enriquece la relación médico-paciente, aumenta la calidad de vida (bienestar físico y emocional, da paz y sentido a la vida) en la fase terminal de la enfermedad, protege de la ansiedad, desesperación y del deseo de acelerar la muerte.

El estudio de Renz muestra además el efecto útil a nivel del dolor y el de Gordon enseña cómo esta aproximación ayuda al agente sanitario a "hacer algo" cuando no sabe qué más hacer. Interesante es el análisis de Chochinov sobre la "dignity therapy"⁴⁹: conversar con el paciente en fase terminal sobre su dignidad, sufrimiento, desesperación, sentido de vida, deseo de muerte, voluntad de vivir. Después de algunas sesiones se escribe todo, el enfermo lo revisa y, si quiere, se entrega a amigos y parientes como un testamento espiritual. El 91% de los pacientes quedaban satisfechos de esta "terapia".

Otros artículos de "epidemiología de la religión" pertenecen al ámbito de las enfermedades crónicas, de las discapacidades⁵⁰, de los ancianos, de los

⁴⁸ Cf. BREITBART W., ROSENFELD B., PESSIN H., KAIM M. et al., Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer, en "Jama" 2000 Dec 13, 284 (22), pp. 2907-11. Cf. MC CLAIN C.S., ROSENFELD B., BREITBART W., Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients, en "Lancet" 2003 Aug 2, 361 (9369), pp. 1603-7. Cf. MC CLAIN-JACOBSON C., ROSENFELD B., et al., Belief in an after life, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer, en "General hospital Psychiatry" 2004 Nov-Dec 26 (6), pp. 484-6. Cf. BOSCAGLIA N., CLARKE D.M., JOBLING T.W., QUINN M.A., The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer, en "Internacional Journal of Gynecological cancer" 2005 Sept-Oct. 15(5), pp. 755-61. Cf. RENZ M., SCHUTT MAO M., CERNY T., Spirituality, psychotherapy and music in palliative cancer care research projects in psycho oncology at an oncological center in Switzerland, en "Supportive Care in Cancer" 2005 Dec 13 (12), pp. 961-6. Cf. GORDON J.S., EDWARDS D.M., Mind body spirit medicine, en "Seminars in Oncology Nursing" 2005 Aug 21 (3), pp. 154-8. Cf. TAYLOR E.J. Spiritual complementary therapies in cancer care, en "Seminars in Oncology Nursing" 2005 Aug 21 (3), pp. 159-63. Cf. CANADA A.L., PARKER P.A., DE MOOR J.S., BASENGQUIST K., et al., Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer, en "Gynecologic Oncology" 2005 Oct 24 (no disp.). Cf. McCOUBRIE R.C., DAVIES A.N., Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? En "Supportive Care in Cancer" 2005 Nov 10 (no disp.). Cf. BEN-ARYE E., BAR-SELA G., FRENKEL M., KUTEN A., HERMON D., Is a biopsychosocial-spiritual approach relevant to cancer treatment? A study of patient and oncology staff members on issues of complementary medicine and spirituality, en "Supportive Care in Cancer" 2005 Aug 16 (no disp.).

⁴⁹ Cf. CHOCHINOV H.M., HACK T., HASSARD T., KRISTJANSON L.J., McCLEMENT S., HARLOS M., Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life, en "Journal of Clinical Oncology" 2005 Aug 20, 23 (24), pp. 5427-8.

⁵⁰ Cf. DONNELLY J.P. HUFF S.M., LINDSEY M.L., McMAHON K.A., SCHUMACHER J.D., The needs of children with life limiting conditions: a health care-provider-based model, en "American Journal of Hospice and Palliative Care", 2005 Jul-Aug 22 (4), pp. 259-67. Cf. SIMMONS Z., Management strategies for patients with amyotrophic lateral sclerosis from diagnosis through death, en "Neurologist" 2005 Sept 11 (5), pp. 257-70. Cf. LO COCO G., LO COCO D., CICERO V., OLIVIERI A., LO VERSO G., PICCOLI F., LA BELLA V. Individual and health-related quality of life assessment in amyotrophic lateral sclerosis patients and their caregiver, en "Journal of Neurologic Science" 2005 nov 15 238 (1-2), pp. 11-17.

enfermos mentales⁵¹. En la mayoría de los artículos se subraya la directa proporcionalidad entre el nivel espiritual o servicios espirituales y la calidad de vida. La calidad de vida (y no la curación física) parece el fin de todos estos estudios publicados⁵². Cuando se habla de calidad de vida se entiende, como afirma Perez, que el agente sanitario se transforma en una "healing presence" (presencia sanadora) capaz de ayudar al paciente a crear lazos con otros (comunicar), con el mundo (sentido de seguridad, sacralidad), con Dios (fe, esperanza, amor, gratitud). Los diversos indicadores de calidad de vida han permitido cuantificar el efecto de las prácticas religiosas o espirituales. Bussing muestra, por ejemplo, que el puntaje mayor de calidad de vida se obtiene trabajando con mujeres (y menos con hombres) y sobre el enfermo de cáncer (y menos con el enfermo de esclerosis múltiple). O'Connell y Skevington mostraron cómo algunos conceptos espirituales (fuerza espiritual, significado de la vida, paz interior, integralidad) ayudan más que otros (amor divino, desprendimiento, libertad de practicar la fe) y permiten llegar a ateos y agnósticos.

INTERPRETACIONES MÉDICAS EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA RELIGIÓN

En la prevención de las enfermedades todos saben reconocer la necesidad de eliminar los factores de riesgo o *patogénicos*. Sin embargo, pocos subrayan la importancia de fortalecer al mismo tiempo los factores *salutogénicos*⁵³, o sea, la parte sana de uno. Y la espiritualidad actúa aquí.

La interpretación de J. Levin -uno de los mayores expertos- de por qué la espiritualidad es un factor salutogénico, es que la religiosidad/espiritualidad (el *aspecto sobrenatural*) actúa a veces protegiendo la salud, a través de

⁵¹ Cf. FORTUNE D.G., SMITH J.U., GARVEY K., Perceptions of psychosis, coping, appraisal and psychological distress in the relatives of patients with schizofrenia: an exploration using self-regulation theory, en "British Journal of Clinical Psychology" 2005 Sept 44 (pt3), pp. 319-31. Cf. MONEY S.F., A ministry of memory: spiritual care for the older adult with dementia, en "Care Management" 2004 fall 5 (3), pp. 183-7.

⁵² Cf. BUSSING A., MATTHIESSEN P.F., OSTERMANN T., Engagement of patients in religious and spiritual practices: confirmatory results with the Sp REUK P 1.1 questionnaire as a tool of quality of life research, en "health and Quality of life outcomes" 2005 Sept 6 (3), p. 53. Cf. O'CONNELL K.A., SKEVINGTON S.M., The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: themes from focus groups in Britain, en "British Journal of Health Psychology" 2005 Sept 10 (pt3), pp. 379-98. Cf. WHOQOL SRPB Group, A cross cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life, en "Society of science medicine" 2005 Sept 13 (no disp.). Cf. McDONOUGH-MEANS S.I., KREITZER M.J., BELL I.R. fostering a healing presence and investigating its mediators, en "Journal of Alternative and Complementary Medicine" 2004, 10 (suppl) 1, pp. 25-41. Cf. PEREZ J.C., Healing presence, en "Care Management" 2004 Spring 5 (1), pp. 41-46.

⁵³ Así la OMS llama los factores que fortalecen el estado de salud y previenen las enfermedades. Término contrario a "patogénico". "Salutogénesis" es también el término creado por A. Antonovsky sobre el cual hay abundante literatura científica.

*mediaciones naturales*⁵⁴ y otras veces directamente de manera sobrenatural. En el primer caso, el simple fenómeno (efecto de la espiritualidad) se puede estudiar; en cambio, el segundo caso (el sobrenatural) no, porque está fuera del alcance del hombre⁵⁵.

Las mediaciones naturales en relación con la espiritualidad son:

- 1- La mediación *biológica*⁵⁶. Puede tratarse del genoma de algunos grupos religiosos cerrados en sí mismos, lo que impide algunas patologías, o bien la dieta específica de ellos, la cual protegería a los individuos de ciertas enfermedades.
- 2- La mediación de la *mente*
 - *Factores cognitivos* (la religiosidad reduce la incertidumbre, da tranquilidad sobre el futuro, sobre la visión del mundo y de la historia).
 - *Factores afectivos* (reduce ansiedad, estrés, asegura que la fe será recompensada; produce paz y amor).
 - *Factores de identidad* (percepción positiva de uno mismo da estabilidad emotiva).
 - *Factores de comportamientos morales* (desincentiva los comportamientos de riesgo y refuerza los comportamientos sanos).
 - *La capacidad de afrontar problemas* ("*coping*" y "*sentido de coherencia*" de Aaron Antonovsky)⁵⁷.
- 3- La mediación *social*; el soporte social, la expectativa de la ayuda social, saber que alguien está haciendo o hará algo por uno o saber que otro lo está simplemente amando, estimula el sistema PNEI (psico-neuro-endocrino-inmunológico) y protege la salud.
- 4- La vía *física bioenergética* y las vías *físicas no energéticas*: denominadas "no locales", porque son difíciles de ubicar en el espacio⁵⁸.

⁵⁴ Cf. LEVIN J., op. cit., p. 53-55.

⁵⁵ Algo semejante se puede decir por la teología. Puede hablarse de Dios por lo que Él ha revelado de sí y no puede llegarse a esos niveles que pertenecen al Misterio, como el sufrimiento del inocente, el sufrimiento de Dios.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 50.

⁵⁷ *Ídem*. El sentido de coherencia está definido como la orientación global, un optimismo realista hacia el futuro, porque se ve que los acontecimientos, aunque no pueden ser controlados por uno mismo están controlados por Dios, que da orden y significado a todo. Se ha demostrado que mientras más hay sentido de coherencia, más aumenta la calidad de vida. Cf. MACKENZIE E.R., RAJAGOPAL D.E., MEIBOHM M., LAVIZZO-POUREY R., *Spiritual support and psychological well-being: older adults' perceptions of the religion and health connection*, en "Alternative Therapies in Health and Medicine", nov 2000, vol. 6, n. 6, pp. 39. 42.

⁵⁸ Sobre las sanaciones a distancia (no energéticas) se invocan teorías físicas modernas como: la Bell's Theorema, la perspectiva de Coopenhagen, la ley de Bohr, la Singula Mente de Schroedinger, etc. Cf. LEVIN J., op. cit., p. 55

Todas estas *mediaciones naturales* pueden ser *estudiadas, reproducidas y probadas* con distintas disciplinas (no sólo médicas).

Pero la religiosidad puede actuar directamente a través de una *vía sobrenatural* (milagros, gracias)⁵⁹; en este caso, tales fenómenos se pueden solamente *describir y describir sus efectos*, pero no experimentar, en cuanto tal vía trasciende la naturaleza y sus leyes.

En una investigación cualitativa publicada por Mackenzie⁶⁰, otro experto de la relación espiritualidad-medicina, se ha evaluado el efecto de la religiosidad en la salud de personas mayores en una casa de reposo. Él da una interesante interpretación, cualitativa, del por qué la espiritualidad es generadora de salud. Se entrevistaron 41 ancianos entre 66 y 92 años, la mayoría protestantes, 30 mujeres y 11 hombres. El experimento duró 6 meses con el objetivo de alcanzar, a través de una descripción narrativa, la experiencia espiritual vivida por los huéspedes de la casa.

Las preguntas abiertas utilizadas en la entrevista eran:

¿Crees en la relación entre religión y salud? ¿Cuál es la base de tal creencia? ¿Qué es la oración? ¿Cómo te sientes cuando oras? ¿Qué piensas de la sanación por la fe? ¿Es importante para ti asistir con frecuencia a la iglesia? ¿Qué te ha ayudado en los tiempos difíciles? ¿Sientes que tus oraciones son escuchadas? Si la respuesta es sí, ¿Cómo? ¿Cuándo te sientes más cercano a Dios?⁶¹

RESULTADOS⁶².

- 1.- El credo religioso representa una fuente de fuerza, consuelo, soporte espiritual.
 - Uno siente estar cuidado por un Poder superior benevolente (*"sientes que no estás solo, que hay alguien que te guía y te ayuda en tiempos difíciles", "sientes estar en las manos de Dios", "sientes que si las cosas no van bien no hay de qué preocuparte porque el Señor cuida de ti"*).

⁵⁹ Milagro en medicina es un acontecimiento de sanación inexplicable con la literatura médica corriente que tiene tres características: es instantáneo, completo, y definitivo como sanación. La Gracia se realiza si falta uno o más de estos requisitos.

⁶⁰ MACKENZIE E.R., RAJAGOPAL D.E., MEIBOHM M., LAVIZZO-POUREY R., *Spiritual support and psychological well-being*, op. cit., pp. 39-40.

⁶¹ Se decía al anciano que no habían respuestas correctas y respuestas incorrectas, sino que la experiencia de cada uno es única y digna de respeto.

⁶² Cf. MACKENZIE E.R., RAJAGOPAL D.E., MEIBOHM M., LAVIZZO-POUREY R., *Spiritual support and psychological well-being*, op. cit., pp. 40-44.

- Uno entrega el control de la vida a un poder superior⁶³ (“*tú puedes relajarte, el problema no está en tus manos, sino Alguien se ha hecho cargo de ti*”, “*yo vivo en el proyecto de Dios, Él controla todas las cosas*”).
 - Uno percibe que Dios trabaja a través del mundo, de los profesionales, de los medicamentos (“*Dios te hace encontrar lo que necesitas en el momento preciso*”).
 - Uno percibe el sentido de la vida en la enfermedad (“*el proyecto de Dios da un sentido más amplio a mi vida y relativiza mi sufrimiento*”, “*el sufrimiento depende del pecado*”).
 - Uno a través del servicio y del amor dado (por Dios) encuentra una ayuda a su sufrimiento.
- 2.- Con la oración lleva a experimentar el vínculo entre mundo terreno y poder superior.
- Con la oración uno hace una “transferencia de cargas”, de emociones hacia Dios y se descarga.
 - Con la oración, se experimentan curaciones a varios niveles (sobre todo mental, frecuentemente se puede aceptar la enfermedad y vivir feliz).

Otro ejemplo de interpretación cualitativa del efecto de la religiosidad sobre la enfermedad es el que se relaciona a los conceptos de:

*Religiosidad Intrínseca*⁶⁴ y *Extrínseca*⁶⁵ según Harold Koenig, médico de EEUU.

Quien vive una *religiosidad intrínseca* tiene 8 veces más probabilidades de salir de la dependencia de la heroína. Se ha observado incluso que entre los que leían la Biblia y frecuentaban la iglesia sólo el 10% fumaba, contra un 20-30% en el resto de la población.

Se ha visto en cambio que personas con *religiosidad extrínseca padecen con mayor frecuencia* cáncer, ansiedad crónica, depresión, dependencia del tabaco o alcohol. En los Estados Unidos el 40% de los matrimonios fracasa. El porcentaje de estos datos entre los *religiosos extrínsecos* es más alto que entre las personas con *religiosidad intrínseca*.

⁶³ El concepto de rendirse a Dios y al mismo tiempo controlar la enfermedad parece una contradicción, pero no lo es. Dios tiene un plano sobre cada uno, pero este plano puede ser cambiado con la oración, donde la persona puede continuar actuando (aunque subjetivamente), a mantener un locus of control (ver las cosas bajo el control individual, muy importante en la cultura de la autonomía y del individualismo).

⁶⁴ Siguen una religiosidad intrínseca (definición de Gordon Allport del 1950) los que viven la fe como un objetivo y no un medio para otros fines. En la religiosidad intrínseca, el hombre sabe que Dios está trabajando activamente en su propia vida, que lo está conduciendo en cualquier acontecimiento por sus sendas, es la fuerza motivadora de la vida, que es Dios el que va a dar el conocimiento a los médicos para ayudarlos.

⁶⁵ La religiosidad extrínseca en cambio es usar la fe como medio para tener amigos, estatus, prestigio y poder, salud o curación.

- Se puede deducir, de estas investigaciones, que no bastan la fe y sus rituales; si el individuo se queda en el aislamiento no se logran beneficios. Lo que sirve, para Koenig, es la unión *fe y comunidad*, para hablar de efectos fenomenológicos de salud.
- La *religión extrínseca*, manipulada de manera utilitarista (“Hacer negocios con Dios”), no sirve para la salud.
- Poca salud no equivale a poca fe; esta falsa conclusión llevaría a desanimar a las personas.
- ¿Deberían prescribir los médicos la fe en Dios, la lectura de la Sagrada Escritura o rezar con sus pacientes?. Puede ser útil, pero mucho más importante es estar centrados en el enfermo como persona, en la relación; favoreciendo la tendencia hacia el crecimiento espiritual, a la búsqueda de Dios. Si el médico no puede ayudar en esto, que por lo menos no lo desprecie, sino que lo permita y facilite.

El estudio de 176 casos de remisión espontánea del cáncer terminal (con un porcentaje de 1:100.000 o 1:80.000)⁶⁶, no muestra la eficiencia de una particular técnica y tampoco de un particular estado de ánimo, tristeza o rabia, sino que subraya la importancia de una espiritualidad que ayuda a ser uno mismo, que emana del centro del propio ser y no es algo «artificial», aplicado desde el exterior a la enfermedad⁶⁷.

“Una tarea difícil e ingrata - escribe H. Koenig -; las personas enfermas no desean escuchar consejos de este tipo, sino que quieren indicaciones específicas para seguir, pasos sensatos que cumplir, una fórmula para vencer la enfermedad. Quizás la remisión espontánea del cáncer no ocurre tan a menudo justamente porque estas actitudes son difíciles y raras.”⁶⁸

Yujiro Ikeni, japonés, investigador en la Facultad de medicina de la Universidad de Fukuoka, ha llegado a las siguientes conclusiones sobre las curaciones espontáneas del cáncer⁶⁹, después de una búsqueda sobre 3500 artículos de la literatura médica y no médica.

- 1.- El cáncer se ha declarado en crisis existenciales y se ha solucionado después de haber aceptado la responsabilidad de aclararlas (asumiendo la verdad sobre el propio egocentrismo y rigidez).

⁶⁶ Cf. KOENIG G.H., *The healing power of faith. Science explores medicine's last great frontier*, Simon Schuster, New York 1999, p. 42.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 45.

⁶⁸ *Ibidem*, p. 46.

⁶⁹ *Ibidem*, pp. 211-212.

- 2.- Gran importancia tuvieron la confianza en la Voluntad de Dios y el ver el cáncer como parte de un proyecto, biográfico-trascendente, más grande que la propia vida terrenal.
- 3.- Quien suscita una "esperanza ética" ayuda al paciente.

La oración para lograr mejoría, ayuda a salir del esquema de acción pragmática "eliminar la enfermedad", "hacer algo para eliminar el dolor" y permite entrar en esta nueva actitud de lucha-aceptación que hace ir más allá de la visión "salud-opuesto-de-enfermedad-física". Con la oración, salud y enfermedad pueden coexistir, tal como en la luz blanca están presentes todos los colores. La oración, ayuda a dirigirse hacia la sanación verdadera, que es el descubrimiento del propio "ser", el esperar con paciencia y el mirarse dentro, atravesar la enfermedad, dejándola trabajar en sí⁷⁰. En esta "no prescripción", "no respuesta", marchando muchas veces sin senda y sin luz, está con frecuencia el camino para superar la enfermedad y sobre todo para avanzar en el propio proyecto salvador biográfico.

La oración, unida a la compasión y a la empatía, crean actitudes de amor y esperanza que ayudan a través de un mecanismo que moviliza las "defensas espirituales" de la persona enferma. La falta de esperanza, el sentido de inutilidad matan como un veneno, y no sólo el cuerpo.

HERRAMIENTAS PRÁCTICAS EN ESPIRITUALIDAD

El fin "*humano y humanizador*" de la espiritualidad es dar un *nuevo sentido y significado antropológico* a la propia enfermedad y a la propia vida, creando nuevas relaciones con Dios, el otro, uno mismo, y la naturaleza. El fin "*sobrenatural*" es, sobre todo, permitir que la gracia, el Espíritu, entre en la persona y desarrolle su fuerza sanadora integral y eterna, para vivir con Cristo y como Cristo el sufrimiento, o sea, con actitud salvadora. Esto no siempre se identifica con la curación física, porque el fin de la vida y de la espiritualidad no es únicamente terreno.

El problema del enfermo, que afrontamos con la espiritualidad, son sus preguntas existenciales. Hacer verdadera espiritualidad significa, a partir de estas interrogantes, buscar caminos personalizados de sanación biográfica-trascendente y ayudar a sufrir menos a nivel existencial. Significa, a veces, encontrar caminos de curación física que no se lograron con medios bioquímicos o quirúrgicos. No existe la receta espiritual, que valga para to-

⁷⁰ Ibidem, pp. 33-35.

dos, sobre el sentido del sufrimiento y de la muerte; cada persona es distinta y tiene su sentido y su camino, que debe buscar con la ayuda de un asistente espiritual. Por esto no existe una espiritualidad de baja calidad, que se aprende con un manual de pocas páginas. Hacer espiritualidad en medicina, es algo serio y profundo.

La curación espiritual no se recibe, por lo tanto, como un fármaco. Nadie cura espiritualmente a otra persona, la curación es más bien un proceso individual, basado en fuerzas y recursos individuales, donde hay un asistente espiritual con el cual encontrarse y dialogar. Se trata de una persona que escucha de manera inteligente, que sabe ser un "sanador herido"⁷¹, como bien fue señalado por Henri J.M. Nouwen. Esta curación es la que hace más falta hoy para tener una humanización de la medicina y una curación más integral. Otras ideas, entre tantas, que pueden favorecer a nivel espiritual al enfermo son:

- 1.- *Implicar a la familia* u otras personas significativas en la asistencia espiritual y también *al médico* para colaborar en este mismo sentido.
- 2.- Ver en TV programas creativos, sobre *meditación* o humor, motiva a los pacientes a mantener su integridad.
- 3.- Estimular el abrazarse, desahogarse, hablar, llorar (lo opuesto del silencio verbal y gestual), sobre todo ayudar al enfermo "a *amarse a sí mismo, a amar la vida*" a pesar de todo.
- 4.- Dar siempre *esperanza*, incluso cuando ésta es escasa en cuanto a la curación física. Por ejemplo, si uno está convencido de sanar con una medicina alternativa o espiritual, no desesperanzarlo.

MEDIOS ESPIRITUALES PARA UNA MEJOR COMPRESIÓN DE LAS CAUSAS ESPIRITUALES DE LA ENFERMEDAD (EL "DIAGNÓSTICO" ESPIRITUAL)

Para realizar los objetivos de espiritualidad señalados, necesitamos una pauta de acción práctica que hoy en día se está desarrollando progresivamente. Interesante el esquema de diagnóstico espiritual de texto de Petrini M. y Caretta F. que voy a integrar con la "*hoja de detección de necesidades y recursos espirituales*" del hospital San Camilo de Sant Pere de Ribes (Barcelona)⁷².

⁷¹ Cf. NOUWEN H.J.M., *El sanador herido*, PPC Ed., Boadilla del Monte (Madrid) 20046 (tit. orig. *The wounded healer: Ministry in contemporary society*, 1971)

⁷² Cf. CARETTA F., PETRINI M., *Ai confini del dolore, salute e malattia nelle culture religiose*, op. cit., pp. 55-56.

<p>ESCUCHAR las sugerencias verbales sobre la <i>orientación espiritual</i> / religiosas del paciente. CONVERSAR sobre las <i>necesidades y recursos</i> espirituales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oír cómo el paciente habla de Dios, de la oración, iglesia, comunidad. • Cómo se refiere a su enfermedad en relación a Dios. "¿Por qué a mí?" "¿Qué he hecho de mal?" "Ahora todo está en las manos de Dios"...
SENTIDO DE LA VIDA	Un proyecto, un sinsentido, algo truncado.
SENTIDO DE LA MUERTE	Inevitable (vivido con paz, con angustia), liberación, castigo, destrucción de sí, ruptura (sin continuidad).
SENTIDO DE LA ENFERMEDAD	Evitación, negación, oportunidad (para crecer, para reconciliarse, para desaparecer), prueba, misterio, absurdo, injusticia, castigo merecido.
CULPABILIDAD	Hacia sí mismo, los otros, Dios.
ESPERANZA	Se detecta, o no.
EXPERIENCIA RELIGIOSA	No existe, vive Dios (como ausente, como ayuda, liberación, como quien pone a prueba, como alguien que castiga), cree en el más allá, desea expresar sentimientos y vivencias religiosos.
CONSIDERAR las <i>señales</i> religiosas en la sala del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Biblia u otros libros espirituales. • Símbolos como la cruz, el rosario, estampitas, etcétera. • Objetos espirituales o mágicos como amuletos.
VALORAR las señales de <i>debilidad</i> espiritual.	Desaliento, ansiedad, luto anticipatorio, incapacidad de rogar y de practicar los rituales requeridos.
VALORAR las señales de <i>malestar</i> espiritual.	Llanto, sentido de culpa, insomnio, molestias con respecto a la fe o a la esperanza, ansiedad, rabia hacia Dios, provocación respecto del sistema de valores corrientes o a las creencias comunes, pérdida del sentido y objetivo en la vida.
VALORAR las señales de <i>desesperación</i> espiritual.	Pérdida de esperanza, rechazo a comunicarse con las personas queridas, pérdida de creencias espirituales, deseo de muerte, depresión grave, aplastamiento afectivo, rechazo a los tratamientos o a comer.
VALORAR reacciones a otras normas religiosas	Régimen, transfusión, etc.

Para empezar a ayudar al enfermo a traer a la superficie el nivel espiritual (profundo, escondido) de su enfermedad y activar sus recursos, cuatro preguntas útiles, según H. Koenig⁷³, son:

- 1.- "¿Te gustaría vivir hasta los 100 años?"; si responde "no", preguntar: "¿Te amas a ti mismo lo bastante como para cuidarte? ¿O para evitar comportamientos peligrosos?", "¿Haces lo que te da gozo en la vida?" (para valorar si hay gozo o miedo o tristeza de vivir).
- 2.- "¿Has tenido crisis en los dos años precedentes a la enfermedad? Y ¿cómo los has vivido?" Para descubrir angustias interiores, crisis de identidad, el modo en que ha reaccionado a la crisis, al estrés (desafía o dramatiza).
- 3.- "¿Qué significa para ti la enfermedad?". "¿Y la terapia?" (importante ver si significa muerte, absurdo, o un desafío superable, si permite mirar hacia el futuro o no). Un diseño de la terapia y de los medicamentos es útil para diagnosticar cómo el paciente simboliza la enfermedad y las emociones sobre las cuales es necesario trabajar.
- 4.- "¿Por qué crees que te has enfermado?". "¿Qué te permite la enfermedad que como sano no podías hacer?" (relajarse, detenerse, recibir amor, recomenzar, pensar en sí, sirve para entender las necesidades emotivas y satisfacerlas, sirve para hallar el "significado somático").

Los pacientes con cáncer pueden ser divididos, por Siegel Bernie, médico, en 3 categorías⁷⁴ útiles para un tratamiento más personalizado a nivel espiritual:

- 1.- 15-20% son los *depresivos o resignados*, con deseo consciente o inconsciente de morir, o sea, sin esperanza de sanar. Con el cáncer huyen de sus problemas, no tienen angustia cuando saben el diagnóstico. La supervivencia de 10 años es cerca del 20%. El camino espiritual para éstos, consiste en enseñarles a amar, o sea, a saberse donar, a trascender los límites y la enfermedad sin negarlos.
- 2.- 60-70% son los *pasivos* (gregarios, obedientes). Quieren satisfacer al médico y pedirán citas, harán todo lo que él prescribe, tomarán todas las píldoras, en la medida en que no impliquen cambios del estilo de vida. De hecho actuarán, pero delegando toda la toma de decisiones en el profesional. La supervivencia a los 10 años es como el precedente. A ellos se necesita motivarlos espiritualmente a asumir la responsabilidad de la propia enfermedad, a aprender de esta enfermedad como en una escuela.

⁷³ Cf. KOENIG H.G, The healing power of faith, science explores medicine's last great frontier, op. cit., 1999.

⁷⁴ Cf. SIEGEL BERNIE S., Amore, medicina e miracoli, Frassinelli, S. Giuliano Milanese (MI) 1988 (original 1986), pp. 30-34.

- 3.- El 15-20% lo conforman los pacientes *excepcionales*, son auténticos, no toman actitud de víctimas, especialistas en asumir la responsabilidad de su vida, respetar su dignidad: son dueños de sí mismos independientemente del curso de su dolencia; muchas veces se muestran como difíciles porque hacen tantas preguntas, que parecen no colaborar. Expresan sus emociones, se manifiestan más agresivos (pero en positivo). Son aquellos que piden al doctor lo mejor, saben expresarle cariño, lo estimulan a crear un contacto personal y a buscar un tratamiento para él y no sólo para su afección. El paciente excepcional es el que se ama a sí mismo, a su vida, sin miedo, aún sabiendo que ésta acabará. Estos enfermos son aquellos que sanan más frecuentemente (60-70% a 10 años) y, si no, mueren en modo sereno y digno.

Espiritualidad significa ayudar a que más pacientes lleguen a ser "excepcionales" a través de la oración, de participar sana y emotivamente en la enfermedad, yendo más allá de la simple curación física.

MEDIOS ESPIRITUALES PARA UNA MEJOR COMPRENSIÓN DEL PROPIO PROYECTO DE SANACIÓN BIOGRÁFICO (LA "TERAPIA" ESPIRITUAL)

"Si preguntamos quién ha contado o valido más en nuestra vida, no han sido aquellos que nos han dado consejos, soluciones, remedios, sino quienes nos han escuchado en los momentos de dolor, quienes han estado con nosotros en silencio en los momentos de confusión, en una hora de luto, quienes nos han sabido aceptar sin pretender saber cuidarnos, sanarnos". (H. Nouwen)

El objetivo de esta "terapia" será por un lado mejorar la *calidad* física y psicoespiritual de vida y por otro, *acompañar* de manera humana a los que sufren por patologías crónicas, terminales, mentales. Además, *promover la salud* sin pretender milagros de curaciones, sino la acción sanadora de la gracia divina.

- 1.- Existen muchos tipos y grados en la ayuda y curación espiritual de un enfermo. El nivel más simple es aquél de la *escucha* empática, sin imponer las propias respuestas a los problemas existenciales, sentirse un compañero de viaje con actitud de respeto, aceptación, soporte y estímulo. Simple es también el *toque terapéutico* con el permiso del paciente, *ejercicios de visualización*, la *músicoterapia*, la *arteterapia*, la *terapia a través del humor*, el *dialogar sobre las "relaciones integrales"* del paciente, *el significado y el fin* de la enfermedad, los *recursos*

espirituales⁷⁵. No falta literatura a este nivel, cada vez más profesional y adaptada a los casos individuales, a los distintos tipos de personalidad. Otros medios (más religiosos) son la *oración*, la *lectura de la Palabra de Dios*, los *Sacramentos y sacramentales*, la *liturgia*. Otro medio es *integrar la fe y la sabiduría espiritual en la misma vida del agente o profesional sanitario* para que él pueda integrarla en el propio trabajo y en sus relaciones diarias⁷⁶.

- 2.- Un nivel más avanzado de la ayuda espiritual es enseñar al paciente la *meditación* y practicar con él *la relación de ayuda pastoral* que solicita, capacidades y competencias que no todos tienen y para las cuales hace falta prepararse. Ningún agente tiene la posibilidad de contestar a todas las necesidades del paciente y por esto debe colaborar con otros en un trabajo de equipo.
- 3.- El nivel más avanzado del tratamiento espiritual en medicina es: "*La cura por la fe*" o en ambiente anglófono la así llamada: "*christian healing*"⁷⁷ "la sanación integral a través de la espiritualidad", un nuevo recurso de la literatura médico espiritual.

Para esta ayuda espiritual algunos de los medios son: *oraciones de sanación, meditación, los Sacramentos*. Todos tienen, más allá de aumentar la calidad de vida, el fin de dar un nuevo significado a la enfermedad, a la existencia y acoger más libremente la gracia de Dios.

NUNCA QUITAR LA ESPERANZA

- Los cónyuges Simonton usaban la visualización en tumores en último estadio. De 159 pacientes con pronóstico de <1 año, 19% sanó definitivamente, 22% mejoró la calidad de vida, 59% dobló la supervivencia prevista⁷⁸.

Si sanar significa mejorar la propia condición en una o más dimensiones, *ESPERANZA en la sanación* significa confianza en que se recibirá lo que se desea antes de tenerlo efectivamente; en el sentido que la persona de fe sabe

⁷⁵ Sentido fuerte de la vida, devociones, prácticas religiosas, imagen positiva de Dios, imagen positiva de sí mismo, sentido de identidad fuerte, educación para saber sufrir, enfrentar la dolencia, contar sobre uno mismo, dialogar, ver el sufrimiento ajeno, solidaridad.

⁷⁶ En EE.UU. el 70% de los médicos recibe preguntas religiosas en las enfermedades de pronóstico grave, el 77% de los pacientes desea que los médicos también consideren sus necesidades espirituales, pero sólo el 10% de los médicos se interesa en este aspecto del tratamiento. Cf. Firshein R., Life Support (research indicates mind-body connection affects cancer patients), en "Psychology today" 1999.

⁷⁷ Cf. MAGLIOZZI P., La guarigione interiore oggi, un cammino di salute e di salvezza, en "Camillianum", 5 (2002), pp. 333-354.

⁷⁸ Cf. KOENIG H., op. cit.

que recibirá de Dios una acción sanadora aunque no logrará siempre ver y entender cómo llega y en qué consiste. Tal actitud libera interiormente y prepara a sanaciones físicas y mentales, pone las enfermedades en su justa perspectiva, ayuda a prevenir comportamientos y actitudes erradas, y a librar del estrés y la depresión.

La sanación física para un enfermo crónico, puede convertirse en una obsesión inalcanzable. En este caso, la vida se transforma en un infierno, al no lograr lo que desesperadamente se desea. La esperanza, en tales casos, ayuda a recuperar una vida plena y una victoria sobre la enfermedad a otro nivel: el espiritual.

Quien cree en la ciencia y en las estadísticas, respeta los pronósticos, muriendo cuando se le anuncia que va a morir (como para demostrar que su fe en la ciencia es justa). Frente a la incertidumbre, no hay nada de malo en esperar. Dar esperanza en una fase terminal, diciendo que se está mejorando no es engañar, no es dar falsa esperanza (¡no existe la falsa esperanza! Cualquier terapia sería una falsa esperanza, porque no tiene éxito en 100% de los casos). Nunca se debe decir: *"No hay nada más que hacer, porque no hay más remedios eficaces"*, sino señalar: *"hablemos, recemos conjuntamente"*. Nunca afirmarr: *"Ahora sólo debe esperar y rogar, la medicina no puede hacer nada más"*, *"no creo que esta vez sobrevivirá"*, *"¿cuánto tiempo quiere vivir todavía?"*; frases como éstas *matan*.

Frecuentemente, el paciente pregunta cuánto tiempo le queda de vida, pero no necesita un frío y cuantitativo pronóstico, porque esto se transforma como en un anuncio de muerte que llegará inexorablemente.

LA PERSONA (AGENTE SANITARIO O ENFERMO) FRENTE A LA ESPIRITUALIDAD Y A LA MEDICINA

MÉDICOS Y ESPIRITUALIDAD: EXPERIENCIAS

Así Siegel Bernie, cirujano y después médico de familia, cuenta su conversión al uso de la espiritualidad en su trabajo clínico⁷⁹.

"Me habían enseñado en la universidad un ideal de médico "machista", insensible, desapegado emotivamente del paciente, sin tristezas ni gozos, sino

⁷⁹ SIEGEL BERNIE S., *Amore, medicina e miracoli*, op. cit., pp. 15-23. 38-42.

eficiente y competente. Tal médico ideal es el que ante los riesgos de su comportamiento piensa: "puede hacer mal a los demás, pero yo tengo que ir a trabajar"; así se estresa, no se relaja, no se concede vacaciones o tiempo para la familia o para la propia salud. Es un juego peligroso que lo lleva a la autodestrucción. Se comporta como si fuera inmortal: fuma, bebe, come mal, no practica ejercicio y al final se enferma.

Después de diez años de cirujano, a los comienzos de los años '70 experimenté un fuerte sentido de angustia, los pacientes no siempre mejoraban y sin la menor duda, todos, primero o después, tenían que morir. El golpe más fuerte lo recibí cuando lesioné el nervio facial de una muchacha: una vergüenza terrible; no sabía cómo esconder la angustia. En cada operación sudaba hasta que se resolvía el problema.

Tenía poco tiempo para la familia, trabajaba 16 horas al día y siempre quería estar accesible. Descansar una hora me parecía robar tiempo a los pacientes. Volvía a casa tan cansado que no apreciaba la familia. Los hijos me preguntaban: "¿Hay posibilidad que te llamen esta noche?". Cada llamada telefónica podía arruinar una noche en familia y separarnos.

Luego me di cuenta que había dedicado mi tiempo sólo a casos clínicos, a trabajos científicos, enfermedades, fármacos, pronóstico y no a personas. Vivía desapegado y sin sentimientos hacia los seres humanos. Al darme cuenta de esta situación comencé a no sentarme más detrás del escritorio, sino cerca del paciente, empecé a comunicarme con él a corazón abierto. Me di cuenta también de que los enfermos me transmitían fuerza y empecé a abrazarlos, a hacer gestos para expresarles afecto. Aprendí a no ver más el momento del morir de mi paciente como un quiebre y empecé a ayudarlos a relajarse.

Una familia que trabajaba sobre la acción psico-espiritual, los Simonton, nos enseñó a meditar, a hallar un guía interior para ayudar a los pacientes a movilizar su energía mental y combatir la enfermedad; me parecía estar haciendo de sacerdote: dar amor, asistencia, acompañamiento, aconsejar sobre cómo morir.

Cuando me puse al nivel de los enfermos de cáncer (un tiempo, para experimentar, me rapé la cabeza como ellos), descubrí que escuchar permite alcanzar el pleno significado del trabajo del médico. Escribí artículos sobre mis descubrimientos, pero me fueron devueltos, proponiéndome mandarlos a revistas de psicología; sin embargo, los psicólogos ya sabían de la función de la mente sobre la enfermedad. Luego intenté presentar mis investigaciones a congresos médicos y allí tuvieron reacciones escépticas o de desprecio. Entendí que las estadísticas no alteran las creencias arraigadas (que son una cuestión de fe y no de lógica) y desde entonces dejé las estadísticas y me

concentré sobre las experiencias individuales que hablan al "corazón" de quien escucha y ayudan en el procedimiento de sanación psico-espiritual".

Otro ejemplo. El Dr. Harold Koenig, ha sido enfermero y después médico psiquiatra, doctor de familia y geriatra, director del centro para los estudios de religión/espiritualidad y salud en *Duke University*, profesor asociado en la cátedra de psiquiatría. Así escribe⁸⁰:

"Hasta 1996, orgulloso de mi ciencia médica, yo atribuía cada sanación a los fármacos y despreciaba, como charlatanería, todas las que eran presentadas como sanaciones por la fe. Luego en el '96 dirigí un congreso titulado "Factores sociales y religiosos que afectan la salud", y se me despertó cierta curiosidad sobre algunos casos que empezaron a acumularse en mi experiencia clínica. Entonces decidí investigar una hipótesis: la calidad de vida de los ancianos con enfermedades crónicas, ¿mejora si hay fe? De la investigación que siguió resultó que sólo el 10,3% de los ancianos muy religiosos tenían miedo a la muerte, mientras el 25% de los ancianos menos religiosos tenían este miedo (más del doble). Nació así un Centro de investigación titulado "Religión, espiritualidad y salud". En pocos años llevé adelante 50 investigaciones y más de 70 publicaciones sobre la relación entre fe y salud, estudiando la oración, la lectura de la Biblia, la frecuencia de los rituales, sin tocar el ámbito sobrenatural de los milagros de sanación, ni los fenómenos de fanatismo religioso."⁸¹

ENFERMOS Y ESPIRITUALIDAD: EXPERIENCIAS

He aquí algunas experiencias donde el aspecto psicológico y/o espiritual ha sido determinante para una sanación biográfica o biológica⁸².

- 1957, el señor Wright tenía un linfosarcoma avanzado, con grandes adenopatías deseminadas, hepato-esplenomegalia, fiebre alta; cada día se drenaba del mediastino 1 litro de líquido por obstrucción del conducto linfático torácico. Dependía del oxígeno y los únicos remedios eran ya los analgésicos. Pero todavía esperaba salvarse. Supo de un nuevo remedio, el *Krebiozen*⁸², todavía en fase experimental para el tratamiento del linfosarcoma y pidió ser aceptado e incluido en el estudio.

⁸⁰ KOENIG H.G. The healing power of faith, science explores medicine's last great frontier, Simón Schuster, Nueva York (NY) 1999.

⁸¹ Por ejemplo en la Faith Assembly en Indiana dijeron «Dios me protegerá» y no vacunaron a sus hijos. Llegó una epidemia y 140 de ellos se enfermaron y 81% murieron. Esto no es religión, sino sólo fanatismo irracional.

⁸² Cf. SIEGEL BERNIE S., Amore, medicina, op. cit., 25-26. 43-45. 89-100.

Se rechazó el pedido porque sólo incluía a pacientes con al menos 3 meses de expectativa de vida. Él insistió y para contentarlo se le hizo una inyección sabiendo que no habría de recibir la segunda. Al día siguiente estaba de pie, de tan buen humor que bromeaba con todos. En los demás pacientes el Krebiozen no había producido cambio alguno. Dos meses después, se vieron los resultados de la experimentación: "resultado nulo". Wright se sintió derrumbado psíquicamente y después de un período de aparente buena salud, se deprimió y volvió a estar como antes. El médico actuó con astucia y le dijo que el resultado había sido así porque el remedio, muy inestable, se había deteriorado y ahora se había producido una nueva cantidad más estable y más potente. Wright se puso optimista de nuevo y esperó la nueva llegada de Krebiozen, su esperanza y salvación. Con mucho espectáculo se suministró un placebo. La segunda curación fue más asombrosa que la primera. Después de dos meses aparecieron otros artículos contra el Krebiozen; Wright los leyó y en dos días se complicó de nuevo y murió.

- Hans Selye, premio Nobel de medicina, a los 65 años desarrolló un sarcoma con pronóstico *quoad vitam* de un año. Él, que había estudiado durante toda la vida el estrés, reaccionó así. *"Estaba seguro de morir, después me dije a mí mismo: -no puede sucederme nada peor, ahora tengo dos posibilidades de elección: o pasar un año de desesperación esperando la muerte o bien buscar obtener lo máximo posible de la vida que me queda. Opté por la segunda solución, porque me gusta luchar y el cáncer me procuró la mayor batalla de mi vida. Me entregué al experimento como si representara la evaluación definitiva de mi tesis, el test para probar si erraba o tenía razón. Entonces sucedió algo extraño. Pasó el primer año, pasaron también el segundo y el tercero y se descubrió que precisamente yo era la afortunada excepción... Así como la electricidad puede traducirse ya sea en refrigerar o calentar, según cómo se la utiliza (horno o frigorífico), el estrés puede causar pero también prevenir o curar la enfermedad... todo lo que puedo decir como científico es que la gran mayoría de los males físicos tiene, al menos en parte, un origen psicosomático"*.

ESPIRITUALIDAD EN MEDICINA: CONCLUSIONES

El fin de tales observaciones y búsquedas no es siempre y sólo sanar físicamente el cáncer o la enfermedad, sino llegar a la paz de la mente o a un

significado y sentido espiritual para encontrar un camino de curación a un nivel más profundo. Es un fin noble: transmitir esperanza y permitir al enfermo *vivir y actuar en sentido sanador*⁸³, yendo ya sea hacia la sanación física, ya sea hacia la enfermedad crónica, ya sea hacia la muerte física.

Promover la espiritualidad en la enfermedad significa ayudar al sujeto a desarrollar 4 elementos:

- 1.- La capacidad de *reflexionar sobre la propia vida* y la misma enfermedad y saber comunicar estas observaciones.
- 2.- La capacidad de *dar sentido* a la experiencia patológica dentro de una mayor amplitud de vida (dar un horizonte a la enfermedad).
- 3.- La capacidad de ver y *valorizar la dimensión no material* de la vida (la belleza de las cosas simples, el amor, la libertad interior, el sentido,...).
- 4.- La capacidad de *leer las señales de una realidad trascendente* o hablar con el Dios de la Revelación bíblica⁸⁴.

Muchas escuelas de enfermería se ocupan del aspecto espiritual del paciente (aunque en la práctica estas necesidades se estima que son de competencia del sacerdote o del capellán); pero el capellán generalmente no está hoy considerado ni por los enfermos, ni por el personal, ni por sí mismo, como un miembro del equipo que trata al paciente. Esto constituye un desafío. Él es visto sólo como alguien que sirve para consolar al que sufre. Hasta que no cambie esta visión de la espiritualidad y del capellán, no se logrará entregar aquello que más necesita el enfermo en sentido espiritual. Para dar este paso, hace falta entender que la curación espiritual no es un tratamiento más, sino un proceso y un acompañamiento que se comparte entre dos personas. En otras palabras: promover la espiritualidad no es dar cosas, es relacionarse entre personas, sujetos únicos, complejos, dinámicos y en transformación continua en un camino de crecimiento de ambos como personas.

Tal espiritualidad no se improvisa, no es como aprender una noción, un dato cuantitativo; espiritualidad es *un modo de ser* que se prepara estudiando, orando y meditando por años.

Se puede dar al enfermo un comprimido de un fármaco porque se conoce su molestia y las características farmacodinámicas y farmacocinéticas en el sujeto. Pero no se le puede "dar espiritualidad" sólo en base a un conocimiento técnico, un aprendizaje de memoria. Hablar de espiritualidad y ofrecerla,

⁸³ Concepto de santidad cristiana definido recientemente por el Papa Benedicto XVI es: "*lo que somos y todos lo que tenemos debemos emplearlo y ponerlo al servicio del Señor y de nuestro prójimo. En una palabra, debemos transformarlo en caridad*" en "Osservatore Romano" n. 46, 18 nov 2005, edición semanal, versión española p. 3.

⁸⁴ Cf. CARETTA F., PETRINI M., *Ai confini del dolore*, op. cit., pp. 52-54.

significa haber aprendido como un nuevo "idioma", haberlo interiorizado y querer enseñarlo.

Lo que se propone hoy en la pastoral sanitaria es hacer coexistir las explicaciones científicas sobre la enfermedad con las interpretaciones espirituales sobre el sufrimiento humano, o sea conectar enfermedad física y sufrimiento espiritual, sin separarlos como si les ocurrieran a dos personas distintas. Por esto es importante el soporte social y religioso del enfermo, la oración, los rituales, pues contribuyen a las dinámicas humanas de la curación. Sin estos elementos, se estaría haciendo una medicina veterinaria y no una clínica humana. Si luego pensamos en las enfermedades crónicas y degenerativas, y las mentales que no tienen respuestas resolutorias en la biomedicina; si pensamos en las enfermedades terminales, aquí aún hace más falta confiar al enfermo al recurso "Espiritualidad", a la fe, porque son irremplazables en dar sentido y alcanzar un nivel de salud biográfico, al cual con otros medios no es posible lograr.

Considerar los factores religiosos y espirituales significa tomar en cuenta a la persona como una totalidad. Sin embargo, existen resistencias y desconfianzas para introducir la espiritualidad en medicina. Se dice que nunca esta disciplina ha sabido y podido tanto y la seguridad del doctor de hoy es única en la historia de la medicina; pero este éxito no tiene que hacerle excluir posibilidades complementarias para ayudar al enfermo donde esta alternativa no llega. Sería rechazar la ayuda donde no se logra solucionar todo el problema. ¡Cómo no reconocer los propios límites y que siempre hay que aprender cuando se trata con la complejidad del hombre y sobre todo del hombre enfermo!

Sin espiritualidad, un paciente sólo piensa en volver a estar como antes, es un esclavo de su pasado e incapaz de crecer. Con la espiritualidad se proyecta al futuro, en sentido renovado, según lo que tiene, y ve cada enfermedad como un crecimiento continuo, tal como dijo San Pablo: *"aun cuando nuestro hombre exterior se va desmoronando, el hombre interior se va renovando de día en día"* (2Cor 4,16).

Por todo esto, hoy la espiritualidad es la garantía más fuerte para defender y promover una medicina integral, cuyo centro es la persona.

LOS MILAGROS DE SANACIÓN Y FE⁸⁵

FE Y SANACIÓN EN TEOLOGÍA

¿Tiene la fe vínculos con la sanación o no? ¿Cura la fe?

La fe verdadera no se detiene en la sanación médica, psicológica, espiritual terrenal, sino que está centrada en el amor de Dios. No busca a toda costa evitar morir físicamente: su objetivo es la salvación, la salud escatológica que, de una forma particular, ya empieza en esta vida.

En este sentido, la fe dona salud y salvación, sana al individuo que la busca y es sanadora para los otros, permite aceptar a Dios en la propia vida.

Karl Rahner afirma, acerca del verdadero sentido de sanación, que si el hombre aspira únicamente al restablecimiento médico, no ha entendido nada de lo que es realmente la sanación cristiana, la cual para el teólogo alemán significa:

sanar para ser sanador de los otros;
descubrir y concentrarse en el amor de Dios;
proyectarse y adelantar la victoria final;

No es adecuado detenerse en la curación de la enfermedad biológica: el centro es el amor de Dios y el objetivo es la salvación, un fin escatológico. A la luz de este concepto teológico es posible entender ahora la real función de los milagros: curaciones por la fe.

EJEMPLOS DE CURACIONES EXTRAORDINARIAS

- Madre Teresa Salvadores de Montevideo tuvo un tumor al estómago; le pusieron sobre el cuerpo un guante del padre Pío; soñó con el p. Pío y después de tres horas se levantó perfectamente sana.
- Lucia Bellodi, en Italia (1950), padecía de diabetes; después de una crisis de hiperglicemia, en coma, ve a un franciscano que le dice: "Ven

⁸⁵ Cf. AA.VV., *Guerison et miracles, rapport du Congrès International de Lourdes*, Centre Catholique des Medecins Francais, Paris et Association Medicale Internationale de Lourdes, Lourdes, 22-24 oct. 1993; Cf. GUITTON J., ANTIER J.J., *Poteri misteriosi della fede*, Piemme, Casale Monferrato (AL) 1994; Cf. PETRINI M., CARETTA F., *Preghiera cristiana e salute, spiritualità e medicina in una visione olistica della persona*, en "Camillianum", 1997/8, pp. 203-247; Cf. RAHNER K., *Potere di guarigione ed energia risanatrice della fede*, en *Saggi di Spiritualità*, Paoline, Roma 1965; Cf. TERRIN A.N. (a cura di), *Liturgia e terapia, la sacramentalità a servizio dell'uomo nella sua interezza*, Messaggero, Padova 1994.

a encontrarme en San Juan Redondo (S. Giovanni Rotondo)". Una vez recuperada del coma ya no tuvo diabetes.

- Lina Cassese: 5 años, hepatitis en estadio avanzado; se sana en el momento mismo en que su mamá se encuentra con el padre Pío en San Giovanni Rotondo.
- Anna Gemma di Giorgi: es una niña ciega de nacimiento por ausencia de las pupilas; después del encuentro con el p. Pío empieza a ver, incluso sin haber recobrado nunca las pupilas.
- María Mercedes Correa (Chile) el 15 de marzo 2003, a los 18 años de edad se recupera de improviso de una tetraplejia que tenía desde su nacimiento. Esto después de orar con la madre desde diciembre 2002 a través de la intercesión del Siervo de Dios Nicola D'Onofrio, religioso camiliano (presunto milagro en estudio en Roma).
- Alexis Carrel es un médico del siglo XIX, declaradamente ateo, premio Nobel de medicina. Obligado a partir de mala gana hacia Lourdes a cargo de los enfermos, en el tren encuentra a una mujer con peritonitis tuberculosa en estado avanzado. La mujer se sanó; él dedicó el resto de su vida a buscar una explicación científica de los milagros de Lourdes. Ya en la vejez, convertido a la fe católica, dijo: *"Dios sólo se manifiesta a quien lo busca con amor"; "todo en el mundo es sagrado; no hay diferencia entre mecanismos naturales y sobrenaturales."*⁸⁶

¿Qué postura toma la Iglesia frente a los milagros de Lourdes (10.000 declarados y 65 reconocidos oficialmente por la Iglesia y la ciencia conjuntamente)? Desde 1858 a 1904 la Iglesia, por prudencia, no reconoció ningún milagro. Pero en 1904 una delegación de 150 médicos de Lourdes fue acogida por el Papa y en 1905 por primera vez un doctor pudo informar delante del Pontífice sobre las más hermosas sanaciones e inició oficialmente el estudio teológico y médico para el reconocimiento de los milagros de Lourdes.

¿QUÉ ES EL MILAGRO?

Para la ciencia: es una sanación instantánea (no progresiva), total (no parcial), definitiva (la enfermedad no tiene que recidivar hasta la muerte del sujeto). La ciencia habla en tales casos de "fenómenos hasta ahora inexplicables" y nunca de "milagros", perteneciendo tal término a un paradigma diferente.

⁸⁶ Cf. SIENA P. (a cura di), Alexis Carrel, patologia della civiltà moderna e indicazioni curativ., Il Segno dei Gabrielli Ed., Roma 1995, pp. 9-32.

Para la cultura: "milagro" es lo que maravilla, el término se origina del latín *miror* asombrarse por un acontecimiento extraordinario; no existe en la Biblia el término "milagro"; se empieza a usar en el siglo XIII para subrayar el efecto extraordinario, que aturde, asombra, sorprende. Tal vocablo tiene hoy mucho éxito en una cultura sedienta de lo que produce emociones fuertes.

Para la Iglesia: su tarea principal es conservar y mantener íntegro el "*depositum fidei*" (por la oración, los sacramentos, la penitencia, la caridad). Ella es también llamada a administrar el resto (moral, milagros, promoción social), pero como trabajo colateral. Ante una acción del Espíritu como el milagro, la Iglesia se expresa con mucha prudencia pero no los niega; también el Papa Juan Pablo II en 1988 en Lourdes dijo que hay fenómenos que sólo tienen explicación en el orden de la fe.

Para la teología: se trata de un signo extraordinario:

- 1.- *Con objetivo pedagógico*, no psicológico, ni emotivo para suscitar curiosidad: el milagro enseña a creer en un Dios que está presente, que quiere vencer sobre el mal. Su objetivo es señalar que el centro de la vida es la fe, que Dios quiere para el hombre la curación. La señal milagrosa es "como un dedo que apunta hacia el cielo" para enseñar el verdadero rostro de Dios, un rostro de ternura hacia quien sufre.
- 2.- *Que no obliga a creer.* Del milagro no nace la fe; necesita en cambio partir de una actitud de fe para que el milagro adquiera una resonancia particular (de Lázaro se ha dicho que se encontraba en una situación letárgica, del ciego que se trataba de una ceguera histórica y del endemoniado que era un simple epiléptico); los milagros son pues ayudas a una fe ya presente o potencial.
- 3.- *Con una dimensión teológica carismática.* En la teología, influenciada por fenómenos histórico-culturales del siglo IV en adelante, se ha observado un desequilibrio entre sus tres vertientes (carismática, contemplativa y teológica): disminuyó el aspecto carismático, el contemplativo se convirtió en un privilegio de las órdenes religiosas y adquirió la preeminencia para la mayoría de los fieles el aspecto teológico, con un acento cada vez mayor sobre las virtudes morales, sobre la verdad teológica y sobre la ley canónica. La iglesia, influenciada por estos elementos culturales, adquirió la unidad, orden y estabilidad que necesitaba en ese período, pero perdió una parte de su función sanadora. Es durante este último siglo, siempre por factores culturales y por la gracia, que se ha ido observando una recuperación de los aspectos carismáticos y contemplativos. Se redescubrió, por ej. con Lourdes, un tipo de sanación relacionada a lo sagrado, de sanación-serenidad de la persona (ya sea sana o enferma físicamente) que se ve transformada

positivamente de vuelta a su casa después de la peregrinación. Los milagros mantienen viva esta dimensión carismática de la Iglesia y de la teología.

- 4.- *Para la teología el milagro es una "verdad subjetiva"*. Una verdad "objetiva" llevaría a desvalorizar el milagro, signo del amor de Dios, al verlo como un signo terrenal, material, que se puede medir y experimentar. Sería tratar con Dios como con un comerciante, la sanación como una mercancía y como un mercado la fiesta que le sigue. El milagro, en cambio, concierne y pertenece a la persona que lo recibe "subjetivamente": si la enfermedad es personal, también la sanación y el milagro son biográficos, representan una intervención de Dios en la vida de alguien. En el milagro hay un misterio que ni la ciencia, ni la Iglesia tienen la clave para develar.

Se puede concluir con Rahner diciendo que *un signo de Dios no necesita pruebas humanas para ser verdadero*. El hecho de no poder penetrar en el Misterio que Dios quiera sanar a uno y no a otro, no implica que no se necesite estudiar los milagros, pero se requiere hacerlo con criterios correctos, ya sea desde el punto de vista de la medicina o de la teología, evitando sincretismos y reduccionismos, y siempre abiertos a la óptica del misterio.

RELIGIÓN Y SALUD

Por último, examinemos brevemente la dimensión sanadora de la religión. La ciencia, para mantener su objetividad, la ha dejado de lado como medio de curación. Hoy las religiones ven la parte metafísica de la enfermedad, el aspecto espiritual, energético, cósmico, psíquico, pero no para huir o negar el mal orgánico, sino para mostrar el reduccionismo científico de la actual medicina, pues la curación del hombre es algo más profundo y complejo de lo que ella presenta. Las religiones empiezan a tomar conciencia que la verdad biológica de la medicina no es tan segura y exhaustiva como se creyó desde la expansión del positivismo.

Para todas las religiones lo *sagrado* es lo que da peso, valor, estabilidad a la realidad. El término viene de la raíz indoeuropea "sak" "lo que da validez a lo real"; lo sagrado busca lo que da unidad al todo (armonía con Dios, consigo mismo, el otro, la naturaleza), ayudando al hombre a integrarse en el ambiente en el cual vive; ofrece una vida más significativa, y por tanto más sana.

En algunos modelos de enfermedad, se entiende que ésta puede aparecer cuando en la persona esa armonía se fragmenta (enfermedad de origen o

causa religiosa); la terapia religiosa consistiría, por lo tanto, en recrear esta armonía. En muchas tradiciones culturales del mundo, medicina y religión trabajan juntas (Ej. medicina tibetana, china, siberiana, chamanística; también en la tradición india védica y brahmánica se expresa esta sinergia entre medicina y religión).

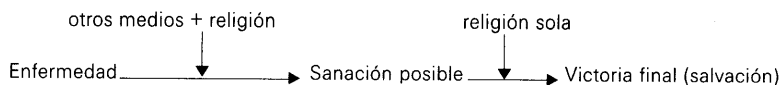
En el tercer milenio se está buscando de forma obsesiva lo espiritual, ya sea para lograr la *salud* o la *trascendencia*. Es un dato que no debe ser subvalorado ya que nos permite plantear una nueva evangelización que puede:

- Teóricamente: recrear una nueva identidad religiosa del hombre después de dos siglos de positivismo.
- Prácticamente: ayudar al enfermo a recorrer un camino único y personal para reconstruir el sentido del misterio en su vida.

Encontrarse con un santo contagia sanación (como quien se encontró con Jesús). ¿Por qué? Encontrarse con una persona unificada (en sentido trascendente) hace participar de aquella unidad interior, de aquella sanación, y ayuda a iniciar un camino personalizado de reconstrucción de sí y del sentido del Misterio (el proyecto salvador personal y comunitario).

Todo esto concierne a las "religiones naturales", las religiones del hombre que busca a Dios.

La tarea terapéutica de muchas religiones es ayudar a vivir de modo saludable y salvador entre el "ya" (la sanación terrena posible) y el "no todavía" (la salvación trascendente) cada acontecimiento de la vida (la salud y las enfermedades, el proceso de sanación y el morir).



ANEXO. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS: PAUTAS DE LOS AGENTES SANITARIOS EN LA ASISTENCIA INTERRELIGIOSA⁸⁷

HEBRAÍSMO

- Evitar que un agente sanitario hombre dé la mano a una paciente mujer y viceversa; para los judíos ortodoxos es inmoral para un hombre tocar a las mujeres que no sean la propia esposa.

⁸⁷ Cf CARETTA F., PETRINI M., *Ai confini del dolore*, op.cit.

- Las mujeres casadas se cubren la cabeza con velo o peluca. Ello también ocurre con los hombres cuando rezan.
- En sábado no está permitido viajar (transporte en ambulancia) excepto si hay peligro de muerte. Lo mismo con las comidas prohibidas, aceptables sólo si son necesarias para curar una enfermedad grave.
- Higiene: jarrón y lavabo para lavarse las manos antes de las comidas.
- Alimentación: prohibido cerdo y crustáceos. Prohibido tomar leche con carne. Permitidos el cordero, novillo y pollo, cuando han sido descuartizados de modo que se ha hecho salir toda la sangre posible; permitido el pez sólo con escamas y aletas.
- El Sábado, día sagrado, abarca desde el ocaso del viernes al ocaso del sábado; está prohibido viajar, escribir, encender la luz, etcétera. Se inicia con un vaso de vino o zumo de fruta, un pan sin levadura y dos velas.
- Fiestas especiales: Pascua y Expiación con costumbres particulares.
- Al nacimiento, después de 8 días, se solicita la circuncisión en el varón.
- El morir: el moribundo no es dejado solo y se le lee la oración Vidui y la declaración de fe: el Shemà. No se acepta la eutanasia. Si el moribundo pide hablar con el rabino, preguntar si es ortodoxo o liberal, porque tienen observancias diferentes.
- La muerte: después del deceso el pariente más cercano le cierra la boca o los ojos, y pone los brazos a lo largo de las caderas. Si muere en sábado esperar el domingo antes de desplazarlo. Contactar con la sinagoga para el funeral (ortodoxos dentro de las 24 horas, para los liberales lo más pronto posible con posibilidad de incineración). Los ortodoxos no aceptan que se donen los órganos.

ISLAMISMO

- Permitir la presencia del marido durante la visita médica de una mujer. No hospitalizar a las mujeres en departamentos mixtos.
- Un agente sanitario hombre no puede llamar a una mujer por su nombre y viceversa para un agente sanitario mujer con un paciente hombre.
- Es inaceptable que un sanitario cuide (lavando u otros menesteres) a un paciente del otro sexo.

- Higiene: lavar al paciente con ducha y no con tina. Si es posible, que se lave solo. Después de la chata dar agua para lavarse y no el papel higiénico; entregar el agua del lado izquierdo porque usará la mano izquierda para lavarse. Afeitar el pelo pubiano y bajoaxilar. Dar agua antes del rezo.
- Alimentación: prohibido el cerdo, las comidas cocidas en la grasa animal, las bebidas alcohólicas, a veces los quesos. Permitidas las carnes de animales benditos y sacrificados en modos particulares.
- Rogar cinco veces al día (antes del alba, mediodía, tarde, ocaso, noche), también en la cama; lo importante es que sea vuelto hacia la Meca (indicarle la dirección). Eximidos para la oración: el enfermo grave y mujer en los 40 días después del parto y en las menstruaciones.
- La fiesta del Ramadám: se practica el ayuno absoluto desde el alba al ocaso (excepción enfermo grave, mujer embarazada y en lactancia, en las menstruaciones, en viaje, ancianos, enfermos).
- Nacimiento: se recita una petición en la oreja izquierda y luego en la derecha (como primera cosa que el niño escucha). Circuncisión en 4 semanas en el varón.
- Moribundo: asistencia de los parientes.

BUDISMO

- Alimentación: a menudo son vegetarianos.
- Rezo: lugar silencioso para meditar.
- Muerte: asistencia al moribundo, si es posible en habitación individual. El paciente busca ser informado acerca de cuándo va a expirar para prepararse; ya que considera la muerte como el momento más importante de la vida. Suspender fármacos, consultar al paciente en cada fase y por cada decisión. Importante manejar todo para un deceso en la quietud, paz y reflexión. Útil tener imagen de Buda, flores, velas, incienso y textos sagrados para leer.
- Después del fallecimiento los parientes se quedan en silencio cerca del difunto sin que el cuerpo sea movido. Incineración a veces con la presencia de un monje.
- A veces objeciones a la donación de órganos, no hay objeciones a la autopsia.

HINDUISMO

- Sólo un agente sanitario femenino puede tocar a una paciente mujer y viceversa. El sentido del pudor es muy importante.
- Higiene: prefieren la ducha a la tina, después de la chata dar en la mano izquierda el agua en lugar del papel higiénico.
- Alimentación: vegetarianos muy frecuentemente, prohibida la vaca y los bovinos. Raro el cerdo.
- Oración: al alba, después de lavarse y antes de cada comida.
- Muerte: se incineran siempre, ninguna objeción a la autopsia y a la donación de los órganos.

Capítulo VII.
MEDICINA Y CRISTIANISMO
 (La persona como imagen de Dios, en relación con el Cristo Médico)

TEOLOGÍA DE LA SALUD INTEGRAL¹

¿QUÉ ES LA SALUD PARA EL CRISTIANO?

- 1.- La salud es *relación* (estar bien con los otros, con uno mismo, con Dios, en armonía con la creación). Los términos armonía, equilibrio, bienestar se refieren todos al concepto "relacional" que es un bien, tanto subjetivo como objetivo y se origina teológicamente del Dios Trinidad.
- 2.- Es una búsqueda personal, relacionada con la *unicidad* de la persona.
- 3.- Conciérne a *toda la persona* (cuerpo, alma y espíritu), es *integralidad* y no sólo relacionada con una de sus partes.
- 4.- Es algo *dinámico* (la capacidad de desarrollar potencialidades humanas, una actividad que mueve a la persona hacia un objetivo). No es un

¹ Cf. ÁLVAREZ F., El Evangelio fuente de vida saludable, en Camillianum" 13 (2005), pp. 33-57. Cf. ÁLVAREZ F., Salute, approccio teologico, en AA.VV., "Dizionario di Teologia pastorale Sanitaria", Ed. Camilliane, Torino 1997, pp. 1079-89. Del mismo autor y mismo Diccionario la voz: Salvación, pp. 1098-1108. Fascículo de P. Francisco Álvarez (curso fundamental en el Camillianum) octubre 1994.

estado, sino el resultado de un movimiento (por esto la salud es siempre algo a lograr, porque es frágil).

- 5.- La salud *incluye el sufrimiento, el límite, la muerte*. En síntesis el modelo cristiano de salud es de marco pascual: pasión y resurrección: estar en salud, es la capacidad de querer y ser querido, capacidad de cumplir una misión, de crear, tolerando frustraciones y sufrimientos y apoderándose de sí para realizar la propia vocación, el proyecto salvador personal. Salud es la meta, sanación es el proceso.

LA RELACIÓN ENTRE SALUD Y SALVACIÓN

El significado del término *salud* está vinculado histórica y etimológicamente a la palabra *salvación*. Es una experiencia ordenada a la salvación (lo que no impide que pueda ser también vivida fuera del marco religioso).

La *salvación* no se agota en la *salud*, ni en la libertad de..., ni en la promoción social, ni en algo terrenal, porque es regalo de Dios (totalmente); por lo tanto es eterna e infinita.

La *salud* es uno de los elementos de la vida, la cual está orientada a la *salvación*; *la salud por lo tanto no es un fin, sino un medio dirigido a la "vida en plenitud"*, hacia la salvación. La salud es para vivir; no vivimos para ser sanos. Quien absolutiza la salud padece aquella enfermedad llamada "*salutismo*"².

De SALUD a SALVACIÓN. En otras palabras, la salud es teológica. *Salus* (en latín), *shalom* (en hebraico), significan la vocación del hombre para superar su fragmentación e ir hacia la liberación del pecado, hacia la plenitud, la integridad, la entereza, la comunión con Dios dentro del proyecto creativo y salvador, para hacer de la propia existencia un sacramento de amor, de salud y salvación para todos. Quien no ama, queda en la muerte, sólo quien ama ha comprendido el verdadero sentido de la salud y de la salvación sanadora de Cristo. Por esto, cada teología de la salud también es una teología de la caridad.

De SALVACIÓN a SALUD. En otras palabras la salvación es antropológica. No es sólo un regalo ultramundano, espiritualista, individualista, sino también histórico, temporal y terrenal. Es un obsequio que baja sobre toda la persona (cf. Rm 5,5) y transfigura su condición terrenal.

Las nuevas propuestas terapéuticas (CAM³, Nuevos Movimientos Religiosos, Sectas), han introducido una pregunta confusa y ambivalente, tanto a la

² Término italiano para definir la salud como fin de la vida, estar enfermos de salud, la salud vista sólo como resultado de las propias elecciones, la salud controlable y domesticable.

³ CAM: Complementary and/or Alternative Medicine.

religión como a la medicina: que no se sabe si se quiere salud o salvación o ambas. Lo que sí todos tienen claro es la fuerte necesidad de fusión, de percibir emociones arcaicas que dan sensaciones de bienestar global y permanente; tal necesidad, hoy, imperiosa, es señal de la carencia de un imaginario sagrado que no ha sido reemplazado por otro válido.

Hoy la síntesis psico-religiosa de la *Nueva Era* se está difundiendo como mancha de aceite en las creencias populares tanto religiosas, como terapéuticas. Su paradigma es plenamente inculturado en esta necesidad de re-encanto, de bienestar global como armonía con el todo, como fusión, como desarrollo individual, a menudo narcisista, del potencial humano. El Credo *Nueva Era* se basa en los siguientes conceptos: todo es uno (monismo, holismo, *continuum* ontológico), todo es interdependiente; hay unidad entre hombre, Dios y universo (el hombre es un fragmento de Dios). Para este Credo la oración es fusión con lo divino, Dios es una fuerza cósmica impersonal, una energía de la cual sacar fuerza para realizarse, el hombre mismo es energía (cuerpos sutiles), las enfermedades son energéticas y las terapias también, todo es energía. En este holismo energético, micro y macrocosmo se reflejan en un holograma, la parte pierde completamente su papel en detrimento del todo en el cual derretirse y desaparecer. La persona tiene la tarea de encontrar su camino (realizarse), no obedeciendo a autoridad o a dogmas, sino siguiendo la justa intuición o la de personas "iluminadas" hacia una nueva humanidad sana y salva y una única religión mundial. ¿Por qué tanto éxito en tales propuestas? Y sobre todo ¿Qué puede aprender el cristianismo como lenguaje y modos de ofrecer salud y salvación en la cultura occidental de hoy? El éxito, escribe Ugeux, es debido al hecho que la persona se siente tomada en serio como persona entera, no como una historia clínica (paciente), no como cuerpo enfermo (cama número x), u objeto para arreglar, patología en serie (ej. diabetes); la valorización de la relación terapéutico-personal que se da en la curación holística ha sido una respuesta válida a una fuerte necesidad de la cultura occidental actual⁴. La mayor novedad que los nuevos enfoques en la salud pueden enseñar, tanto a la biomedicina como a la pastoral de la salud eclesial, está en utilizar el complejo bio-psico-relacional-espiritual en la práctica terapéutica cotidiana. Esto tiene la ventaja de potenciar los efectos benéficos de la terapia alopática, disminuir sus efectos colaterales, reforzar el terreno inmunológico del paciente, actuar donde la biomedicina no suele llegar (molestias neurovegetativas, mentales, etcétera)⁵. Éste aprender de la cultura, contestando críticamente, es necesario si se quiere dar como tradición

⁴ UGEUX B., *Guerir a tout prix? Les Éd. de l'Atelier / Éd. Ouvrières*, Paris 2000, pp. 120-121.

⁵ *Ibidem*, p. 122.

cristiana una respuesta original y creíble a la pregunta contemporánea sobre la salud, el sentido y la salvación, y no dejar a los pacientes en manos de su confusión mental y a merced de Sectas, movimientos terapéuticos esotéricos y religiosos que buscan adeptos.

¿POR QUÉ LA TEOLOGÍA DE LA SALUD?

He aquí algunas preguntas para fundar la exigencia de una teología de la salud.

- 1.- Jesús en el Evangelio ofrece *salvación bajo la forma de salud*. Él contagió salud. Quien entendía, por la fe, la virtud terapéutica de Cristo y se adhería a Él, sanaba.
Hoy uno se pregunta cómo responder a la exigencia de evangelización y cómo hacer interesante e incorporar el anuncio de la salvación. ¿Se sintoniza la Iglesia con las aspiraciones más verdaderas del hombre? ¿Se siente la gente curada por el Evangelio?
- 2.- Jesús ha venido a traer el Reino de Dios sobre la tierra; ¿cómo lo construye? Si la salud es, como en el Evangelio, un *medio privilegiado* y esencial para construir el Reino de Dios, entonces una teología de la salud es un elemento indispensable para fundar tal acción.
- 3.- Jesús curó *como Salvador* y no como médico, ni curandero. Él subraya no el milagro de la sanación en sí, sino la dirección hacia la cual el milagro nos dirige (la fe, la esperanza). ¿Es tal modelo planteable hoy en la evangelización?
- 4.- ¿Qué tipo de salud ofrece la Iglesia? No una salud biológica solamente ni una asistencia tipo *nursing*, sino una salud *biográfica*, de sentido espiritual (no espiritualista), una salud cristológica. En una palabra, una salud "humana y humanizada".
- 5.- La Iglesia ofrece al enfermo el *Evangelio* que no es un tranquilizante para calmar sus síntomas, sino un medio que ayuda a dar *un lenguaje a la salud y al sufrimiento*.

La *teología de la salud* ilumina la pastoral eclesial, mostrándola como una ayuda al hombre para desarrollar una nueva calidad de vida: "He venido para que tengan vida y la tengan en abundancia" (Jn 10,10): no sólo la vida espiritual, no sólo la vida escatológica. Promover la salud es tarea también de la Iglesia y de la teología; la salud es importante para el hombre a nivel biológico, psicológico, social y ético. En el proyecto salvador y del Reino de Dios, es la salud lo que se busca y no la enfermedad. La salud es presentada por la

Teología como un modo⁶ de experimentar la salvación aquí y ahora (aunque todavía no de modo total).

- 1.- Hay quien objeta que no sirve tal teología, *lo que cuenta es ser salvados* y no “estar saludables”.
- 2.- Otros dicen: “en el centro de la vida del hombre está el dolor”. Según esto el ser humano estaría hecho más para experimentar el sufrimiento que la alegría, lo que se expresa fundamentalmente en el arte. Nosotros hemos sido educados para no sentir el cuerpo cuando está sano; la salud es para muchos la ausencia de sensaciones corporales, es un “no sentir”, dijo Buda y se experimenta cuando hay ausencia de enfermedad. La salud, en conclusión, es definida y percibida en nuestra cultura como un negativo, un vacío de sufrimiento/enfermedad (tal como el “mal” es el “no bien” o el “laico” un “no clérigo”). La segunda objeción puede resumirse luego así: *¿para qué sirve una teología del vacío?*
- 3.- Otros, más aún, dicen que *la salud es un peligro para la espiritualidad*, ella obstaculiza la fuerza salvadora del sufrimiento. En los países con más alto “tren de vida” es mayor el índice de suicidios y esto se asocia a un bajo nivel de espiritualidad (un escaso “sentido de la vida”). Esta parece ser, según este pensamiento, una de las muchas pruebas de por qué el bienestar y la salud ponen en peligro la vivencia espiritual.

Por causa de estas tres objeciones el desarrollo de la *teología de la salud* o teología terapéutica, en el pasado, se detuvo y sólo ha logrado avanzar recientemente. A nivel teológico, se planteaban interrogantes sobre el dolor, el pecado, la muerte, mientras que la salud parecía no generar interrogantes. Se hablaba de pastoral del hospital o del sufrimiento con una regla de tipo consolatorio (animando a la resignación y al consuelo),⁷ con praxis sacramentalista; una pastoral accesoria en un clima de medicalización y cada vez más tecnológico.

Desde la teología de la salud, se ha planteado, en cambio, una pastoral de la salud centrada en el deseo de vivir en plenitud, algo siempre posible hasta la muerte, integrando los límites de la existencia. Dicha pastoral se convierte por lo tanto en una praxis evangelizadora que concierne a toda la vida (en la salud y en la enfermedad), factible en los ámbitos sanitarios, pero también en los no sanitarios.

Respuestas a las tres objeciones. La salud tiene tres dimensiones sobre las cuales trabajar.

⁶ Otros modos de experimentar la salvación son: en primer lugar los Sacramentos, luego la libertad, la caridad, el conocimiento, la mística, etcétera.

⁷ Es aquella pastoral que Marx atacó como «opio» de los pueblos, pero que no corresponde para nada a la pastoral de la Iglesia y sobre todo del Vaticano II (Cf. *Lumen Gentium*, *Gaudium et Spes*).

LA SALUD DADA, se refiere al programa de la *naturaleza*, de la herencia, del entorno. Algo que acoger y sobre lo cual trabajar con la ayuda de la medicina, fármacos y cirugía.

LA SALUD ELEGIDA, aquella decidida por *nosotros*, aquella de carácter moral, una responsabilidad sobre los propios comportamientos. Sobre ésta se actúa con la pedagogía sanitaria y la bioética.

LA SALUD DONADA, es la ofrecida por *Dios*, la salud espiritual que se puede pedir sólo con la oración y los medios sobrenaturales.

La *teología de la salud* ayuda a la salud elegida y donada, porque permite:

- 1.- *Una valoración ética de la salud.* La sobreestimación de la salud se convierte en *salutismo*. Ella es regalo de Dios, un medio para la misión, para morir a uno mismo. El Evangelio no absolutiza nunca la salud:
 - *Ni la física* (Jesús plantea, a quien está "sano": renuncia a ti mismo y sígueme; córtate la mano si ella te lleva a pecar; no pienses ni en la comida, ni en el vestido; vende todos tus bienes,...).
 - *Ni la espiritual* (la experiencia mística no es una vacuna contra los males espirituales, más bien se asocia con sufrimientos espirituales: noche oscura de la fe, la duda sobre la propia salvación). El Evangelio no es un calmante que nos da garantía de paz, *la salud verdadera es la necesidad del Dios de la vida, es la comunión con Él, y para sentir tal necesidad, para vivir tal comunión hace falta ser pobres, pequeños, mendigos.* Sólo los «humildes» nos pueden enseñar cómo sentirse para poder creer en Dios, y descubrir la verdadera salud. Hay quienes en cambio, con actitud de arrogancia, se sienten sanos y en el bienestar somato-psico-espiritual, piensan que Dios no sirve y sólo se encomiendan a la medicina y a lo que ella promete. No se trata por lo tanto, como afirma la tercera objeción, de un problema de "una salud amenazada por la espiritualidad", sino de una actitud de fondo del hombre: humildad o soberbia frente a Dios.
- 2.- *La percepción del cuerpo* cuando se está sano. Generalmente se ha educado para no percibir el cuerpo sano y a hacerlo callar para concentrarse principalmente en el mundo mental. Aprender a valorizar esta sensación puede ser fuente de salud.
- 3.- *La interpretación cultural y constitucional-temperamental* de lo que generalmente consideramos salud o enfermedad (ej. la inapetencia es enfermedad para el 57% de los ricos y para el 20% de los pobres); (ej. una dieta rica en azúcar o en carne puede ser saludable para una constitución y dañina para otra).

¿Qué papel tiene la salud en el proyecto del Dios revelado? Dios quiere la salud y la ofrece junto a la salvación. Los milagros de sanación del Antiguo y del Nuevo Testamento lo demuestran ampliamente.

La salud es praxis ética y pastoral en la Biblia ya desde el principio.

Praxis ética porque es circundada por un mundo de elecciones para ser promovida y defendida a nivel personal y comunitario, para crear un clima de solidaridad hacia quien la ha perdido.

Praxis pastoral porque es confiada a la comunidad eclesial en el Nuevo Testamento en las tareas del cuidar (cf. Mt 8-9), asistir (cf. Lc 10,29-37), anunciar un mensaje de esperanza a cada hombre que sufre (cf. Mt 5,1-12; 25,31-46). *El objetivo fundamental de la presencia de la Iglesia en el mundo del sufrimiento es llevar salud en sentido integral.*

Por tanto, la teología de la salud conlleva una nueva mirada hacia la misión de la Iglesia. Por tal teología se ve que el Evangelio (celebrado en los Sacramentos, experimentado en la liturgia, en el testimonio, en la moral) es un *ejemplo de salud "integral"*, porque *aumenta la salud en el sentido de la capacidad de relacionarse.*

FE Y SALUD

¿Qué entiende la gente, la cultura, cuando pide sanar físicamente a cualquier costo? ¿Quiere sanar de qué? ¿Cómo? ¿A qué precio? ¿En vista de qué? ¿A qué se refiere, en cambio, Jesús, cuando le pregunta al enfermo "quieres recobrar la salud"? (Jn 5,6).

El afán o la pretensión de sanar gente, el hacerse cada vez más exigentes con los agentes sanitarios, el sentir en Occidente el derecho/deber de estar saludables, es síntoma de una angustia que ya no se sabe simbolizar. Es el sueño de omnipotencia y eternidad, de armonía perfecta que es destruido por la enfermedad y no se sabe reemplazarlo más que por un concepto infantil de salud, como vuelta al estado anterior, como desaparición de los síntomas, como olvidar el dolor que se ha experimentado. El mismo razonamiento es propuesto implícitamente por la biomedicina que, a menudo se enferma de racionalismo (por querer abarcar la totalidad de lo real con el intelecto calculador), y persigue sueños de omnipotencia sobre las enfermedades, el sufrimiento, la muerte (últimamente por la manipulación genética). Esta medicina, en cambio, provoca nuevas enfermedades, efectos colaterales, quita su dignidad de persona al enfermo, soluciona el problema de pocos en el planeta porque cada vez se encarece más. Peor aún, con el mismo modo de razonar se han propuesto tratamientos llamados "holísticos" de ciertas Sectas

con maestros que se “venden” como médicos, psicólogos y sacerdotes (competentes en todo), que confunden los campos de competencias y quitan responsabilidad a los pacientes, creando dependencia.

¿Qué propone en cambio Jesús cuando busca sanación para los enfermos? ¿Qué sanación debe plantear una pastoral “sana”? Proponemos un análisis del antropólogo Bernard Ugeux⁸.

Para el paciente la sanación es un *renacimiento que debe ser deseado*, no pretendido, una *gracia* de salud que se acoge, un recibir de Dios su amor, su salvación aunque a veces físicamente pueda permanecer enfermo; sanación también es *responsabilidad* para el paciente, es decir un proceso de reunificación, de reconstrucción con tenacidad y buena voluntad; es la elaboración continua de un nuevo equilibrio en que se aceptan las potencialidades aumentadas o menguadas, es la *reconciliación* con las rupturas creadas por la enfermedad para vivir y comunicarse de un modo nuevo.

Para el profesional sanitario, sanación es la *renuncia a la obsesión de los resultados*, el rechazo a tener que mostrarse omnipotente como la gente quiere. Es, en cambio, centrarse en la gratuidad de la relación y el acompañamiento del enfermo en su crisis de sentido, ya sea hacia la mejoría o hacia la cronicidad o también hacia el gran paso a la otra vida. Además, trabajar por la sanación significa un acercamiento a las muchas dimensiones del paciente, usando más sistemas terapéuticos, cada uno dentro de su paradigma, buscando en equipo un diagnóstico pluridisciplinar para llegar a una terapia pluridisciplinar que tenga en cuenta también lo simbólico del paciente. Sintiendo reconocido como persona y escuchado con respeto, el enfermo será acompañado a la verdadera sanación, la que abre, sin fugas, al deseo de salvación. «¿Quieres recobrar la salud?» para Jesús no es sinónimo pedir: “¿deseas la salud física?” sino “¿te gustaría desempeñar tu papel insustituible de sujeto en el proyecto de salvación a ti confiado?”

¿CÓMO VIVIR LA FE CUANDO NO SE LOGRA SANAR, CUANDO SE ADUEÑAN DEL PACIENTE EL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE?

A menudo se confunden dos conceptos diferentes: tratar de sanar (que es normal), y deber de curar a toda costa (que es rechazar la misma finitud). El hombre es grande cuando asume con dignidad su suerte humana y sabe recibir de Dios su amor, aunque el cuerpo se derrumbe en ruinas. *Reducir el objetivo humano al inmediato bien-estar es la concepción narcisista impuesta por*

⁸ Cf. UGEUX B., *Guerir à tout prix?* Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, Paris 2000, p. 49.

la cultura globalizada. El discurso se complica cuando hay que conectar el sufrimiento con la misma fe, es decir hay que contestar a la pregunta existencial: ¿cómo vivir la salvación en ausencia de una sanación médica?

Las frases consoladoras tendentes al *dolorismo*⁹ llevan a los creyentes sanos y enfermos a la rebeldía y a los no creyentes al escándalo porque no muestran respeto hacia la persona en su momento de máxima vulnerabilidad. Ugeux invita a no partir de la Voluntad de Dios sobre el hombre que sufre sino de la actitud de la persona (su respuesta) en la prueba a la luz de la fe. En otras palabras no es importante cuánto *sufrimiento* Dios permite para el hombre, sino cuánto *amor* puede ofrecer el hombre a Dios en aquella situación¹⁰.

La respuesta más madura hoy en el ámbito pastoral cristiano es acoger con benevolencia (escucha holística, religiosa y cultural) la pregunta cultural de "sanar enseguida y a toda costa" y saberla dirigir hacia la salud/salvación, es decir hacia la esperanza en la ternura de un Dios que ama también independiente de la sanación. La tarea de los pastores no es transformarse en gurús, sino ayudar a quien lo pide a superarse, es decir a hacerse más responsable en su situación, a reinsertarse en la comunidad, a cambiar su imagen de Dios, crecer en la fe y en el amor, (y éstas son ya sanaciones), también cuando no se da la completa recuperación física¹¹.

Se debe dar a entender que el Dios de los cristianos no es un curandero como los dioses de las "religiones maternas" hoy tan de moda, aquellas en las cuales se fortalece el sentimiento de omnipotencia sobre las cosas (fusión con el todo, aniquilamiento del yo), la búsqueda de experiencias emotivas (regresivas y narcisistas, necesidad de amor), la dependencia de los líderes (el dios como curandero al cual uno se dirige como enfermo), el hambre de lo irracional (llamada «espiritual», pero que en realidad es sólo la pobreza de la "persona"). El cristianismo es religión "paternal", cuyo Padre es la Palabra, que pide desempeñar un papel creador y confrontar a personas autónomas y responsables. Un cuidado de la salud cristiano tiene la tarea de educar a superar la tentación de la salud "total y enseguida y llena de emotividad", hacer entender que estamos viviendo una crisis paradigmática de racionalidad e interioridad y hace falta cambiar la imagen de Dios (que es padre y madre), lo que no significa cambiar a Dios, sino crecer hacia la verdad de Dios.

Para hacer esto la *pastoral de la salud* es la que tiene la tarea de inventar nuevos caminos espirituales para los que buscan a Dios, y que se enfrentan con el sufrimiento. Nuevos en el sentido de integrar las tradiciones espirituales cristianas,

⁹ El dolorismo ve la enfermedad como don de Dios para el bien, prueba de un amor privilegiado, expiación, castigo purificador, etc.

¹⁰ *Ibidem*, pp. 192-195.

¹¹ *Ibidem*, pp. 202-203.

implicando cuerpo, afectividad y relación al cosmos; usar el empeño en el servicio como forma de búsqueda de Dios, recobrar la importancia de los símbolos y de los sacramentos como instrumentos para sanar; acompañar personalmente, dando criterios de lectura espiritual de la propia vida. Hacer entender por fin, que la sanación es recibir del Espíritu (sin quererla conquistar con voluntarismo, con iniciaciones esotéricas), es dejarse querer sin pensar que se tiene que merecer este amor, sino confiar en Dios más allá de heridas y fracasos, el hombre puede renacer con la confianza. Es un camino de interioridad indispensable para sanar de lógicas deshumanizantes. La Iglesia tiene la tarea de ayudar a superar el concepto de sanación como simple eliminación de síntomas y realizar un ministerio de sanación verdadera y de salvación¹².

Concluyendo, medicina y religión cristiana van aparejadas en el manejo de un acercamiento integral al enfermo. Ninguna de las dos puede excluir a la otra si respeta al hombre y quiere sanarlo de la mejor manera. Además, así las respuestas tendrán en cuenta el misterio de cada persona en búsqueda (que pasa también por la cultura y la personalidad), el cristianismo será fiel a Dios y al hombre, continuando la acción siempre actual de Cristo de liberación y sanación.

CONCLUSIÓN TEOLÓGICA, LA SALUD ES¹³:

EXPERIENCIA DE RELACIÓN Y DE ALIANZA (*RELACIÓN*)

La relación equilibrada consigo mismo. No se está bien en la propia piel (el bienestar físico), si no se sabe vivir en profundidad, claramente, bien despierto y se puede entrar en relación con la propia sombra, sin avergonzarse (porque se la ve como potencialidad y no como negatividad); saber alabar a Dios y rogar con su cuerpo.

La relación de tipo íntimo con los otros, acogedor, confiado, solidario, cálido, humano, respetuoso, perdonador... característico de quien está sano. Curar es crear luego un corazón capaz de amar. En Jesús la mayor capacidad sanadora mana del amor y lleva a amar.

La relación armónica con la creación es salud, porque es saberla contemplar y transformar creativamente, aceptando de ella la precariedad.

La relación de comunión con Dios es salud, porque es entrar en armonía con el mismo manantial del ser. Tal relación se desarrolla en la Iglesia, allí

¹² *Ibidem*, pp. 212-213.

¹³ Cf. ÁLVAREZ F., Fascículo de un curso al Camillianum "Teología de la salud" 1994.

donde se experimenta un contacto sanador, donde Dios cura, asiste, perdona y da paz. Lejos de Dios la salud será efímera.

La persona sana y curada es realmente expresión de la gloria de Dios. No se identifica más con el cuerpo físico, o con la imagen externa de sí ("no tengáis miedo de aquéllos que pueden matar el cuerpo" dice Jesús (cf. Mt 10,28 Lc 12,4).

EXPERIENCIA DE LIBERACIÓN PARA SER UNO MISMO (*UNICIDAD*)

Sólo Dios puede liberar al hombre, quien puede colaborar para conseguir tal liberación perteneciendo a Dios ("todo es vuestro y vosotros sois de Dios" 1Cor 3,21). La salud es crecer en la "libertad para", o sea para vivir para los otros, ser sanos para los otros. La pro-existencia es una de las más bonitas expresiones de la salud, la cual teológicamente es la "ligereza del ser" (cuando uno se siente libre por dentro), en otras palabras es la beatitud evangélica de ser lo que Dios desea de uno, independiente de la influencia externa.

EXPERIENCIA DE SALVACIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA (*INTEGRALIDAD*)

Es reponer un centro a un hombre extraviado. En la medida en que la salud es acogida, interiorizada, pensada, experimentada y actuada según el plan de Dios, se convierte en salvación (plenitud, integralidad del ser del hombre). Esto no significa que el salvado necesariamente está en el bienestar garantizado (salud también es purificación, negación de sí). La salud es experiencia de salvación cuando es experiencia alegre del amor y de la cercanía de Dios (uno se siente sereno, con armonía interior y una gran capacidad de aceptación de las pruebas); cuando uno se siente recogido mientras antes estaba disperso; se siente una voluntad reforzada, más capaz de querer, creer y esperar; se sienten crecer los frutos del Espíritu (cf. Gal 5); se siente el deseo "educado".¹⁴

CREATURALIDAD COMO PROYECTO DE DIOS SOBRE LOS HOMBRES (*DINAMISMO*)

Salud es el reaccionar sanamente, acostumbrarse, elegir bien frente a lo que provoca enfermedad. Es saber cambiar, convertirse, vivir de otra manera, ser capaz de reenderezar la vida. No es sano el sujeto estático, lo rígido que no cambia nunca. Es sano quien sabe querer y consumirse oblativamente en una misión.

¹⁴ Mientras la necesidad es una sensación que empuja hacia un bien finito (ej. el hambre), el deseo no educado es una sensibilidad limitada que busca a través de bienes limitados un bien infinito y queda obviamente insatisfecho llegando al abuso o a la dependencia de aquel bien limitado (ej. buscar el amor, la seguridad, la libertad a través de la comida, drogas, sexo, juego, trabajo...). El deseo educado es buscar con la propia dimensión infinita (el espíritu) bienes infinitos. (Cf. SGRECCIA P., "Voler non volere". Le dipendenze come patologia del desiderio, en "Camillianum", 2004, 12, pp. 599-606)

PRÁCTICAS ECLESIALES DE CURACIÓN¹⁵

ESQUEMA GENERAL DE HISTORIA DE LA PASTORAL DE LA SALUD

Jesús	Período apostólico	Del siglo V al XX	Con el Concilio Vaticano II	Los últimos 20 años
Evangelizaba a los enfermos	Más rara	Secundaria	Evangelización y catequesis	Más proyectada e inculturada
Sanaba	Sanaciones difusas	Raras	Carisma de sanación	Más trabajo de equipo, más competente
	Asistencia a los enfermos en el cuerpo	Varia de importancia a través de los siglos	Asistencia en el cuerpo	Más interdisciplinaria
	Asistencia en el espíritu	Aumenta la asistencia espiritual (sacramental).	Y en el espíritu (sacramental y relación de ayuda pastoral)	Más textos para formarse
			Bioética y derechos de los enfermos	Más dialogada y ecuménica

FECHAS, ORGANISMOS, Y DOCUMENTOS ÚLTIMOS DE LA PASTORAL DE LA SALUD

- 1938-1958: Discursos y comunicados de Pío XII.
- 1962: Nacen las *Consultas Nacionales* para la pastoral sanitaria.
- 1974: *Ritual "Sacramento de Unción y cuidado pastoral de los enfermos"*.
- 1979: Empiezan discursos a los enfermos y visitas a hospitales de Juan Pablo II (apoya su pontificado sobre los enfermos).
- 1980: Nacen las *Consultas Regionales y Diocesanas* para la pastoral sanitaria.
Nace el ANCRO luego AIPAS (asociación italiana de pastoral sanitaria).
- 1984: I.a. *Salvifici Doloris*.

¹⁵ Cf. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istruzione circa le preghiere per ottenere da Dio la guarigione, Città del Vaticano 2000; Cf. VAN DER POEL C.J., Wholeness and holiness. A Christian response to human suffering. A Theology of health care ministry, Sheed Ward, Franklin (Wisconsin) 1999; Cf. KUPPOZHACKEL E., Nouvelle pratiques ecclésiales de guérison, leur importance dans les hautes cultures de l'Asie: l'Inde, en "Concilium", 1998/278, pp. 137-144; Cf. PETRINI M., CARETTA F., Preghiera cristiana e salute, spiritualità e medicina in una visione olistica della persona, en "Camillianum", 1997/8, pp. 203-247.

- 1985: m.p. *Dolentium Hominum*, con que el Papa crea la Pontificia Comisión para la pastoral sanitaria en el Vaticano (en 1988 cambia nombre: *Pontificio consejo de la pastoral para los agentes de la salud*). Tal consejo desde 1986 empezará cada año a hacer *Conferencias Internacionales* sobre temas de la salud.
- 1987: Nace el *Centro de Bioética* de la Universidad Católica de Roma (E. Sgreccia).
- 1987: Nace el *Camillianum*, el primer Centro académico internacional de teología pastoral sanitaria, en Roma con una biblioteca especializada.
- 1989: e.a. *Christifideles laicos* en los nn. 53-54 se habla de la pastoral sanitaria.
- 1992: Empieza el *Día mundial del Enfermo* para la iglesia, con iniciativas en favor de los enfermos y de los agentes de la salud.
- 1994: El pontificio consejo produce un texto sobre el "*Rol de los agentes sanitarios*".
- 1997: Primer *Diccionario de teología pastoral sanitaria*.
- 1999: Primer *Manual de pastoral sanitaria* "Sobre las huellas de Cristo médico"; la biblioteca del Camillianum recoge la discreta producción sobre la pastoral de la salud a nivel mundial.

En los años '90 se difunden asociaciones de laicado católico (médicos, enfermeros, voluntarios, etc.). En 2004: se cuentan 16 centros de formación en pastoral de la salud (10 en Italia y 6 en el mundo); 20 revistas mundiales sobre la pastoral de la salud y al menos 59 documentos de pastoral de la salud producidos por conferencias episcopales nacionales, regionales, diocesanas y órdenes religiosas. La máxima meta es tener en una diócesis una comisión de pastoral de la salud que trabaje de manera sistemática.

Comentario. En los primeros siglos, la sanación estaba a la orden del día: por ej. los cristianos ungían a los pacientes con el *Aceite de los Enfermos* (consagrado por el Obispo) y éstos mejoraban. En períodos de peste se contagiaban menos. Todo eso asombró a los paganos y fue uno de los motivos, junto con el martirio, de las numerosas conversiones de los primeros siglos.

En los inicios la sanación tuvo valor de servicio, sucesivamente adquirió un valor apologético, los milagros confirmaban el ser mesiánico de Cristo.

Sin embargo, el fenómeno empezó a desaparecer en el siglo III y en el IV, después del edicto de Constantino, con el cual el cristianismo se convirtió en la religión oficial del imperio, comenzaron a cambiar los testimonios de fe. Al martirio de sangre le sucedieron actos como la penitencia y actitudes de dolorismo, tanto que la sanación física perdió importancia en la Iglesia y se privilegió la sanación espiritual en este contexto, en el cual el sacramento de la *Unción de los Enfermos* fue espiritualizado.

Sucesivamente se perfilaron las figuras de los santos taumaturgos, las oraciones de sanación, los sacramentos de sanación y las romerías a los santuarios (Santiago de Compostela, S. Martín de Tours). Los hospitales y las Órdenes y Congregaciones religiosas consagradas a los enfermos fueron, y también son, ejemplos emblemáticos del interés de la Iglesia por la sanación integral y humana del hombre.

Después del Concilio Vaticano II: nace el Movimiento Carismático; la sanación siempre ocurre en un clima de comunidad en el cual Dios, a través de aquella sanación, confirma su presencia, en un clima de oración de la comunidad que alaba, agradece, impone las manos y donde quien obra se declara "pobre instrumento de Dios", porque es el Espíritu el que sana.

"Sanación y Espíritu Santo". Si se analiza la mirada de la Renovación Carismática sobre la sanación, se ve que entre los carismas el más grande es el amor, pero de extrema importancia siempre ha sido y es el de la sanación. El hecho de que la santidad reconocida en las canonizaciones, esté asociada a los milagros de sanación, es sólo un ejemplo de tal importancia. Ella es vista como un don para pedir en la oración, el don de volver a Dios (reconciliación) viviendo plenamente la misma humanidad (la unificación de espíritu, psique y cuerpo) y haciéndola vivificar por el Espíritu¹⁶. No como sanación-preguntamágica, deseo de fuga de la finitud, como enésima propuesta en el supermercado de la salud, sino como búsqueda de salud y vida en la gracia y atacando integralmente¹⁷ la enfermedad. Rogar por la sanación, es subrayar que Jesús trajo una salvación integral: la física, pero también psicológica, de las emociones, de las memorias y del espíritu (aumento de la capacidad de amar, creer y esperar). No es sanación cristiana la que busca el resultado milagroso total e inmediato, la que se basa en la emoción y las experiencias sensibles, que cree a los testimonios narcisistas de sanación, con infantilización de un grupo necesitado de identidad. *La sanación auténtica no huye del misterio pascual*, no renuncia al espíritu crítico, no ocurre sin colaboración de la responsabilidad personal. La sanación cristiana es un punto de partida, no de llegada, es relacionarse con el amor sanador del Padre, es recibir una revelación, una liberación afectiva que se empeña en un verdadero camino de conversión, incluso permaneciendo atados a la misma finitud.

¹⁶ *Ibidem*, p. 140.

¹⁷ *Ibidem*, p. 141.

SALUD Y SANACIÓN PARA JESÚS

Conocer el contexto cultural del mundo helénico de hace 2000 años ayuda a comprender mejor qué significó sanar para Jesús y para la primera comunidad cristiana y por lo tanto, también, para la pastoral actual. Jesús se introdujo en una cultura en la cual los exorcistas eran numerosos y las divinidades terapéuticas (Esculapio, Igea, Serapide, Pan,...) eran buscadas y tenían templos en Palestina. El afán de sanación y salvación era una característica del primer siglo igual que hoy.

¿En qué se distinguió Jesús de los médicos y taumaturgos de su tiempo? Ante todo aclaró que no había venido sólo por una sanación física, por una sanación mágica, sino para una *salud-salvación integral* que quería dar a quien creía¹⁸. Jesús enseñó a entrar en relación con Él como Salvador más allá que como curandero, enseñó que uno es sanado para dar un nuevo sentido a la vida, para ser salvado. Sanar era propuesto como punto de partida para ensanchar la perspectiva vital con la fe en Él y en el Padre¹⁹.

Otra diferencia en Jesús como exorcista, con respecto de los de su tiempo, es que él usó el exorcismo para enseñar *el dominio del nombre de Jesús* sobre cada nombre demoníaco, en cualquiera tierra, también pagana, donde Satanás dominaba. El exorcismo era para Jesús símbolo de una lucha por la purificación interior de la persona (no sólo aquella ritual y exterior de los Fariseos), una lucha en que la victoria corresponde de manera irrevocable a Jesús, nombre que precisamente significa "Dios salva".

Más aún, los Evangelios muestran de un lado a un Jesús que hace milagros cada vez que un enfermo se lo pide o incluso sin ello; para sanar, Jesús está dispuesto a violar hasta la ley del sábado; o el hecho mismo que el enfermo sea pagano; por otro lado, los Evangelios muestran a un Jesús que rechaza hacer milagros cuando querían poner a prueba su poder los que no creían en Él²⁰; un Jesús que no busca la fama, ni la riqueza, ni la manipulación del enfermo como los taumaturgos del tiempo, sino que quiere *educar con el lenguaje de lo originario* (aquel del Dios creador), porque Él es un nuevo creador. Con el milagro, Jesús enseña el rostro de un Dios que tiene compasión del hombre y lo cura reintegrándolo a la comunidad para hacerlo vivir una vida nueva, un Dios que quiere llamar la atención sobre el fin de los tiempos, sobre la llegada del Reino de Dios y la derrota de Satanás.

¹⁸ *Ibidem*, pp. 177-178.

¹⁹ *Ibidem*, p. 178.

²⁰ Con los escribas (Mc 8,11), en Nazaret (Mc 6,5), con Herodes (Lc 23,8).

Hacer exorcismos y milagros de sanación para Jesús fue ponerse de parte de los pobres. Las elites sociales (Essenos, Fariseos, Saduceos) no estimaban a quien hacía milagros. El Talmud babilonio pone a Jesús entre los brujos y cree que éste fue el verdadero motivo por el cual fue condenado a muerte. Jesús trató y curó a todos, pero sobre todo se acercó a los así llamados "pecadores" según la Torah. Fue así asimilado a aquellas clases marginadas y rechazadas por Fariseos, Saduceos y Essenos (los así llamados "bienpensantes"); esta es otra gran diferencia con los taumaturgos de su tiempo, siempre a favor de las clases ricas.

Concluyendo, sanar es para Jesús un *imperativo*, una obligación moral, no puede dejar al prójimo sin socorrerlo. Eso no porque se sintiera médico o por un sentimiento psicológico de piedad o compasión, sino porque la sanación era una etapa hacia la salvación que había venido a traer. Jesús fue capaz de llevarnos desde la pregunta sobre la salud a la búsqueda de un Dios que quiere salvar, hacer revivir, y liberar en profundidad. Y eso lo conseguía ayudando al enfermo a buscar en el manantial de aquel poder sanador: la fe en Dios. Entender que la sanación recibida es más que la física -también es una resurrección espiritual- es dirigirse al objetivo y al sentido de aquella sanación: la propia misión en el mundo y el propio testimonio²¹.

Todo esto tiene un extremo interés para el discurso de humanización de la salud. Minimizar la importancia de la sanación en la vida de Jesús es como mutilarlo de su dimensión fundamental de servicio: testimoniar la potencia de liberación de Dios. Jesús ha dado su poder de sanación a los discípulos no para que monopolizaran el campo de la sanación, sino para que, a través de ella (milagrosa o médica, física o espiritual), enviaran un mensaje de salvación, una señal de la potencia creadora de Dios que concierne a todo el hombre y diviniza todo su ser. Un cuidado de la salud que logra hacer pasar este mensaje está actuando de modo eficazmente humano.

SALUD Y SALVACIÓN EN LOS GESTOS SACRAMENTALES²²

San Lucas en su Evangelio llama al sanado "salvado" y Mateo ve en el sanar un realizar las promesas mesiánicas de salvación. Se puede hablar en teología de dos órdenes unidos: la *salud* en el orden de la criatura y la *salvación* en el orden histórico-salvador, es posible decir, por lo tanto, *salvación saludable* y *salud salvadora*. La salud es ofrecida como salvación y viceversa,

²¹ *Ibidem*, p. 182.

²² Cf. Carlo Rocchetta, teólogo italiano.

la fe es puerta de acceso a ambas. Pero para afirmarlo, se necesita evitar las trampas secularistas de una salud vista sólo biológica y estáticamente como satisfacción de sí, una salud transformada en «fin» de un ser que se identifica sólo en el mundo de criaturas.

En el pasado la salud fue vista espiritualmente como un peligro (manantial de tentaciones, ambiciones, avaricias, apegos a los bienes materiales) y la enfermedad / sufrimiento como una escuela de paciencia, resignación y santidad. Tal visión desembocó en el extremo del *dolorismo*: el sufrimiento como valor supremo.

Hoy al revés, pero de modo igualmente erróneo, la salud es exaltada como fin de la vida por varias escuelas²³ y el sufrimiento rechazado como una negatividad absurda, algo que hay que eliminar a toda costa. La teología de la salud sirve para recuperar el equilibrio.

Para la teología, la salud es *regalo concreto de Dios*. Es la fuerza de ser hombre, de serlo en el cuerpo y en el espíritu al mismo tiempo, es la fuerza de vivir, el privilegio de vivir. Es la ocasión de encontrarse con Dios y alegrarse de eso (independientemente de los éxitos, de las felicidades, de los bienes, del sentido).

La criatura humana es llamada a la dimensión salvadora, la salud para ella es búsqueda dinámica, llamada, vida hacia la plenitud (el objetivo de la encarnación). La salud se vuelve por lo tanto el medio para una vida humana que es finalizada en el proyecto salvador del hombre.

La salud es *el fruto de un acto de Dios al cual colabora el hombre*, con la *ciencia médica* (el médico combate junto a Dios contra la muerte trabajando sobre una vida humana y no sobre una materia inerte). El hombre también colabora con Dios con el *carisma de sanación* y la oración. Francis Mc Nutt²⁴, dominico, escribe que en las oraciones de sanación las 3/4 partes de los participantes sanan o mejoran en algún aspecto espiritual o emocional y la mitad mejoran físicamente. La salud (aquella integral de la teología) es ante todo una mejoría interior, un fruto del espíritu que tiene repercusiones a nivel físico. Esta es una de las muchas señales de que el hombre es una unidad.

Jesús ayuda por los milagros a superar este dualismo (mente y cuerpo, espíritu y cuerpo): alaba al leproso que volvió a agradecer después de ser curado físicamente y, por lo tanto, mostró haber sido también sanado espiritualmente; dice y realiza en el paralítico, bajado por el techo, que le fueron

²³ Thomas Carlyle habla de voluntarismo, la voluntad crea salud, Kingsley, habla de cristianismo muscular en que uno se siente fuerte y se teme sólo a Dios, Henri Newmann habla de la salud del intelecto y del espíritu que es superior a la salud del cuerpo.

²⁴ Cf. McNUTT F., La potencia che guarisce, ed. il Dono, Mantova 2001 (tit. orig. The power heals, Ave Maria Notre Dame - Indiana).

perdonados los pecados y que fue sanado físicamente al mismo tiempo. Señala a la hemorroísa mejorada físicamente: "tu fe te ha salvado". La salud para Jesús concierne a toda la persona.

Los SACRAMENTOS son siete canales por los cuales se desliza el amor de Dios que salva y da salud. Siete signos de la presencia eficaz de Dios en la vivencia, en la vida de relación, en la interioridad, en la corporeidad y en la enfermedad. Todos son llamados a lograr la salud integral acogiendo la gracia que salva. Los siete sacramentos, en función del momento en que son administrados, realizan la participación en el acontecimiento de la salvación (el encuentro con el Mesías, Cristo médico integral) en todo evento de la vida: el nacimiento (con el Bautismo), la madurez y la responsabilidad (con la Confirmación), el pecado (con la Confesión), la fiesta y los obstáculos de la vida (con la Eucaristía, banquete y sacrificio), la boda (con el Matrimonio), el servicio (con la Ordenación), la enfermedad y la muerte (con la Unción de los enfermos). Todos estos siete Sacramentos pueden ser vistos en relación con el tema de la salud-salvación.

CONCLUSIÓN

El objetivo de la teología de la salud es fundar una pastoral que recobre en la Iglesia la dimensión de la salud y la haga convertirse en el objetivo de la Iglesia entera. *Sólo una Iglesia sanadora podrá hacer creíble hoy el discurso sobre la salvación. Una salvación sin corporeidad, y sin biografía, no es creíble.*

Hacerse preguntas e intentar contestarlas será útil para crecer en tal dimensión.

¿Sana la Iglesia al hombre de hoy? ¿Cura sus heridas internas? ¿Lo hace más responsable de su salud y de la salud comunitaria? ¿Lo hace sensible al sufrimiento ajeno?

¿Hace La Iglesia más feliz al hombre, más libre, más sereno? ¿Responde a su deseo de vivir en plenitud?

¿Propone la Iglesia un estilo de vida sano? ¿Lo hace consciente del hecho que creer, amar y esperar es realmente estar sano?

- Para alcanzar tales objetivos, para F. Álvarez, es importante recobrar la función de los símbolos (luz y tinieblas, agua y fuego, sanación, salud y vida) para expresar la propia experiencia de ser salvados.
- Otro medio es recuperar la *dimensión bíblica del hombre* (antropología integral).

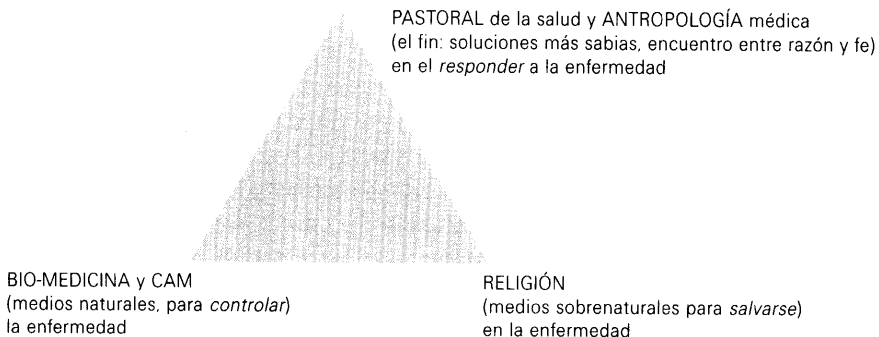
La pastoral de la salud no es sólo la pastoral del límite, de la resignación y de la muerte, sino es también:

- Afirmar la *fuerza interior en la debilidad*; favorecer los recursos interiores del enfermo, su voluntad de sanar, ayudarse a sí mismo, apoyar las actitudes sanas en la enfermedad, a colaborar a vivir el límite con serenidad, sentido.
- Afirmar *la posibilidad en el límite*, no la absurdidad y lo inútil; es favorecer la búsqueda de nuevas posibilidades en quien sufre pérdidas irremediables, apoyar las pequeñas esperas en quien tiene la esperanza en crisis.
- Afirmar *la vida en la muerte*, para afrontar la última de las posibilidades de sentido y auto-entrega.
- Afirmar *la propia humanidad en cada experiencia de angustia y enfermedad*, que la plenitud de la vida en este mundo es posible.

La pastoral de la salud y la teología de la salud pueden, en conclusión, ser un "ejercicio de humanidad". La mejor terapia es la propia persona y el mejor recurso es la propia humanidad. Revalorizar en la pastoral la importancia de una relación sana y sanadora de manera que: *Ojos, cara, manos, contagien salud y son sacramentos del amor de Dios.*

MEDICINA Y PASTORAL²⁵

INTRODUCCIÓN



²⁵ Cf. MAGLIOZZI P., Omeopatia costituzionale e pastorale sanitaria, una possibile alleanza per una nuova guarigione, en "Camillianum", 2000/22, pp. 281-310.

A menudo el hombre de hoy es espiritual y antropológicamente superficial, no baja a la profundidad de sí mismo. Frente a la enfermedad y a la muerte busca *medios naturales* (médicos o psico-espirituales), y *sobrenaturales* (religiosos), para eliminar la enfermedad. Los medios naturales y sobrenaturales, en el curso de la historia, a veces se han integrado, otras veces se han confundido, separado o excluido mutuamente.

La respuesta médica en un mundo superficial también se hace superficial, porque trata de arreglar el problema, no yendo al fondo, sino gratificando al paciente. Faltan las Humanidades médicas que invitan a pensar, a preguntarse los por qué, a buscar las causas profundas, las soluciones integrales a los problemas de salud; falta la filosofía del problema, la "razón" y, aún más, falta la «fe». Sin ellas (sólo utilizando una parte de la razón, que es la razón calculadora), el problema no encontrará nunca una solución adecuada y sabia.

ANTROPOLOGÍA Y PASTORAL SANITARIA

La pastoral entre sus tareas humanizadoras tiene la de revelar la superficialidad de un cierto tipo de medicina y ampliar las respuestas que el hombre puede dar al problema enfermedad/muerte.

En la base hay un *proyecto ontológico de salvación*.

El hombre es un proceso, un dinamismo en continua transformación; tiene su propia ontología, su propia esencia. Para realizarse plenamente tiene que ser orientado a la salvación: la pastoral sanitaria puede ofrecer objetivos y medios para que esta antropología dinámica se realice.

Objetivos: la pastoral ofrece la posibilidad y la capacidad de afrontar la vida de modo salvador también en la condición de enfermedad. La pastoral de la salud puede hacer tomar conciencia al hombre de su antropología integral. Es necesario poner juntas las competencias por una salud integral de la persona entre el «ya» y el «todavía no.» La apertura a la gracia orienta al hombre y ofrece sanación en sus pequeñas o graves alteraciones de salud, en las enfermedades crónicas y también en las fases terminales de la vida.

Medios: la pastoral ofrece instrumentos de sanación antropológica, que se centran sobre la persona, sobre su responsabilidad, para que avance en su proyecto. No basta la exhortación a la humanización o la sola administración de los Sacramentos. Hace falta plantear una evangelización inteligente ofrecer una salud biográfica (ni sólo biológica, ni sólo espiritual).

LA PASTORAL SANADORA. HIPÓTESIS

¿QUÉ SIGNIFICA "PASTORAL SANADORA?"

Es específico de la Iglesia en su labor hacia los enfermos el dar la salvación plena al hombre, también cooperando con Cristo en la redención del hombre cuando está enfermo.

Tiene una *acción directa psico-social*: hace recobrar una visión positiva de la vida también en la fase de sufrimiento; puede ayudar a recobrar las relaciones sociales y hacer llegar a las causas profundas del sufrimiento.

Acción indirecta sobrenatural. En el ecosistema de la relación espiritual hombre-Dios, ayuda a vivir de modo más sano y salvador la situación de enfermedad (ej. con la Unción de los Enfermos).

La pastoral sustenta *la expresión humana de la vida*. No es una añadidura artificial a las disciplinas sanitarias. Motiva a realizar la misión salvadora de Cristo y de la Iglesia, o sea, practicar el amor creativo y redentor de Dios que cura, sana y salva.

¿QUÉ ES LA PASTORAL INTEGRAL?

Tiene como modelo a Cristo, que no quiso cambiar la "política sanitaria" de su país, ni la medicina de su tiempo. Ha querido revelar el verdadero sentido de la existencia humana, es decir, que sólo la unión entre el hombre y su Padre celestial es plenitud de vida y lo ha demostrado con una acción pastoral integral: perdón de los pecados, predicación/enseñanza y sanación. Esta última, siempre ha sido integral para Jesús; por ejemplo, invariablemente Jesús junta acción material y espiritual para dar integralidad a personas que la habían perdido.

La pastoral integral revela a Dios como el manantial de la integralidad (*wholeness*); la pastoral de la salud integral tiene que ser fuente de integralidad; tiene que ser presencia de Dios en todo lo que se vive profesionalmente (investigación, medicina...).

Para hacer pastoral integral, hace falta actuar como Jesús lo hizo (incorporó el amor de Dios en la vida diaria), trató el cuerpo como sacramento, templo del Espíritu, haciéndolo participar en un proceso de sanación mucho más grande.

LOS SANTOS CRISTIANOS Y LA SALUD

INTRODUCCIÓN

Mientras Santa Bernardita de Lourdes murió a los 35 años de tuberculosis ósea, aún más joven falleció Teresa de Lisieux de ese mismo mal y S. Teresa de los Andes murió a los 19 años de tifus. Santa Teresa De Ávila expiró con artritis reumatoide. Por otro lado, grandes maestros espirituales orientales han padecido diversas enfermedades: Jiddu Krishnamurti tuvo cáncer al páncreas, Suzuki Roshi cáncer al hígado y Ramana Maharshi cáncer al estómago. Todo eso, junto al sufrimiento inocente de los niños, nos muestra que la enfermedad física no es castigo, no está correlacionada a la enfermedad espiritual, pero es misterio, purificación, prueba, escuela... algo que, sin ninguna duda, no elimina y no obstaculiza la unión entre lo divino y lo humano²⁶.

Se podría hablar largamente sobre el valor teórico y el sentido de la teología y de la pastoral de la salud, pero no tendría nunca el mismo efecto de una historia verdadera, concreta, palpitante de un episodio de caridad heroica hacia los enfermos o de una vida entera centrada en la santidad con relación a los enfermos. La pedagogía narrativa siempre ha tenido un papel fundamental en el aprendizaje de la cultura, de los valores morales y espirituales; basta sólo pensar como ejemplos, en los mitos, las parábolas, y hoy, en las películas. Conocer la biografía (los hechos y las palabras, el carisma y la espiritualidad) de los santos y beatos dedicados a los enfermos, habla y enseña muchísimo sobre la relación entre religión y salud, Iglesia y salud, medicina y espiritualidad.

Se trata de una comparación de la cual pueden nacer actitudes positivas para el mismo crecimiento humano y espiritual, como:

- La *maravilla*, admirando qué prodigios de amor logra cumplir Dios en la vida de un hombre o una mujer que se saben abrir a su presencia y a su acción; se trata de un asombro que es fundamental para la vida de fe sumergida en el misterio.

²⁶ Cf. DOSSEY L. Il potere curativo, op. cit., p. 27.

- La *apertura a la variedad* de los modos con que es posible amar a los enfermos, con los cuales se puede acoger el carisma de servicio para quien sufre; cada uno responde según las necesidades que encuentra, los instrumentos culturales de que dispone, su personalidad, el estado y el papel en que está inserto, creando una modalidad de ejercicio de amor único e irrepetible en el proyecto divino.
- La *humildad*; observando cuáles y cuántos heroísmos de caridad se han dado en 2000 años de historia de la cristiandad, a veces con gran falta de medios; cada trabajador sanitario y pastoral al servicio de los enfermos puede descubrir, con humildad, cuál y cuánta caridad más podría ser ejercida hoy, teniendo a disposición experiencias, ayudas naturales y sobrenaturales superiores al pasado.

La comparación con tales personajes históricos es un desafío. A cada agente laico o consagrado que gasta su vida en el contacto directo o indirecto con los enfermos y desea "cotidianamente" abrirla a la dimensión del *mysterion*, es decir del proyecto de amor y salvación de Dios para el hombre, le ayudará enfrentarse con quien ya ha vivido tal *mysterion* tan intensamente que ha sido canonizado por la Iglesia. He aquí una lista de algunos Beatos primero y luego de Santos que prioritariamente dedicaron su vida a la cura de los enfermos o en los cuales el paciente ha suscitado un interés y un amor particular que los llevó a escribir y a hacer descubrimientos importantes para ellos.

LISTA SEGÚN TIPOS DE MINISTERIO²⁷

La lista que sigue, donde son reunidos los santos dedicados a los enfermos divididos por período histórico y por tipo de ministerio, muestra cómo diferentes estados de vida han representado en algunos periodos históricos oportunidades de santidad en personas abiertas a la gracia y a los carismas del Espíritu Santo. Interesante también notar los tipos de servicio a los enfermos en los distintos periodos históricos o el tipo de enfermos elegidos. Se trata de otro sendero de reflexión para buscar oportunidades hoy para la humanización del mundo de la salud.

²⁷ (Nombres en italiano) Cf. AA.VV. (G. Pelliccia, G. Rocca, Eds.), *Dizionario degli Istituti di Perfezione*, 9 volumi, Paoline, Roma 1974-1997. Cf. BARGELLINI P., *Uomini e donne come santi*, Vallecchi, Firenze 1968. Cf. BARGELLINI P., *Mille santi del giorno*, Vallecchi, Firenze 1977. Cf. COMUNITA' DI CARESTO, *I santi sposati. Esigenza di una rinnovata agiografia per la spiritualità matrimoniale*, OR, Milano 1992. Cf. CREMONA C., *I santi del calendario raccontati da Padre Cremona*, Rusconi, Milano 1996. Cf. DI RAIMONDO F., *Sanità e santità, riflessioni per una ricerca*, in "Orientamenti Pastoral", 2, 1989, pp.39-43. Cf. FRANCO P., "I medici santi" nella storia e nella leggenda, Italice, Pescara 1980. Cf. GOTTARDO G., *Santi verso il giubileo. Ritratti, scritti, testimonianze*, Messaggero, Padova 1999. Cf. LEONARDI C., RICCARDI A., ZARRI G. (Eds.), *Il grande libro dei santi*, 3 volumi, San Paolo, Milano 1998. Cf. MOLINARI P., *I santi e il loro culto*, Libr. Gregoriana, Roma 1962. Cf. PAZZINI A., *I santi nella storia della medicina*, Mediterranea, Brescia 1937. Cf. POZZI F., *Atlante al femminile, le Sante. I modelli della santità femminile dall'antichità a oggi*, Demetra, Colognola ai Colli (VR) 1999. Cf. SCHAUBER V., SCHINDLER H.M., *Santi e Patroni nel corso dell'anno*, Libreria Vaticana, Città del Vaticano 1997. Cf. SICARI A.M., *Il grande libro dei ritratti di santi*, Jaca Book, Milano 1997. Cf. SICARI A., *Ritratti di santi*, Jaca Book, Milano vol. 1 (1987), vol.2 (1991), vol. 3 (1993), vol. 4 (1996). Cf. STERPELLONE L., *I santi e la medicina. Medici, taumaturghi, protettori*, S. Paolo, Cinisello Balsamo 1994. Cf. VEISSD J., *Quale santo potrà aiutarmi? Mille santi da invocare per ogni necessità*, Paoline, Milano 1997.

PERIODO APOSTÓLICO – PERSECUCIONES 30-313 D.C.

LAICOS MÉDICOS	RELIGIOSOS	SACERDOTES	OBISPOS	OBISPOS MÉDICOS	MUJERES LAICAS	MUJERES RELIGIOSAS
S. Luca 1 s. apóstol y evangelista	S. Pacomio 3 s. monje servicio enfermos en monasterio		SS. Pedro y Pablo +67 apóstoles, taumaturgos mártires	S. Zenobio de Egea 3 s. mártir	S. Zenaide 1 s. médico, exorcista, mártir	
S. Ursicino +79 mártir				S. Teodoto 3 s.	S. Leonilla +166 médico, mártir	
S. Médico de Otricoli +172 mártir					S. Teodosia de Cesarea 3 s. médico para las cristianas torturadas mártir	
S. Alessandro lionese +177 mártir					S. Anastasia de Sirmio 3 s. viuda, para presos enfermos Mártir	
S. Paolo médico, 3 s. mártir						
S. Biagio 3 s. mártir						
S. Codrato 3 s. taumaturgo mártir						
S. Pápilo 3 s. para los pobres mártir						
S. Atanasio de Alejandría 3 s. médico, cirujano, mártir						
S. Tataleo 3 s. para los pobres mártir						
S. Pantaleone 3 s. mártir						

S. Cesario 330-369 médico del imperatore	S. Pammachio 4 s. senador romano, voluntario con enfermos, monje	S. Gregorio de Nissa escribió sobre la caridad a los enfermos, padre de la Iglesia	S. Isidoro de Sevilla 560-636 hizo una universidad de medicina	S. Isabel de Ongria 1207-1231 hija del rey, voluntaria entre los pobres
S. Giuliano de Emesa 4 s. a los torturados presos, mártir	S. Pellegrino Lazioso 4 s. con cancerosos	S. Teofilatte de Nicomedia 765-840 voluntariado con enfermos, construyó hospitales	S. Pablo da Merida 7 s. cirujano	S. Francesca romana 1384-1440 noble fundadora obras de caridad pública
S. Sansone 5 s. para pobres esclavos y presos	S. Teodosio Cenobiarca 424-529 monje	S. Marbodo de Rennes 1035-1123	S. Benito Crespo +735	
S. Dionisio 5 s. para pobres. SS. Liberato y Emiliano + 484 mártires	S. Bertario +884 benedictino, médico, mártir		S. Alfano 1015-1085 para pobres, en epidemias	
S. Agapito +1095 monje	S. Juan da Matha 1160-1213 trinitario para los heridos en guerra peregrinos		S. Ivo 1040-1115	
S. Guglielmo de Witterschaud 11 s. para los pobres	S. Filippo Benizi 1233-1285 médico, servita, fundador monasterios sanadores			
S. Guglielmo Firmat 1206-83 humanista, eremita	S. Francisco de Asís 13 s. para los leprosos, fundador			
S. Rocco de Montpellier 1295-1327 taumaturgo	S. Juan de Capestrano 1386-1456 franciscano, taumaturgo			

HUMANISMO - RENACIMIENTO XV-XVII SIGLO

LAICOS MÉDICOS	RELIGIOSOS	SACERDOTES	OBISPOS	OBISPOS MÉDICOS	MUJERES LAICAS	MUJERES RELIGIOSAS
	S. Juan de Dios 1495-1550 para enfermos mentales, fundador	S. Gaetano da Thiene 1480-1547 para sífilis	S. Carlos Borromeo 1538-1584 voluntario con enfermos, epidemias		S. Juana de Valois de Francia 1464-1505 hija del rey de Francia, construye un hospita y hace voluntariado	S. Luisa de Marillac 1591-1660 fundadora orden para enfermos en su casa
	S. Camilo de Lellis 1550-1614 sacerdote para hospitales, muribundos, epidemias, herido batallas, fundador	S. Girolamo Emiliani 1486-1537 para los pobres			S. Angela Merici 1474-1540 terciaria franciscana para enfermas con sífilis	
	S. Juan Grande 1546-1600 FBF, organizador servicio hospitalario	S. Antonio Maria Zaccaria 1502-1539 médico fundador, para enfermos en hospital y niños			S. Juana Francisca de Chantal 1572-1641 viuda, fundadora orden para enfermos pobres y contagiosos	
	S. Luis Gonzaga 1568-1591 jesuita, clérigo, mártir de la caridad contagiado	S. Felipe Neri 1515-1595 para convalescientes de alta, fundador			S. Virginia Centurione Braccelli 1587-1651 viuda, funda para enfermos pobres	
	S. Martín de Porres 1579-1636 médico, dominico, hermano, para los pobres y en epidemia	S. Francisco Caracciolo 1536-1608 presos y condenados a muerte, fundador				
		S. Vicente de Paul 1581-1660 para enfermos abandonados				
		S. Juan Leonardi 1541-1609 farmacéutico, reforma el sistema hospitalario, fundador				

ILUMINISMO - INDUSTRIALISMO XVIII-XIX SIGLO

LAICOS MÉDICOS	RELIGIOSOS	SACERDOTES	OBISPOS	OBISPOS MÉDICOS	MUJERES LAICAS	MUJERES RELIGIOSAS
S. Jacques Desiré Laval 1803-1864 sacerdote misionero, en epidemia	S. Damiano de Veuster 1840-89 padres de los sagrados corazones para los leprosos	S. José B. Cottolengo 1786-1842 para los enfermos abandonados			S. Joaquina de Vedruna 1783-1854, viude, fundadora, mártir de la caridad contagiada	S. Juana Antida Thouret 1765-1826, fundadora para los hospitales
		S. Vicente Pallotti 1795-1850 para colerosos y militares enfermos			S. Maria Josefa Rossello 1811-1844 enfermera, hospitalaria hermana	S. Bernardita Soubirous 1844-1879 institución Santuario para los enfermos a Lourdes
					S. Bartolomea M. Capitano 1807-1833 para necesitados	S. Maria Crucificada de Rosa 1813-55 en hospitales y epidemias
					S. Clelia Barbieri 1847-1870 fundadora para enfermos y marginados	S. Maria Desolada Torres Acosta 1826-87 para enfermos a domicilio
					S. Teresa de Jesús Joumet e Ibars 1843-1897 terciaria carmelita para ancianos abandonados e inválidos	S. Agostina Pietrantoni 1864-94 enfermera en hospital, mártir de la fe

MODERNO – POSMODERNO XX SIGLO

LAICOS MÉDICOS	RELIGIOSOS	SACERDOTES	OBISPOS	OBISPOS MÉDICOS	MUJERES LAICAS	MUJERES RELIGIOSAS
S. Riccardo Pampuri 1879-1930 FBF	S. Luigi Orione 1872-1940 casa de cura para enfermos pobres, fundador	S. Juan Oreste Calabria 1873-1954 para niños abandonados y ancianos con alta y sin asistencia				S. Maria Francisca Cabrini 1850-1917 misionera para los enfermos pobres
S. José Moscati 1880-1927 docente universidad y para enfermos pobres en domicilio	S. Pio da Pietrelcina 1887-1968 capuchino, taumaturgo, fundó un hospital					S. Maria Bertilla Boscardin 1888-1922 fundadora, para enfermos contagiosos y pediátricos
S. Benito Menni 1841-1914 FBF médico, fundador, instituyó hospitales	S. Alberto Hurtado Cruchaga 1901-1952 jesuita, sacerdote, para niños pobres, enfermos y moribundos pobres, discapacitados y ancianos					B. madre Teresa de Calcuta 1910-1997 para los pobres y los moribundos, fundadora

La lista, que cuenta 115 santos y 40 beatos²⁸, no es completa; además, faltan todos los que, no canonizados -laicos, religiosas, religiosos y sacerdotes- se han ocupado de tal rama de la caridad, dando contribuciones notables: fundar congregaciones y movimientos para los enfermos, inventando sistemas nuevos de asistencia, técnicas y remedios para ayudar a quien sufre, introduciendo nuevas actitudes para acompañar y ayudar psico-espiritualmente a los pacientes y siempre bajo la motivación de la fe. Tales personas, heroicas en su caridad hacia los que sufren, son todas ejemplos para subrayar el poder sanador de la fe, para ver el efecto de un “amor que habla con la vida”.

²⁸ B. Alquirino cistercense; B. Anna Michelotti; B. Antonio; B. Antonio della Torre; B. Carlo Steeb; B. Chiara Bosatta; B. Enrico Rebuschini; B. Eustachio Montemurro; B. Filippo Smaldone; B. Francesca Schervier; B. Francesco Giapponese; B. Fulberto; B. Gerardo De Sasso; B. Giacomo Cusmano; B. Giocchino giapponese; B. Giovanni Colombini; B. Giovanni Giovenale Ancina; B. Giuseppina Vannini; B. Katharina Kasper; B. Lanfranco; B. Luigi Guanella; B. Luigi Maria Palazzolo; B. Luigi Tezza; B. Luigi Versiglia; B. Marco di Montegallo; B. Maria Domenica Barbantini; B. Maria Francesca Rubatto; B. Maria Josefa del Corazón de Jesús; B. Maria Raffaella Cimatti; B. Maria Schininà; B. Marie Dufrost Lajemmerais; B. Raimondo Lullo; B. Savina Petrilli; B. Teresa di Calcutta; B. Thressia Chiram Mankadian; B. Virginia Centurione Bracelli; B. Vulferio; BB. Egidio e Pietro di Santerem.

LA ORACIÓN DE SANACIÓN²⁹

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la oración? ¿Para qué sirve? ¿Qué función tiene en la vida de un hombre y de un hombre enfermo? La oración no sirve para conseguir algo, para hacer algo, sino para «ser» más y mejor; para percibir el misterio en las cosas ordinarias, amplía los confines del conocimiento, del sentimiento, hace entrar en sintonía con Dios, da la ligereza del ser, el amor de Dios; hace sentir que la persona no está sola en su lucha, sino que se encuentra con y en Alguien. Por esto, la oración tiene su papel en la sanación del hombre y no se encontrará nunca una cultura sin templo, culto y oración.

Para entender este párrafo es, por lo tanto, necesario referirse al concepto de salud y sanación en relación a la fe como se ha presentado desde el comienzo de este capítulo 7. Sin un concepto correcto de "sanación", orar por la sanación se vuelve algo completamente ajeno a lo que quiere ser.

LA ORACIÓN DE SANACIÓN, UN INSTRUMENTO DE INTEGRACIÓN DEL HOMBRE

La oración de sanación es un instrumento de integración para el camino de salvación de cada cristiano. La oración de sanación interior no es por lo tanto - dice Adolfo Lippi, teólogo³⁰ - una práctica de devoción de algún grupo cristiano, es una tarea obligatoria de cada cristiano, de cada familia y comunidad, de la Iglesia entera como Cuerpo de Cristo. Tal oración no es tampoco la lucha a ultranza contra la enfermedad y la muerte, es decir el último método de victoria humana sobre la enfermedad, porque todos, antes o después, nos enfermamos y morimos. Ella es:

- Un modo de participar en *la atención y en la compasión de Dios* hacia el hombre doliente, que conforta y ayuda a vivir de modo salvador como vocación, cada acontecimiento biográfico, también la enfermedad.
- *Instrumento de integración* del hombre. Para comprender esto basta referirse a la experiencia moral: no es suficiente *conocer y entender* el

²⁹ Relación a cura de p. Pietro Magliozzi m.i., 8 octubre 2004, Collevalenza (Italia), La pastorale della salute nella pastorale ordinaria integrata, Congreso Nacional AIPAS (Asociación italiana pastoral sanitaria), 5-9 octubre 2004, publicada en la revista "Insieme per Servire" 2005/1.

³⁰ LIPPI A., MADRE P., *La preghiera per la guarigione e per la liberazione nella Chiesa*, Libreria Ed. Vaticana, Città del Vaticano 2003, pp. 22-5.

bien para hacerlo, hace falta, por un juego de gracia y naturaleza, la afectividad madura para sentirlo, la motivación para desearlo y la fuerza para quererlo. Sanación interior es *trabajar al mismo tiempo estos cuatro niveles* para integrarlos y unificarlos, orientándolos. La sanación interior es pues un instrumento de integración de intelecto, afectividad, voluntad, corporeidad, profundidad que desea, que adora, que tiende a poseer el bien. De tal integración solamente nacerá la actitud clave para sanar, o mejor, para *un vivir sana e integralmente*: el abandono a Dios, la acogida libre de Él, la apertura a la gracia, el convertirse en terreno fértil para la Palabra, el desear y querer como Dios.

¿QUÉ SANACIÓN SE DA EN LA IGLESIA?

El concepto de "sanación" puede ser entendido *de modo secular* como una búsqueda egoísta de bienestar físico, emotivo, de una paz de los sentimientos y satisfacción de los sentidos, en otras palabras como un bienestar actual y terreno, un objetivo al cual instrumentalizar todo, también Dios y su salvación.

El *modo evangélico* de entender la sanación es, en cambio, lo que la ve y la persigue como un:

- Proceso de transformación del hombre hacia su perfección (cf. Ef 3,19), que es la imagen y semejanza de Dios, aquella imagen que sirve Dios en santidad y justicia (cf. Lc 1,75). Ésta es una "sanación" que parte de la dimensión espiritual del hombre.
- Proceso que libra interiormente al hombre de su propio Egipto, sus esclavitudes, para servir a Dios a través del desierto del éxodo (la cotidianidad), que lo ayuda a subir al monte Sinaí para estar con Dios y vivir su Alianza y su Ley de amor y libertad. La "sanación evangélica" se convierte en un *medio* para este camino hacia Dios.

La sanación no es absolutizada, al final vendrá para todos la muerte terrena, que no excluye esta sanación. "Sanación evangélica" también puede incluir sufrimiento, vacío, separaciones y pérdidas, pero siempre es crecimiento. El dolor por cada separación será reducido o anulado por una sanación que consiste en abandonarse cada vez más en los brazos del Padre, en la confianza serena de la voluntad de Dios. Curar es por lo tanto en sentido evangélico lo que conduce a una *salud transfigurada*, la liberación en el amor de la "Alianza".

EL OBJETIVO DE LA ORACIÓN DE SANACIÓN: LA SALVACIÓN

Para comprender la oración de sanación, se necesita cambiar completamente la perspectiva respecto al mal, pasando de una actitud "mágica" a una "espiritual." El objetivo último, frente al sufrimiento, ya no es la desaparición del síntoma -malestar, enfermedad externa o interna, física o espiritual, en una lucha sin piedad-, sino una vida y un sentido nuevo, ya sea psicológico o espiritual, que se puede dar al propio sufrimiento y a la propia lucha contra él, para desarrollar un trabajo personal y espiritual junto a Jesús que es luz, verdad y vida³¹.

Jesús se distinguió de los médicos, exorcistas y taumaturgos de su tiempo, enseñando claramente que no venía a traer una sanación física o mágica inmediata. Ofrecía una salud que fuera al mismo tiempo salvación, si la persona creía en Él³².

- El *objetivo* de la sanación es la salvación; la sanación no es la llegada, sino una de las etapas que conducen a la salvación.
- La pastoral sanitaria eclesial tiene la tarea de transformar la búsqueda apremiante de salud de las personas que sufren, en un descubrimiento de Dios amor que quiere hacerlas revivir en plenitud, librarlas en profundidad, salvarlas integralmente, transformar aquel sufrimiento en gloria (cf. Jn 11,4; 2Cor 3,18). En el sentido que la presencia sanadora de la Iglesia (en sus varios miembros y carismas, y gestos de amor que promueven salud) permite al enfermo dirigir su mirada al manantial y al objetivo de aquella sanación, ampliando su conciencia y su sensibilidad a la potencia liberadora de Dios.
- Curar física o mentalmente con una plegaria de sanación hecha por la pastoral eclesial es un medio para hacer pasar el mensaje de la salvación de un Dios que llama al hombre a participar en plenitud en Su vida (cf. Jn 10,10; 2Pt 1,4)³³.

³¹ Cf. VEGGETTI A.M., *Scegli la vita. Percorso di guarigione interiore e di conversione*, Ancora, Milano 1999, pp. 10-11.

³² Cf. UGEUX B., *Guérir à tout prix?*, Les éditions de l'Atelier, Paris, 2000, pp. 177-8.

³³ *Ibidem*, cap. 7.

EL CONTEXTO SOCIO-CULTURAL Y PASTORAL DE LA ORACIÓN DE SANACIÓN

POR QUÉ UN NUEVO INTERÉS

El carmelita P. Jesús Castellano Cervera, ex Rector de la Pontificia Facultad Teresianum, habla en un artículo suyo³⁴ de este "renovado interés" en el ámbito eclesial, de la teología pastoral, de la teología espiritual y de la antropología sobre los temas: enfermedad, sanación, salud, cuerpo, etcétera. Los motivos son múltiples. Castellano escribe:

- "Es hoy una afirmación común que nuestra sociedad está haciendo a las personas más frágiles (...) sienten la necesidad de ser confortadas y curadas de muchas heridas internas".³⁵ Pero además de la necesidad de respuestas, a menudo hay un problema de discernimiento acerca de las metodologías de sanación en manos de Sectas más o menos esotéricas³⁶.
- El Padre Raniero Cantalamessa, teólogo franciscano, añade otras motivaciones a este renovado interés eclesial por la sanación³⁷.
 - Primera, la *psicología de la profundidad*, que creó un nuevo continente que evangelizar: la interioridad psico-espiritual de cada persona.
 - Segunda, la *antropología bíblica*, que ha puesto en evidencia la "persona" como totalidad a curar, rehuendo del espiritualismo o de cualquier otro reduccionismo.
 - Tercera, la revaloración post-conciliar de los *carismas* como algo que acoger (cf. LG 12) y la acción libre del Espíritu en dar estos dones, es algo que debemos respetar.

A pesar de muchos motivos y movimientos alrededor de la sanación interior, la tradición cristiana católica parece tener dificultad en aceptar la expresión "sanación interior", "sanación espiritual", temiendo la infiltración de ideas

³⁴ Cf. CASTELLANO CERVERA J., *Malattia, guarigione, preghiera. Una nuova attenzione nell'ambito della teologia spirituale*, en "Osservatore Romano" 23-12-2000, p. 6; Cf. CASTELLANO CERVERA J., *Preghere per ottenere la guarigione. Una nuova attenzione nel campo della teologia spirituale*, en "Rivista di Vita spirituale", 55/2001, pp. 51-61.

³⁵ *Ibidem*, p. 54.

³⁶ A tal propósito Giovanni Marchesi, jesuita, escribe que ese discernimiento de la Iglesia no debe ser interpretado como la institución que quiere someter la libertad de los carismas porque la Iglesia es al mismo tiempo institución y carisma, pero, como hizo Jesús con sus discípulos (cf. Mt 7,22-23), poner en guardia contra las "ilusiones consiguientes del poder hacer milagros estrepitosos, descuidando pero los aspectos esenciales de la vida cristiana", fe, esperanza y caridad. Cf. MARCHESI G., *Preghiera cristiana e guarigione dalla malattia*, en "Civiltà Cattolica", 1/2001, p. 405.

³⁷ Cf. FARICY R., ROONEY L., *Guarirò le tue ferite, Preghiera per la guarigione interiore*, Cittadella, Assisi 2002, p. 10.

espiritualistas, creencias de la *Nueva Era*, o de metodologías y conceptos pertenecientes a otras religiones; en efecto, cada cultura y religión tiene métodos espirituales de sanación³⁸. Tal vigilancia, afirma el profesor Castellano, no ha impedido sin embargo llevar adelante estudios, experiencias sobre el asunto, favoreciendo progresos en el diálogo interdisciplinario entre espiritualidad y medicina y una recuperación de autores clásicos que han escrito sobre la sanación interior: de S. Agustín a S. Tomás³⁹, de S. Juan de la Cruz⁴⁰ a S. Ignacio de Loyola⁴¹.

Entre los católicos hoy tenemos, *jesuitas* como los hermanos Dennis y Matthew Linn, Francis Mc Nutt, Robert De Grandis, Robert Faricy, Theodore E. Dobson, *antropólogos médicos*: Bernard Ugeux, Philippe Madre, fundador de la Comunidad de las Beatitudes, *benedictinos*, Anselm Grün y Benedict Heron *carmelitas*, Luis Jorge Gonzalez, Marcelino Iraghi, *dominico*, Adolfo Lippi, el *Obispo* Alfonso Uribe Jaramillo, *médico-teólogos* como John Wilkinson y René Lambourne, *mujeres* como: Margaret Tracey, Eileen Kennedy, Diana Villegas, sólo para citar algunos que han afrontado con seriedad el tema de la sanación interior en la teología católica, también ofreciendo propuestas prácticas de praxis pastoral.

CONTEXTO ECLESIAL ACTUAL

La Iglesia ha sido, es y será sanadora para la humanidad. El servicio hacia enfermos y dolientes es parte integrante de su "misión"⁴² y el ministerio de sanación, dijo siendo Cardenal Joseph Ratzinger, "pertenece irrenunciablemente a la Iglesia".⁴³ Si la dimensión sanadora, salvadora-saludable, es parte integrante de la misión e identidad eclesial⁴⁴, "cada uno, -escribe L. Sandrin, camiliano-

³⁸ Cf. CARR W. (Ed.), *The new dictionary, of pastoral studies*, William B. Eerdmans Pub., Grand Rapids, Michigan 2002, p. 355.

³⁹ Cf. GENTILI A., *Pregare e guarire, la pratica spirituale come terapia*, RnS, Roma 1990, pp. 5-9.

⁴⁰ Cf. TERESA D'AVILA E GIOVANNI DELLA CROCE, *Estasi e passione di Dio. Verso il centro dell'anima. Le sorgenti della mistica cristiana* [E. Ancilli a cura di], Newton Compton Ed., Roma 1981; Cf. MAMIC J., *S. Giovanni della Croce e lo zen-buddismo. Un confronto nella problematica dello "svuotamento" interiore*, *Dissertatio ad Lauream in Instituto Spiritualitatis Pontificiae Facultatis Theologicae Teresianum*, Romae 1982; Cf. CASTENETTO D., *L'itinerario Mistico in S. Giovanni della Croce*, en RAITIERI G. (Ed.), *S. Giovanni della Croce teologo e mistico*, Vita e Pensiero, Milano 1992, pp. 71-85; Cf. FERRARO G., *Lo Spirito Santo nelle opere di S. Giovanni della Croce*, en "Teresianum", LIII/2002/I, pp. 35-107.

⁴¹ Cf. FARICY R., ROONEY L., *Guarirò le tue ferite*, op. cit., p. 109-111.

⁴² JUAN PABLO II, *Dolentium Hominum*, carta apostólica "Motu Proprio", n. 1, Roma 1985.

⁴³ RATZINGER J., *Prefazione a LOZANO BARRAGÀN J., Teologia e Medicina*, EDB, Bologna 2001, p. 5.

⁴⁴ Cf. BRUSCO A., PINTOR S., *Sulle orme di Cristo medico*, manuale di teologia pastorale sanitaria, EDB, Bologna 1999; Cf. DEPOORTERE K., *Teologia pastorale sanitaria*, en AA.VV. (a cura de), *Dizionario di Teologia pastorale sanitaria*, Camilliane, Torino 1997, pp.1291-1300; Cf. SANDRIN L., *Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologico-pastorale*, Paoline, Milano 2000.

en la Iglesia, es agente de una pastoral que sana y que salva, según sus mismos carismas y los varios ministerios”⁴⁵, es decir, cada uno tiene que intervenir en tal actuar eclesial, colaborando al testimonio de la caridad hacia el enfermo y a la promoción, prevención y rehabilitación “de una salud que para ser realmente humana no puede dejar de ser signo fuerte de la salvación integral...”⁴⁶

También el padre Raniero Cantalamessa en la presentación de un texto⁴⁷ sobre la sanación interior del jesuita Robert Faricy, habla de un nuevo interés de la Iglesia Católica por el tema “sanación interior”. El autor recuerda el documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe de noviembre del 2000: *Instrucción acerca de las oraciones para conseguir de Dios la sanación*⁴⁸, el Congreso del Pontificio Consejo para los Laicos en noviembre 2001 sobre el mismo asunto y el *Ritual de los exorcismos y oraciones para circunstancias particulares* del 2001. Otros acontecimientos que muestran tal interés: el X Día mundial del enfermo 2002 (9-10 de febrero, realizada en Vailankanni en India) iniciado con la inauguración del “Templo de la sanación interior”, un monumento que representó el “Día”. También en el mensaje de Juan Pablo II por el XIII Día mundial del enfermo 2005 en Youndé (Camerún), en el número 6, se lee: “*el Señor ha muerto por la salud integral del hombre y de todos los hombres* (cfr. 1Pe 1,2-5 y liturgia del viernes santo, adoración de la cruz)”. La salud sólo es integral si se pasa por un camino de sanación integral. Cada vez son más numerosos los artículos y los textos en el ámbito católico sobre este tema.

Pero, concretamente, ¿la Iglesia tiene hoy los medios para curar no sólo sintomáticamente, sino en profundidad, hasta en sus raíces, (...) integralmente a la persona? La literatura al respecto no falta ya sea a nivel

⁴⁵ SANDRIN L., Chiesa comunità sanante. Riflessioni sulla pastorale della salute, en “Seminarium”, n. 1, 2001, p. 217.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 205.

⁴⁷ Cf. FARICY R., ROONEY L., Guarirò le tue ferite, op. cit. Art. 3. No pedir sólo la sanación del cuerpo o del alma o del espíritu, sino de todo el ser. Art. 4. distinguir por un lado el carisma de sanación, y por el otro lado la “Missa pro infirmis”; en esta última el objetivo es la unión con el misterio salvador de Cristo entre los fieles (también en las Adoraciones eucarísticas, S. Rosario...). En cambio en las oraciones de sanación el objetivo propio es la sanación que se pide con un espíritu abierto a la voluntad de Dios que es libre y misteriosa.

Disposiciones disciplinarias (art. 10): solamente el Obispo puede dar el permiso para celebrar Misas de sanación. ...Se invita además a no fomentar algunos fenómenos de histerismo y teatralidad.

⁴⁸ En la “*Instrucción acerca de las oraciones para conseguir de Dios la sanación*” se escribe: Art. 2. El deseo (de sanación) es un deseo legítimo. Jesús amonestaba a la gente cuando no había fe, pero nunca cuando alguien con fe le pedía sanación. La Iglesia anima a recibir los sacramentos de sanación, la Misa para los enfermos y los medios naturales que el hombre usa para curar la enfermedad.

puramente teórico⁴⁹ o teórico-práctico⁵⁰, y ofrece respuestas de gran interés para comprender qué cosa puede ofrecer la fe cristiana de específico como recursos sanadores al hombre de hoy.

LAS TRES GENERACIONES DE LA ORACIÓN DE SANACIÓN

Es conmovedora la primera oración de sanación de los discípulos dirigida al Padre en Hch 4,29-31 puesta entre dos relatos de sanación⁵¹: *"concede a tus siervos proclamar tu palabra con toda valentía. Extiende tu mano para realizar curaciones, signos y prodigios por el nombre de tu santo siervo Jesús... Acabada su oración... todos quedaron llenos del Espíritu Santo"*.

Cuando se piensa en la oración de sanación, todos generalmente tienen en mente las largas oraciones de los Carismáticos. En realidad se pueden

⁴⁹ Cf. ALDRIDGE D., Spirituality, healing and medicine, return to the silence, Jessica Kingsley, London / Philadelphia 2000; Cf. BOULANGER J., Guérir...pour une vie nouvelle, Ed. Saint Paul, Versailles 1998; Cf. EATON WHITEHEAD E., WHITEHEAD J.D., Seasons of strength. New visions of adult Christian maturing, Image books, New York 1986; Cf. GRÜN A., Come essere in armonia con se stessi, Queriniana, Brescia 1997; Cf. GRÜN A., Ritrovare la propria gioia, Queriniana, Brescia 2000; Cf. KELSEY T.M., Psychology, medicine and Christian healing. A revised and expanded edition of healing & Christianity, Harper, s.c. 1973; KOENIG G.H., The healing power of faith. Science explores medicine's last great frontier, Simon & Schuster, New York 1999; Cf. KRIPPNER S., VILLOLDO A., The realms of healing, Celestial Arts, Berkeley 1986; Cf. MADRE P., Mistero d'amore e mistero di guarigione, Ancora, Milano 1986; Cf. MCMANUS J., Healing in the spirit. Inner healing and deliverance in today's Church, Darton-Longman, London 1994; Cf. OSELLA C., Cammino di guarigione con Gesù, RnS, Roma 1996; Cf. PILCH J.J., healing in the New Testament. Insight from medical and mediterranean anthropology, Fortress Press, Minneapolis 1999; Cf. PONDER C., The dynamics laws of healing, De Voors, Marina del Rey 1985; Cf. RAM E., Transforming health. Christian approaches to healing and wholeness, Marc, California 1995; Cf. WILKINSON J., The Bible and healing. A medical and theological commentary, Eerdmans, Michigan 1998; Cf. WILLIAMS C., Singleness of heart. Restoring the divided soul, Eerdmans, Michigan 1994.

⁵⁰ Cf. AA.VV., Guarigione dell'uomo, oggi. Negli esercizi spirituali: "ma tu vuoi essere guarito?" Gv 5,6, FIES, Roma, s.a.; Cf. ASTALLI HIDALGO N., SMETS A., Io li guarirò. La guarigione interiore, Ancora, Milano 1984; Cf. AUER B., Soulpoeting. Healing through poetry, St. Pauls, London 2000; Cf. CROVETTO M.T., La guarigione integrale dell'uomo, Ancilla, Conegliano 2000; Cf. DE GRANDIS R., SCHUBERT L., Healing through the Eucharist, St. Paul, Bombay 1995; Cf. DUPORTAL M., Bearing your troubles well. Your path to peace in difficult times, Sophia Univ. Press, New Hampshire 1998; Cf. GRASSI J.A., healing the heart. The transformational power of biblical heart imagery, Paulist Press, New York 1987; Cf. GROESCHEL L.B., Arise from darkness. When life doesn't make sense, Ignatius Press, San Francisco 1995; Cf. HYNES M., Surrender. Your way to spiritual health and freedom, St. Anthony Message, Cincinnati 1999; Cf. LA GRUA M., La preghiera di consolazione, Herbita, Palermo 1997; Cf. LINN D., LINN M., healing of memories. Prayer and confession steps to inner healing, Paulist Press, New York 1984; Cf. LINN D., LINN M., FABRICANT S., Prayer course for healing life's hurts, Paulist Press, New Jersey 1983; Cf. LINN M., LINN F.S., LINN D., Understanding difficult scriptures in a healing way, Paulist Press, New York 2000; Cf. MACNUTT F., Healing, Ave Maria Press, Notre Dame (Indiana) 1974; Cf. McALL K., Guida alla guarigione dell'albero genealogico, Segno, Udine 1997; Cf. MEEHAN M.B., The healing power of prayer, Liguori, Missouri 1996; Cf. PARKER R., Healing wounded history. Reconciling peoples and healing places, Darton Longman, London 2001; Cf. SHLEMON L.B., LINN D., LINN M., To heal as Jesus healed, Ave Maria Press, Notre Dame (Indiana) 1978; Cf. TAPSCOTT B., DE GRANDIS R., Come guarire l'immagine di sé, S. Michele, Laureana Cilento 1995; Cf. THOMAS L., The healing team. A practical guide for effective ministry, Paulist Press, New York 1987; Cf. THOMAS L., ALKIRE J., Healing ministry. A practical guide, Sheed Ward, Kansas City 1994.

⁵¹ El precedente es aquel de S. Pedro que cura al lisiado de 40 años en la puerta "Hermosa" del templo (Hch 3). Las siguientes son curaciones de grupo (en Hch 5,12-16).

identificar en estos últimos 40 años de desarrollo de las oraciones de este tipo, al menos tres generaciones, con modalidades propias y cada vez más aptas para alcanzar el objetivo de una verdadera sanación humana y/o cristiana como se explicaba antes.

PRIMERA GENERACIÓN: en los años '60-'70 fue aquella de la Renovación en el Espíritu, la del redescubrimiento de la Religión cristiana como sanadora más de lo que se creyó por mucho tiempo. Tal metodología de oración de sanación consistió en liturgias carismáticas en las cuales se rogaba y se imponían las manos. Una sanación recibida por la persona carismática a veces pasivamente y de forma inmediata; otras, gracias a la fe; algunas veces, gradualmente con plegarias largas o repetidas. Pero la obra era principalmente realizada por quien ofrecía el servicio de sanación (individuo y/o comunidad) y no de la persona sanada. Tal primera generación continúa con éxitos documentados también hoy. En síntesis, aquí el protagonista indiscutido era y es el Espíritu, la Gracia.

SEGUNDA GENERACIÓN: en los años '80-'90 se ha venido a añadir a la primera forma, entregando metodologías para rezar y señalando las actitudes correctas, una segunda forma de súplica de sanación, o sea, una oración:

Especializada: concentrada sobre un aspecto de las enfermedades interiores (el propio pasado, el presente, la relación con los otros, la incapacidad de perdonar, o la relación con Dios, el sentido de culpa o la relación con uno mismo, con la propia imagen vista negativamente, un problema de vicio o de tentación irresistible, una enfermedad física atada a una causa espiritual, etcétera). En esta nueva metodología de oración de sanación interior, se pretende curar un problema a la vez, concentrándose en él.

Responsable: no se va para recibir del otro la propia sanación como una experiencia de "todo y enseguida", sino para comprometerse en un proceso de crecimiento responsable en que se trabaja para purificarse y acoger la gracia.

Integral: se ruega por una implicación de toda la persona: del propio cuerpo (con ejercicios), de la propia mente, afectividad y voluntad (con música de fondo, meditación y oraciones específicas), del propio espíritu (con ofrendas de gracia: palabra de Dios, Sacramentos, Adoración, etc).

Aquí el protagonista de la oración se desplaza hacia "el sí mismo", pero dejando la primacía a la Gracia.

TERCERA GENERACIÓN: todavía no ha sido sistematizada, tampoco teóricamente, pero se vislumbra en las últimas publicaciones, con las siguientes características:

No especializada. No se trata más de actuar sobre una enfermedad interior, sino de dejar que Dios obre en sí una capacitación (*empowerment*) espiritual, es decir, consolidar su parte sana. Este refuerzo se refleja sobre la fe, esperanza y caridad, o sea, sobre una vida teologal y carismática que es la esencia de la sanación. En la práctica, al centro está más la persona que el

problema. Se trata de un trabajo sobre la libertad, el amor, la paz, la alegría, la integración; es un crecimiento espiritual de sí mismo.

Liberadora. Ayuda a entender con intuiciones (*insight*) personales y profundas aquellas verdades que dan sentido a la propia vida, que permiten ver la realidad con los ojos del Espíritu. Ayudan al proceso de conversión. Eso es posible por una personalización de la intervención sanadora sobre la constitución y personalidad del individuo.

Trinitaria. Teológica, cristológica y neumológica⁵². Se va a la esencia de la verdad del *Misterium Salutis*.

Aquí el protagonista no es ni el "individuo" solo, ni la "Gracia" sola, sino la relación experimentada, el encuentro sanador del "individuo-persona" con Dios-Trinidad, la actualización de la presencia y acción en la propia vida del Cristo médico.

La sanación interior se ha presentado y sigue presentándose como una forma de nueva evangelización: en las oraciones de esta clase, Dios es visto como verdad sanadora y Cristo como médico integral del hombre. La historia está llevándonos hacia un conocerse cada vez más integral y personalmente, un conocer a Dios en la intimidad; así la mejoría que derivará ya no será anónima, impersonal, sino que permitirá al individuo encontrar su modo de rezar, de meditar, de vivir, de trabajar, de relacionarse, de cuidarse, y también un día, de saber morir bien.

CONCLUSIÓN

Una oración para sanar no es una plegaria racional, es hablarle a Dios buscando comprender en profundidad las verdades que se proclaman. No es tampoco emocional, sino un liberar las emociones para integrarlas a los valores más altos. Ni es repetitiva, mecánica y solitaria, conducida por fórmulas mnemotécnicas, sino una plegaria donde se hace participar libre y espontáneamente al cuerpo, a la propia naturaleza y al espíritu. Por esto, la oración de sanación sirve como una manera de integrar la razón, la emoción, la voluntad, los deseos, sin que nadie tome el protagonismo, porque todos trabajan en una sinfonía maravillosa: la música de la sanación de Dios. Un rezo que quiere estar en sintonía con Dios, conlleva una solicitud previa de parte de quien ruega: *aumentar su compasión por el dolor de los hermanos* y también *invitar al enfermo*, por el cual se ruega, *a creer en un Dios que no lo ha olvidado, sino que lo quiere*. Jesús propuso la oración como medio para sanar los casos más difíciles (cf. Mc 9,29).

⁵² Cristológica: acerca de Cristo, neumológica: acerca del Espíritu Santo.

Capítulo VIII.
MEDICINA ANTROPOLÓGICA O MEDICINA DE LA PERSONA
 (La persona, proyecto integral y personal,
 con una misión que puede y debe descubrir y realizar)

LA MEDICINA INTEGRAL DE ROBERTO GAVA¹

LOS PRINCIPIOS DE LA MEDICINA INTEGRAL

La medicina integral recobra la unidad del saber; no admite dicotomías del tipo hacer / ser, o bien, competencia en la profesión del médico entre profesionalidad y conciencia moral.

Paul Tournier, médico y antropólogo ginebrino, fue uno de los primeros paladines de una visión médica antropológica. Según este autor, ella se basa en tres principios:

- 1.- El hombre es complejo², misterioso y personal; es más grande que lo que aparece; debe ser tratado con mayor consideración.

¹ Cf. GAVA R., L'uomo, la malattia e il suo trattamento, verso un nuovo approccio terapeutico, vol. 1, Salus Infirmorum, Padova 1996. Cf. ANTICO L., Medicina e Spiritualità, en CINA' G. (a cura di), Medicina e spiritualità, Camilliane, Torino 1998, pp. 137-152.

² El hombre se distingue de las características típicas de los animales porque está dotado de autoconciencia, es decir es consciente de ser consciente y es en virtud de eso que ha creado la filosofía, la cultura, la religión.

Además, el hombre es único: tiene una identidad, un "yo" y es este "yo" lo que unifica todas sus experiencias. Es consciente de quedar él mismo aunque tuviera que cambiar todo en él.

- 2.- No basta una medicina somática. En los desórdenes de la salud intervinen numerosos y complejos factores, dimensiones que se deben tener en cuenta en la estrategia terapéutica. Hace falta una nueva medicina fundada sobre nuevas definiciones de persona, salud, enfermedad, y terapia (menos reduccionistas y más antropológicas).
- 3.- Existen patologías crónicas y patologías agudas, enfermedades físicas, mentales y espirituales o mixtas, patologías reversibles y terminales. No pueden ser enfrentadas todas de la misma manera.

LA MEDICINA INTEGRAL ES HUMILDE

Tournier dice³: “*mientras más me acerco a las miserias de los hombres, estudio sus vidas con deseo ardiente de comprenderlas y de ayudarles, tratando de hacer luz sobre las reacciones recíprocas del cuerpo, del alma y del espíritu, más constato la dificultad de una medicina auténtica (verdadera, honesta)*”, es decir, que abarque la historia biográfica del enfermo. *Es una medicina difícil*, porque hay que tener presente muchos factores: la curación requiere un esfuerzo continuo, de parte del médico y paciente, para orientarse hacia el objetivo; no es una seguridad, sino una batalla cotidiana.

Tal medicina pone particular atención en la importancia del *objetivo* (teleología): el hombre tiene que tratar de entender la importancia del proyecto de Dios sobre la propia vida, aceptarlo y corregir lo que depende de los propios errores. *El objetivo visto como terapia*⁴.

La CIENCIA, si quiere ser tal, tiene que situarse con humildad frente al hombre-misterio. No podrá agotar nunca la verdad sobre él, ni tampoco domi-

Es un ser moral: posee una libertad, gracias a la cual tiene la posibilidad de elegir, dentro de una gama de valores, el Bien.

Busca sentidos: el hombre es un ser espiritual; si logra dar un sentido a lo que piensa o hace, sólo entonces es feliz. Eso se revela también en su relación con la salud o la enfermedad.

Tiene un alma humana, que es la esencia de toda su persona. También en la definición de “persona” de Santo Tomás: *id quod est perfectissimum in tota natura, scilicet substantia in natura rationali*, ella se ve como un dinamismo hacia la perfección (*perfectissimum in tota natura*), una integralidad, o sea, una ontología (sustantia) y una unicidad irrepetible (*natura rationali*). De tal visión se hace manifiesto todo el valor y la originalidad de la persona.

³ Cf. TOURNIER P., *Medicina della persona*, Borla, Torino 1967.

⁴ Existe un objetivo para la célula, uno para el organismo, uno para la vida, uno para la humanidad.

Fin de las células: acrecentar la vida. Este objetivo está inscrito en el ADN y se realiza por el ATP, la energía presente en las células.

Fin del organismo: es funcionar en equilibrio y en armonía entre las varias partes.

Fin de la biografía de una persona: es vivir valores; convocar las energías del cuerpo, de la mente, del espíritu para alcanzar un programa que realiza valores.

Fin de la humanidad: llevar la humanidad hacia la humanogénesis (= volver al hombre cada vez más hombre, más consciente de la propia evolución, de la propia humanidad) y la cristogénesis (= unión con Cristo hombre perfecto).

narlo o hablar con dogmatismo acerca de su persona. La verdad sobre el hombre sólo le pertenece a Dios.

El *médico integral*, cuyo modelo es Cristo Médico, además de ejercer su profesión médica:

- Practica la *antropología*: busca la persona enferma; la ayuda a conocerse integralmente; dirige los saberes naturales y humanos hacia uno sapiencial.
- Practica la *psicología*: es un experto en comunicación con el enfermo, los parientes, los colegas.
- Practica la *ética*: ve al individuo responsable de su enfermedad; vive el nexo salud/salvación y lo testimonia haciendo presente una actitud fiel a la vida dentro de una sociedad moribunda.

Un *médico santo* (integral) es uno de los dones más grandes que un enfermo puede conseguir de Dios.

Jesús es el modelo del médico integral; con su enseñanza curó a todo el hombre y no se dirigió sólo a la mente; con los milagros curó a todo el hombre y no sólo el cuerpo; con la espiritualidad curó a toda la persona y no sólo el espíritu. Jesús médico se mostró como el hombre integral que ofrecía integralidad (salvación) a los que encontraba (enfermos y sanos).

DIAGNÓSTICO INTEGRAL

Según esta modalidad de diagnóstico está bien ponerse delante del síntoma como frente a una señal, no para suprimirlo, sino tratando de entender qué se esconde tras él. En medicina esto se llama "causa" o *etiología*, pero puede ser definida de otros modos.

Existe una correcta *actitud diagnóstica*, ya sea para el médico como para el paciente:

PARA EL MÉDICO: es entender dónde está el desequilibrio, el factor etiológico más profundo en el hombre RUID; no querer suprimir enseguida el síntoma, sino observar el enfermo en sus diferentes niveles (corpóreo, mental, espiritual, conductual) y cómo se desarrolla la enfermedad; formular hipótesis y conversar con el paciente antes de empezar el tratamiento.

PARA EL PACIENTE: es no tener prisa en solucionar el síntoma, sino observarse con calma⁵ (la impaciencia impide un diagnóstico RUID); es tener confianza en el médico, buscando juntos la curación; es tener voluntad práctica de curarse

⁵ Obviamente no se niega que en casos clínicos urgentes la medicina tiene que intervenir con diagnóstico rápido y terapia enérgica.

(la intención teórica la tienen todos); es pensamiento positivo, que puede derivar de la fe; es preguntarse los por qué de la enfermedad.

La actitud del diagnóstico integral consiste, en cambio, en aprender de la enfermedad, como de una *maestra de vida* que enseña cosas que hay que cambiar en la vida misma. La enfermedad se transforma de algo negativo en algo positivo, que puede ayudar a crecer (cambiar la perspectiva y el significado de la enfermedad). En todo caso, las dos perspectivas diagnósticas (analítica para *eliminar* y sintética para *interpretar* o bien de la *curación física* y de la *sanación biográfica*) no se excluyen, sino que deberían estar ambas presentes por una estrategia terapéutica más adecuada.

El Diagnóstico Integral busca las *causas finales*, o al menos las más profundas, que pueden ser externas e internas:

Externas a través de la EBM (la medicina basada en evidencia), un pilar del diagnóstico y de la terapéutica hoy, para llegar a la objetividad máxima.

- A nivel *físico* (traumas, energías dañinas).
- A nivel *químico* (venenos, alimentos y régimen, polución, contaminación, humo, alcohol, drogas, fármacos).
- A nivel *biológico* (agentes microbianos y parasitarios).

Internas a través de exámenes particulares (convencionales y no convencionales) y nuevo tipo de anamnesis (cuestionario para permitir a aquella "verdad objetiva externa" hacerse carne en un individuo particular, único e irrepetible).

- *Causas genéticas, bioquímicas, inmunitarias.*
- *Causas energéticas*⁶.
- *Costumbres físicas* incorrectas (sedentarismo...).
- *Costumbres morales* (pérdida de los valores con consiguiente sentido de vacío, de insatisfacción; manejar mal la misma libertad sin anclarse a la verdad...).
- *Costumbres culturales*, (materialismo, individualismo, hedonismo, pragmatismo, consumismo...).
- *Causas espirituales*, (ahogar la propia autoconciencia; vivir siempre superficialmente, no concentrarse en la propia esencia, espiritual, sobre los sentidos de la propia enfermedad; estar siempre distraídos y dispersos, no orientados a un objetivo).

⁶ El tema de la energía en el diagnóstico médico es controvertido y poco conocido. Aquí se presentan algunos textos que tratan el tema en términos divulgadores, pero con buena bibliografía. Cf. CHOPRA D., *Guarirsi da dentro, le rivoluzionarie terapie sul rinnovato rapporto tra mente e corpo* (título original: *Quantum healing*, Bantam book, 1989; trad. di L. Sgorbati Buosi), Sperling Kupfer, Milano 1997. Cf. DEL GIUDICE N., *DEL GIUDICE E., Omeopatia e bioenergetica. Le medicine alternative: dalla stregoneria alla scienza*. Cortina, Verona 1984. Cf. ZAMPERINI R., *Energie sottili e la terapia energeo-vibrazionale*, Macro Edizioni, Cesena (FO) 1998. cf. IERO D.P.F., PESANTE A., *La scienza moderna e i nuovi eretici*, Sugarco Ed., Milano 2000.

- *Causas mentales*, (vivir sin "libertad en la verdad" para llenarse de ansiedades, tristezas, rabias, incomodidades, miedos)⁷.

Causas externas e internas llevan a una reacción unitaria de la persona que se enferma.

Sanar es una *responsabilidad ante todo diagnóstica*: conocerse de modo global para reestructurar los propios errores, desviaciones y utilizar las propias energías, capacidades, talentos en la justa dirección. A menudo en el origen de las enfermedades hay un conflicto reprimido o un desorden mental o espiritual, que una vez descubierto puede ayudar en el proceso de curación responsable.

Obstáculos de parte del paciente al Diagnóstico integral:

- Resistencias de parte del paciente para ir más allá del dato físico del síntoma por una visión del mundo (al menos inconscientemente) materialista.
- Personas hiperpreocupadas por la propia enfermedad, pero que no colaboran con el médico integral o con el agente pastoral integral. En realidad se están defendiendo de un sufrimiento más grande que la propia enfermedad (el refugio en la enfermedad).

En tales casos vale el aforismo: "cada uno tiene la medicina que merece" o "que busca".

TERAPIA INTEGRAL

Definición: cada intervención capaz de mantener o recobrar la salud de la persona RUID cuando esta intervención se conforma a un diagnóstico integral sobre la persona.

En una terapia Integral no se usan sólo los "*fármacos*" que tienen acción sobre procesos químicos del organismo, sino otro tipo de "*remedios*" y metodologías de curación; o sea, cualquier medio que cumpla las siguientes condiciones:

⁷ Ejemplos: el dr. Thomas Holmes hizo experimentos en el 1967 dando una puntuación a los acontecimientos estresantes (muerte de la pareja o viudez 100 puntos, muerte de un hijo 100 puntos, divorcio 75 puntos, pérdida del trabajo, de la salud, del rol social con la jubilación o con el internamiento en casa de reposo.... cada uno con su puntaje), y por ejemplo notó que quien acumulaba más que 300 puntos tenía el 70% de probabilidad de padecer de úlcera dentro de los 2 años, mientras que el que tenía menos de 200 puntos la probabilidad bajaba al 37%. También depresión y otras molestias psiquiátricas aumentan la incidencia de cáncer, para Holmes, como la pérdida mal manejada. Al revés, la mortalidad entre las viudas budistas en Japón es mucho más baja que la media de la población en el mismo país porque ellas tienen un fuerte culto de los antepasados y ritos que disminuyen el estrés. Cf. LINN M., LINN D., FABRICANT S., *guarire la ferita più grande*, Ed. Segno 1998 (tit. orig. *Healing the greatest hurt*, Paulist Press, New York), pp. 5-8.

PRIMERO: son usadas según una antropología respetuosa de la “persona” en su dignidad.

SEGUNDO: sus ventajas superan las desventajas.

Parafraseando a HAHNEMANN, fundador de la homeopatía, podemos decir: “Tener al frente el arte de una terapia integral y negarse a aprenderla, es un delito”.

Se presentarán ahora unos modelos concretos y aplicados de medicina que intenta ser integral, para vislumbrar lo que se ha mostrado hasta ahora de manera teórica y para plantear lo que podrían ser ejemplos de una medicina más humana en el futuro. Ninguno de estos seis modelos teóricos es ideal, a mi parecer, según los principios y las dimensiones RUID dadas a conocer en el texto. Se trata, simplemente de intentos de algunos clínicos o de grupos que aquí sólo esbozaré, reservándome otro lugar para publicar una aplicación personal de medicina de la persona.

PRIMERA PROPUESTA: LA MEDICINA INTEGRADORA

Roberto Gava, médico y homeópata italiano, en la búsqueda de una “medicina integradora” (*integrative medicine*), que no es todavía una medicina *integral*, sino un intento de hacer dialogar la biomedicina con las medicinas no convencionales, clasifica así las PATOLOGÍAS y sus terapias:

- 1.- *CONGÉNITA* (terapia quirúrgica o genética).
- 2.- *ADQUIRIDA*.

Aguda (reversible o mortal).

Reversible totalmente, (ej. fiebre...): *terapias naturales*⁸.

Reversible, (ej. Asma, infecciones, artritis): *terapia natural energética*⁹.

Mortal (ej. meningitis, grave ataque de asma, septicemia, laringoespasma, infarto, paro cerebral): *farmacoterapia*.

Crónica (duración superior a los seis meses).

Hace falta integrar la farmacoterapia con la terapia natural, esto sirve para reducir las dosis y los efectos colaterales del fármaco. Es útil también un soporte *psicológico*.

⁸ Por ejemplo: fitoterapia, vitaminoterapia, aromaterapia, cromoterapia, aurasona.

⁹ Por ejemplo: homeopatía, acupuntura.

Comentario. Para llevar a cabo este primer modelo, es necesario un diagnóstico y pronóstico preciso y convencional de la enfermedad, por un lado, y, por otro, conocer cuáles CAM y psicoterapia son las más probadas y científicas en las distintas patologías. Se trata de un trabajo de EBM a nivel amplio. La medicina integradora, es un modelo médico muy desarrollado en Estados Unidos, pero subsiste un modelo todavía organicista, centrado en la patología y su curación, en la calidad psicofísica de la vida y no en la persona, su sanación biográfica y trascendente.

SEGUNDA PROPUESTA: LA MEDICINA DE LAS DIMENSIONES "PARTICULARES"

Tal modelo usa la siguiente nosología (clasificación de las enfermedades), separando:

- 1.- Enfermedades del cuerpo.
- 2.- Enfermedades de la mente.
- 3.- Enfermedades del espíritu.

Por lo tanto, a tal esquema corresponderá otra clasificación de las terapias:

1.- *Terapias sobre el cuerpo:*

Quirúrgicas, químicas, higiene de vida (alimentación, movimiento, sueño, pausas de descanso, reír,...), físicas, naturales energéticas y no energéticas, mentales.

2.- *Terapias sobre la mente:*

Con mediación física del cuerpo, con mediación verbal, con mediación del pensamiento¹⁰.

3.- *Terapias sobre el espíritu:*

Acción sobrenatural y natural de Dios sobre el hombre, acción de respuesta del sujeto. Se trata de un juego de tres: la *gracia* divina, el *espíritu* en el ser humano que la recibe y la *colaboración* de él con su responsabilidad. De tal "acción triple", nace la capacidad de encomendarse a un amor que salva, libra del miedo a la muerte, crea energía interior, para querer a Dios, al otro y a uno mismo. Además, da fuerzas para vivir con esperanza el presente y el futuro. Todas actitudes sanadoras para la persona.

COMENTARIO. Este segundo modelo de acción diagnóstica y terapéutica es limitado, primero, porque es estático en el modo de entender la salud (no

¹⁰ Ver la clasificación de las CAM en el capítulo 5.

RUID, sino que ve sólo el aspecto I: integralidad) y, segundo, por el hecho de dividir a la persona y curarla de modo fragmentado, en compartimentos. Por tanto, aunque a primera vista pudiera parecer una "terapia integral", en realidad es todavía un nuevo reduccionismo antropológico, es como alcanzar el todo, atacando una parte a la vez. De tal modelo podría ser útil: usar tal triple clasificación, como afirma la *kinesiología aplicada*, para únicamente diagnosticar dónde se concentra el trastorno, pero después trabajar y usar una perspectiva sobre la persona RUID en toda su complejidad.

TERCERA PROPUESTA: LA MEDICINA ESPIRITUAL DE PAUL TOURNIER

Este modelo parte de un trastorno biográfico-espiritual de la persona para buscar la causa integral de la enfermedad y encontrar un tratamiento espiritual de aceptación y ofrenda.

Los ejemplos siguientes no deben ser tomados de modo etiológico o determinista, en tal caso serían afirmaciones temerarias discutibles, no probadas y, sobre todo, serían ofensivas e inhumanas. En cambio, estos ejemplos van como un estímulo frente a una PERSONA para que ella busque de manera sincera y humilde en sí misma -más allá de los análisis de laboratorio- ir desde la "curación física" a aquella de la "sanación RUID", consiguiendo así la salud biográfica y trascendente. Estos ejemplos, no tienen la menor intención de juzgar a nadie, sino de empujar a todos a reconocer falsas percepciones en la vida, trampas subconscientes, mecanismos de defensas. Tournier se enfrenta con el paciente en su clínica con amor y para su bien lo sacude, lo confronta; esto se observa claramente leyendo su texto sobre la "medicina de la persona"¹¹, donde siempre se ve esta búsqueda CON el paciente de su propio camino de sanación. En los ejemplos siguientes no es importante, por lo tanto, ver la correspondencia entre patología y "falsedad en la vida", sino buscar cuál es la falsedad de la persona¹².

¹¹ Cf. TOURNIER P., Medicina della persona, Borla, Torino 1967 (tit. orig. Médecine de la personne, Delachaux Niestlé, Neuchatel (Suisse) 1963). Cf. WEIZSÄCKER V. von, Problemas Clínicos de medicina psicosomática, (trad. di J.S.Sagarra), Pubul, Barcelona 1946. Cf. GONZALEZ L.J., Terapia spirituale, Ed. Vaticane, CdV 1999 (Título original: Terapia Espiritual).

¹² Para profundizar el sentido de esta tercera propuesta se puede leer de nuevo el párrafo 3 del capítulo 6.

Ejemplos clínicos:

- 1.- Las personas con voluntad indomable de independencia tuvieron mayor predisposición a enfermarse de *tuberculosis*. La terapia -según Paul Tournier- fue reconocerse como tales y autodisciplinarse.
- 2.- Sujetos con miedo al futuro y en los cuales están presentes también conflictos morales, poseen más tendencia a las *artritis*.
- 3.- Personas siempre entregadas a excesos (comida, preocupaciones, indisciplina), fácilmente tuvieron *hipertensión*. *Terapia*: reconocer en sí tal inclinación al exceso y valorizar principalmente la dulzura en la propia vida y la confianza en uno mismo.
- 4.- Quienes no aceptan las adversidades y se ponen coléricos tienen, más frecuentemente que los demás, *cálculos a la vesícula biliar*.
- 5.- La gente muy tímida, con dificultad para expresar los propios sentimientos, sufre más *problemas de piel*, ídem los sujetos con "gula" intelectual.
- 6.- Personas con intoxicaciones emotivas están más sujetas a *arritmias cardíacas, palpitaciones, úlceras gastroduodenal, gastritis*.
- 7.- Los que huyen de una vida fracasada, de una lucha continua, abusan más fácilmente del alcohol, psicofármacos, café y llevan una vida descuidada; o bien huyen en el sueño (películas, pornografía, en la fantasía o en comportamientos autodestructivos). También pueden ampararse en el arte, en la ciencia, en la religión, en el trabajo (trabajar demasiado o demasiado de prisa), en el estrés. *Terapia*: reconocer la huida y neutralizarla con la meditación.
- 8.- Los solitarios, los seres con miedo de abrirse a la vida, que crea conflicto, son más propensos a *alergias o hipertensión arterial*. Si tienen reticencia a abrirse a lo que es espiritual, se enferman más que los otros de *asma, arritmias, insomnio y cefaleas*.
- 9.- Aquellos con recelo a expresarse, es decir de manifestar a los otros las propias emociones, sufren *picazones cutáneas y dermatosis* varias. Si temen dejar ir contenidos inconscientes o su dinero (los avaros) están más afectados que los otros de *constipación*.
- 10.- Individuos con miedo a enfrentarse con los otros, en el sentido de demostrar la agresividad (están más sujetos a *úlceras, cálculos biliares, caries, artralgias, hipertensión*). Si temen manifestar la propia sexualidad, presentan a veces *acné, hemicránea, dismenorrea, tartamudez*.
- 11.- Quienes son celosos de actuar y tomar responsabilidades, manifiestan *hipotensión, anemia, hipersomnia, várices*.
- 12.- Personas temerosas de perder el control de sí, exhiben más fácilmente *sordera, diabetes, insomnio, tic, masturbación*.

COMENTARIO. Este modelo se muestra como una ayuda a la persona que sufre (y no para otros, médico o asistente espiritual) para reflexionar sobre su biografía y poder crecer. En comparación con las sugerencias precedentes, ésta es la más dinámica y biográfica, más personalizada, evalúa bien el aspecto espiritual y relacional (RUD) del sujeto, pero igualmente sufre de limitaciones, como dejar de lado el cuerpo y su etiología, falta entonces la Integralidad (I).

CUARTA PROPUESTA: LA MEDICINA CLÍNICA CRISTIANA DE KENNETH FUNG¹³

HISTORIA

El doctor Kenneth¹⁴ es un médico de familia, *consejero* y psicoterapeuta que integra la espiritualidad de la sanación cristiana en su trabajo profesional. Ha sido presidente del ACT (*Association of Christian Therapists*) desde 1993 a 1995.

“Como médico siempre pensé que rezar era tarea de un Ministro ordenado, mientras que mi papel era poner en acción todos los recursos naturales y tecnológicos. Ante los paros cardíacos en urgencias pensaba, refiriéndome al pastor: “yo hago mi parte y el cura la suya”. Cuando trabajé como médico de familia me di cuenta que la inmensa mayoría de los problemas no eran estrictamente médicos, que los pacientes tenían confianza en mí como profesional, que la relación con ellos era completamente diferente de la que había tenido como especialista. Frecuentando el Movimiento Carismático empecé a entender la importancia de orar con el enfermo, pero tenía miedo de hacerlo, me avergonzaba de ello de sólo pensarlo; literalmente, me faltaba el ánimo.

Empecé sin embargo a incluir en los diálogos con los pacientes creyentes el término “Dios”. Por ejemplo: “Dios no te curará nunca si tú no aprendes cómo ir hacia Él con tu yo auténtico”. Desde entonces empezaron a llevarme

¹³ Cf. AA.VV., *A primer for Christian healthcare practice*. [Association of Christian Therapists], Degnon Associates, Inc., McLean, VA (USA) 2001, pp. 9-29.

¹⁴ Kenneth M. Fung, M.B, B.Ch, B.A.O, M.D, F.R.C.S.

Biblias, crucifijos, imágenes sagradas, lenguaje cifrado para hacerme entender que eran cristianos creyentes y querían que tuviera en cuenta eso en mis tratamientos. Fue así que empecé a preguntar a los pacientes si querían orar por su curación.

Un día un sacerdote psiquiatra me dijo: "si no sabes cómo renovar tu fe, lee el texto de Isaías 43¹⁵ y en lugar de Israel pon tu nombre". Cada vez que aprendía una nueva verdad sanadora de la fe, venían algunos pacientes a los cuales podía aplicar aquella verdad. Una vez escribí sobre el recetario: Isaías 43. La paciente me miró como si estuviera loco, pero la semana después vino diciéndome: "he llorado sin parar después de haber leído aquel pasaje de Isaías, ni siquiera cuando mi marido murió lloré tanto". Dios le permitió descargar todas sus tensiones y la sanó de sus problemas. Le dije al modo de Jesús: "mujer, tu fe te ha sanado, ve en paz para amar y servir a Dios".

ASOCIACIÓN DE TERAPEUTAS CRISTIANOS¹⁶

La Asociación de Terapeutas Cristianos (ACT¹⁷) nació en agosto de 1975 en *Mount St. Augustine Apostolic Center* en el *Staten Island* de Nueva York, como un grupo de profesionales sanitarios reunidos para orar, estudiar la Palabra de Dios y compartir la Santa Eucaristía al interior del Movimiento de la *Renovación en el Espíritu* (carismáticos católicos). Ellos recibieron inspiración para consagrar sus profesiones sanitarias a Dios, o sea, para una entrega radical a la persona de Cristo y su misión sanadora, utilizando su profesión sanitaria¹⁸.

OBJETIVO: Consagrar e integrar la propia profesión terapéutica al Reino de Cristo Jesús.

PROPÓSITO:

- 1.- Apoyar a los profesionales sanitarios
 - Creando *ambientes* en los cuales ellos puedan: a) crecer espiritualmente, b) experimentar curación física, mental, emotiva,

¹⁵ "Ahora, así dice Yahveh tu creador, Jacob, tu plasmador, Israel. No temas, que yo te he rescatado, te he llamado por tu nombre. Tú eres mío. Si pasas por las aguas, yo estoy contigo, si por los ríos, no te anegarán. Si andas por el fuego, no te quemarás, ni la llama prenderá en ti. Porque yo soy Yahveh tu Dios, el Santo de Israel, tu salvador. He puesto por expiación tuya a Egipto, a Kus y Seba en tu lugar dado que eres precioso a mis ojos, eres estimado, y yo te amo. Pondré la humanidad en tu lugar, y los pueblos en pago de tu vida. No temas, que yo estoy contigo; desde Oriente haré volver tu raza, y desde Poniente te reuniré...."

¹⁶ Cf. AA.VV., *A primer for Christian healthcare practice* op. cit., pp. i-v.

¹⁷ En Italia: *Associazione Terapisti Cattolici*. En Estados Unidos la Asociación es Ecuménica.

¹⁸ Así uno de los pasos fundamentales de la locución cita: "Redimid mi pueblo... en vuestros hospitales, en vuestras clínicas, en vuestras consultas, hacedlos Mios.... Hacedme tomar cuidado de ustedes y llevaros a la salud, a la integridad y a la santidad. Dadme vuestras habilidades profesionales y vuestras credenciales. ... Consagrad los enfermos a Mi nombre, por Mi gloria y Yo seré glorificado en Mi obra sanadora".

relacional y espiritual, c) establecer relaciones mutuas alentadoras con otros agentes sanitarios y personas a ellos asociadas.

2.- Ayudar a los profesionales

- En la organización y *educación* sobre las prácticas tradicionales y modernas de *curación centradas sobre Cristo* y en relación a los dones (carismas) del Espíritu Santo.
- Animar y facilitar el desarrollo de las *intervenciones sanadoras cristianas*.

3.- Testimoniar tal consagración

- Preparando a los agentes con actividades de *evangelización*.
- Vinculando y *colaborando con individuos y organizaciones* con una visión, misión parecida o complementaria.
- *Iniciando, animando y sustentando la búsqueda científica* dedicada a demostrar los beneficios integrales de los métodos de sanación centrados en Cristo.
- Interesándose creativamente acerca de los puntos de *contacto entre la medicina integral y la espiritualidad cristiana*.

MISIÓN Y ESTATUTOS PARA LAS PUBLICACIONES ACT¹⁹

La ACT trata de desarrollar y publicar enseñanzas y testimoniar la presencia y el poder sanador de Cristo Jesús por el Espíritu Santo, utilizando las profesiones sanitarias y los ministerios de sanación. En este quehacer se propone:

- Ayudar a las personas comprometidas con la sanación cristiana a *profundizar su teología, sus teorías*, la comprensión y la práctica espiritual, además de las terapias profesionales.
- Testimoniar a aquellos que todavía no la conocen: el *poder sanador de Jesús* y su presencia que revela el amor de Dios a través de la inhabitación del Espíritu Santo.
- Ayudar a revelar el *valor de la búsqueda científica informada* por la fe cristiana.
- Relacionar la *cura integral* y la santidad.
- Ayudar a *conectar sanación con salvación* / salud con redención.

¹⁹ El órgano oficial del ACT es en EEUU el Journal of Christian Healing. En internet: www.ACTheals.org. e-mail: rcaccese@talon.net, está en preparación el texto: Healing Manual.

- Animar y *estimular* las contribuciones creativas a la sanación y a la *integración* a todos los niveles.
- Revelar cómo *la resurrección de Jesús Cristo* nuestro Dios y Salvador *entra en el corazón de la vida* sanando, a partir del centro de nuestros sistemas biológicos y operaciones de nuestra psique hasta nuestro espíritu y nuestras relaciones.
- Facilitar nuestra *comprensión de la sanación* y unirla a todos los niveles del ser; revelar cómo a través de la propia relación con/en Jesús Cristo Él está redimiendo toda la creación.

ANTROPOLOGÍA BIO-PSICO-SOCIO-ESPIRITUAL EN LA “MEDICINA CLÍNICA CRISTIANA” Y METODOLOGÍA DE ACCIÓN DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA

ANTROPOLOGÍA AUTÉNTICA. El hombre es un ser espiritual (cf. Rm 8,16), hecho a imagen y semejanza de Dios (Gen 1,27), es hijo de Dios (1Jn 3,1) y desea por tanto bondad, amor, paz, paciencia, fidelidad,... (Gal 5,22-23); ésta es su verdadera identidad que lo lleva a la vida completa, a la beatitud y a la salvación.

LA FALSEDAD. El vivir sobre otros valores, en ambientes sociales o relacionales no éticos, ni espirituales, en experiencias de pecado, sentimientos negativos, comporta antes o después efectos que perjudican su espíritu, su identidad espiritual y su salud.

Se crea un falso credo, se ve la propia identidad y aquella de Dios como defectuosa (una mentira), o sea, se construye el engaño sobre sí y sobre Dios. Eso perjudica el espíritu de la persona, se separa del Espíritu de Dios. Se vive en la oscuridad de la mentira. Ella crea falsas necesidades para probar a cada uno que es invencible, digna de ser seguida, seductora y amable... es el período de la pérdida de libertad: vicios, costumbres equivocadas, fracasos en el amor al prójimo y a Dios, las esclavitudes se fortalecen... En tal momento todo es falso: falso credo, falsas necesidades, falso yo, falso Dios.

CÍRCULO VICIOSO: FALSEDAD - SUFRIMIENTO PSICO-ESPIRITUAL. Se crean así expectativas irreales de sí, de los otros y de Dios que nunca son satisfechas y llevan a repetidas desilusiones. El paciente para probarse a sí mismo que vale, para ser aceptado y reconocido, entra en los ciclos de las apariencias, del perfeccionismo, del alcoholismo, del juego, etcétera. El ciclo mentira = falsa necesidad = desilusión, refuerza la mentira y la vergüenza de ser indignos de Dios. La vida se convierte en una mezcla de rabia, culpa, miedo, ansiedad y disminuye la autoestima, la propia confianza, el sentirse dignos de valor, el respeto de sí mismo. También las relaciones interpersonales padecen de esto. La depresión y la angustia son sólo la lógica conclusión de todo esto.

SUFRIMIENTO PSICO-ESPIRITUAL (ESTRÉS) Y ENFERMEDADES FÍSICAS. Todo esto lleva al estrés espiritual y a las enfermedades consiguientes. Por el clásico mecanismo endocrino-inmunitario del estrés: adrenalina, cortisol, feed back negativo sobre ACTH y CRH, inadecuada respuesta hipotalámica-hipofisaria sobre el eje adreno-corticotropo, secreción de citoquinas inflamatorias, déficit inmunitarios y síntomas de fatiga crónica, fibromialgia, incapacidad de afrontar los estrés recurrentes, desórdenes degenerativos cerebrales, desórdenes metabólicos, inmunitarios y endocrinos, molestias cardíacas, etcétera.

CÍRCULO VIRTUOSO: VERDAD-TOTALIDAD-SALUD. Un estrés espiritual, reemplazado por la verdad sobre uno mismo (la justa antropología), y sobre Dios, da paz y libertad interior, como también plenitud de la identidad, restaurando la armonía entre cuerpo, mente y espíritu. Volver a la propia verdad, a la identidad auténtica, permite al paciente aceptar la vida como viene. Reconocer los círculos viciosos, por otro lado, y aprender de ellos, ayuda a hacerlo mejor creyendo en Dios. Se trata de buscar la sabiduría de Dios, rogar para sanarse de la imagen falsa del presente y de las heridas del pasado. La persona es invitada a renovar su fe, a perdonarse, a perdonar a los otros y a recibir el amor sanador de Dios.

Esto no significa que quien vive en la verdad espiritual de sí mismo (los santos) no tienen enfermedades, sino que evitan los males vinculados a la mentira y al pecado.

APLICACIÓN:

- 1.- Demostrar al paciente que los síntomas pueden tener un origen espiritual. Sobre todo si no presentan señales claras de laboratorio y no se sanan con la cura médica.
- 2.- Identificar por lo tanto la mentira, el falso yo del individuo, el espíritu dañado y el estrés espiritual.
- 3.- Demostrar que hay relación entre estrés espiritual y enfermedades psicofísicas.
- 4.- Proponer un tratamiento combinado a tres niveles: médico, psicoterapéutico y espiritual, y ayudar al enfermo a encontrar su yo auténtico.

COMENTARIO. El modelo *médico clínico cristiano*, desarrollado por Kenneth, intenta integrar dicha espiritualidad con la práctica médica y la relación pastoral de ayuda. El objetivo es tratar al enfermo como un ser espiritual. Cuando sus síntomas persisten a pesar del tratamiento médico y todos los análisis de laboratorio son normales, se puede pensar que existe un aspecto espiritual en la génesis de la enfermedad.

Para este modelo, el estrés espiritual genera muchas patologías actuales, tanto físicas como mentales y es el único que no teme considerar *el pecado*

como causa de enfermedad. Por esto, junto a la terapia médico-quirúrgica y a la psicoterapia, se propone asociar una ayuda espiritual, sin imponer ningún credo religioso. Se trata del modelo más completo (relacional, integral y personal) en comparación con los otros antes analizados; además integra bien fe y cultura, fe y vida en el campo de la profesión sanitaria, objetivo general del presente texto. Los límites son que, a mi parecer, hasta ahora, no está muy claro el tipo de curación/sanación que propone al enfermo y que se trata de un esquema claramente confesional, difícil de proponer a pacientes agnósticos y ateos; además la aplicación no es fácil cuando el nivel de alfabetización es bajo o es difícil la comunicación verbal con el paciente.

QUINTA PROPUESTA: EJEMPLOS DE PASTORAL SANADORA HOY

CONSAGRADAS/OS-MÉDICOS Y SACERDOTES-MÉDICOS

MÉDICO Y SACERDOTE, ALIADOS EN DAR SALUD Y SALVACIÓN

Al principio de la historia humana, el médico, el sacerdote y el filósofo eran la misma persona. Fue el caso, por ejemplo, de Pitágoras, Demócrito y Empédocles.

Luego, con Hipócrates la medicina junto a la teología, se separaron de la filosofía. Y, posteriormente, con el dualismo platónico y neoplatónico helenístico, la medicina se apartó de la teología y así el médico se hizo cargo del cuerpo, el sacerdote del alma y el filósofo de los "por qué" de la vida.

Desde el 1239 al 1918 hubo prohibición canónica de desarrollar ambas profesiones de médico y sacerdote. Permaneció, sin embargo, una cultura de tipo dualístico en oposición.

Con el Iluminismo, médico y teólogo ya eran antagónicos. Negando la presencia de lo espiritual en el hombre, la medicina se autodeclaró una ciencia absoluta, dividiéndose en varias medicinas más o menos organicistas y/o holísticas, cada saber médico se especializó en subsectores en un cuadro fragmentado y conflictivo.

Hoy la medicina, la teología y la moral, están hallando el punto de contacto: todas curan a un hombre integral, todas para ser integrales y auténticas tienen que ser antropológicas. Cambia la perspectiva y el objetivo:

- La medicina es la ciencia de la *sanación*.

- La teología es la ciencia de la *salvación*. Pero cada una, ante un hombre que sufre y que muere, necesita a la otra para llegar a una plenitud mayor de las propias respuestas.

El paciente que busca una salud más allá de la simple «reparación temporal» necesita la ayuda del médico y del sacerdote en cooperación. Con la confianza en Dios, el sujeto sale del aislamiento de la enfermedad y entra en la armonía. Por esto la confianza en Dios es una cura difícil de cuantificar, no sustituye a la medicina, pero indudablemente la acompaña. La salud consiste en el desarrollo de todas las dimensiones del hombre, que garantizan humanidad.

Jesús también fue médico (no solo médico, sino: médico, sacerdote, rey y profeta cf. Mc 1,37s) porque sanar para él significaba echar fuera el *mal* de las personas; el Nuevo Testamento muestra muchas veces la relación entre *pecado* y enfermedades²⁰.

EJEMPLO DE INTEGRACIÓN DEL TRABAJO PASTORAL Y MÉDICO. En 1936, por primera vez la Iglesia permitía –a través de la publicación de un documento (*Constans ac Sedula*)– que las religiosas pudieran ser médicos. Algunas, que pertenecían a una congregación que trabajaba en el ámbito de la salud en India, lo hicieron, logrando con su intervención una mejoría, tanto en las estructuras sanitarias como en el diagnóstico y tratamientos terapéuticos. Pero estas instituciones con el tiempo se volvieron más especializadas y también más caras hasta llegar a ser económicamente inabordables para la mayor parte de la población.

Las religiosas se dieron cuenta que ya no estaban desarrollando una pastoral sanadora integral cristiana (para todos), y empezaron a estudiar la medicina ayurvédica (tradicional de su pueblo), creando *tratamientos integrados* de nuevo accesibles a toda la población india.

SÍNTESIS DEL CAMINO DEL LOS CONSAGRADOS-MÉDICOS DE ITALIA²¹

He aquí como ellos mismos, en primera persona plural, presentan, en síntesis, la breve vida del grupo.

1996-97 MONZA y BERGAMO (Italia), nace “El ladrillo”

²⁰ Ej. Saulo pecador se queda ciego hasta que no se convierte. Zacarías queda mudo después de la duda pecaminosa. La mujer encorvada, dice el evangelista, es dominada por Satanás. Al paralítico de 38 años Jesús le dice: “No peques más si no quieres que te ocurra algo peor”. En 1Cor 11,29-30 San Pablo dice que recibir indignamente la Eucaristía causa enfermedad.

²¹ 100 entre sacerdotes y hermanas religiosas o consagradas laicas presentes en Italia donde desarrollan su apostolado médico y evangelizador. Un número mayor tiene actividades misionarias en el extranjero.

PREGUNTAS: ¿por qué existimos? ¿Por qué Dios nos ha llamado a la consagración y a la medicina? ¿Qué tenemos que decir y hacer? ¿De qué somos signo?

FIN: conocerse, contarse, conocer la potencialidad (apertura a la voluntad de Dios sobre este grupo).

MEDIO: decir un Magnificat con humildad a Dios. El grupo quiere responder a los talentos dados (esto es ser fieles a la tarea específica entregada), ser ya sea consagrados o médicos, entender la propia identidad para una acción y misión adecuadas.

2000 BOLONIA, 1º reunión nacional, "El sentido de una doble vocación: sanar amando y amar sanando, ¿cómo?"

PREGUNTAS: ¿Cómo unir amor y curación? ¿Amor y terapia? La cultura de hoy es dualista (ánima y cuerpo, espiritual y material, sagrado y profano, fe y razón, religión y medicina) y nos empuja a vivir nuestra identidad como doble vocación, a escoger una parte y excluir la otra.

FIN GENERAL: se pueden integrar las dos esperanzas, las dos tareas, las dos modalidades convirtiéndose en PUENTE que integra las dos dimensiones. Se realiza así una única vocación y la misión redentora de Cristo que sana toda la persona.

FIN ESPECÍFICO: promover la importancia de la persona, la salvación integral del hombre, la participación de las dos dimensiones (material y espiritual) al proyecto de salvación de cada uno. Tanto las necesidades concretas como el misterio (que es concreto porque se hace influyente en el modo de pensar y de sentir) tienen que ser tomados en cuenta en el procedimiento de curación.

MEDIO: asociar medios profesionales, científicos y medios de asistencia espiritual.

Por ejemplo, quien trabaja directamente con los enfermos (en hospital, en cuidados paliativos, en quirófano, en ambulatorio, a domicilio, en misión, en consultorio, en los barrios pobres de metrópolis) puede hacer de "puente", asociando al gesto terapéutico-científico, gestos de ayuda espirituales (ayudar a dar sentido a la enfermedad, integrar la condición presente en la propia existencia).

En cambio, quien trabaja indirectamente sobre los enfermos –en la investigación en el microscopio; en la búsqueda sobre la curación interior; en la dirección de las estructuras sanitarias; en la enseñanza de pastoral sanitaria, de ética; en la formación espiritual de los estudiantes de medicina; en el discernimiento vocacional para integrar lo humano y lo espiritual– en cada acto, puede acordarse de integrar razón y fe, el fenómeno y el misterio que guía la vida nuestra y ajena.

2001 ALBANO (ROMA), 2° reunión nacional, "El médico integral para el futuro y el cuidado de la persona". Nace la asociación "Consecrati in Christo medico" (una vocación, dos modalidades)

PREGUNTAS: la cultura en la sanidad expresa "SIGNOS" que se basan en el poder, el interés, en la tecnología; nace un médico sin motivación, descontento, estresado, que repara pacientes objetos y no da salud auténtica a las personas. Nosotros consagrados-médicos ¿podemos ser signo de algo distinto? ¿De algo más?

FIN GENERAL: valorizar al médico y al enfermo, recuperar una auténtica antropología, una nueva relación entre ambos.

FIN ESPECÍFICO: ser SIGNO de valores como la comunión, la salud auténtica, la vida en plenitud evangélica, mostrando que son posibles en el ámbito sanitario. En otras palabras, hacerse testigos de una medicina integral y pedagógica.

MEDIO: vivir y aplicar el personalismo cristiano, "siendo y haciendo con los enfermos", proyectando con ellos, relacionándose con personas y no con objetos, valorizando a los pobres; servirles, promoviendo la salud personal e integral, mostrándoles un camino de crecimiento en el amor del enfermo, del colega y no sólo una relación instrumental y utilitarista.

2002 BUCCHIANICO (CHIETI), 3° reunión nacional, "La espiritualidad como progreso de la medicina".

PREGUNTAS: ¿nacerá un PROYECTO para el mundo de la salud de esta asociación? ¿Tenemos las capacidades para entregar escritos y gestos proféticos?

FIN GENERAL: integrar medicina y espiritualidad (no separarlas, ni instrumentalizar la una a la otra) mostrando cómo la espiritualidad ayuda a reencontrar el fin de la vida humana, de la salud y también de la medicina y de la ciencia.

FIN ESPECÍFICO: en una medicina en crisis que se propone objetivos imposibles (salud como fin, cientismo, alargar cada vez más la expectativa de vida) mostrar otras sendas (pedagógico-espirituales): prevención, educación para la salud, el manejo de la enfermedad, la ecología, la educación de la relación entre vida física y vida salvífica, entre salud y salvación, entre medios naturales para sanar y medios sobrenaturales.

MEDIO: crear proyectos para dar a conocer estas ideas, formar, escribir en revistas.

2003 QUERCIANELLA (LIVORNO), 4° reunión nacional, "¿Qué fin tiene la medicina? Terapia y fe, sanación y evangelización".

PREGUNTAS: la pregunta principal es:

¿por qué? El por qué final de la presencia y acción de los consagrados-médicos. Definir el fin (integral, personal, dinámico) y la visión de la vida y del hombre en el cual tal objetivo está inserto, es indispensable para ser "proyecto, signo, puente".

FIN GENERAL: buscar la identidad/vocación de la medicina y del médico hoy en perspectiva cristiana.

FIN ESPECÍFICO: aclarar las metas, por una parte facilita encontrar los medios, los recursos del propio camino y por otra, motiva a andar.

MEDIOS: posibles propuestas son un sitio internet sobre los consagrados médicos (www.mediciconsacra.it); un congreso anual con créditos para actualizarse en medicina de la persona.

2005 ROMA, 5º reunión nacional, Cristo médico, modelo en la profesión médica.

2006 ROMA, 6º reunión nacional, relación médico-paciente entre la alianza con Dios.

COMENTARIO. *Se puede notar que las reuniones anuales no son actividades independientes entre ellas, sino iniciativas que están construyendo, ladrillo tras ladrillo, un edificio. Tales encuentros han ayudado a los participantes a valorizar y vivir de manera cada vez más rica su identidad y "única" vocación. Lo que falta en este modelo es la actuación como grupo de lo que se propone: gestos proféticos, a pesar que, como individuos, todos son significativos y fuente de inspiración y reflexión en las instituciones sanitarias donde trabajan y hacen apostolado.*

Otras asociaciones de médicos de inspiración cristiana:

- 1.- ATC, Asociación Terapeutas Católicos o Cristianos (nació en 1975 en New York de la Renovación en el Espíritu).
- 2.- Asociación Medicina y Persona (nació en 1999 en Milán de Comunión y Liberación).
- 3.- Instituto Giano de las Humanidades médicas y management en salud (en Roma en los años '90).
- 4.- AMCI, Asociación Médicos Católicos Italianos.
- 5.- Diakonia Médica Misionera (años '90 en Roma).
- 6.- Unión Médico Misionera italiana (voluntariado internacional en Verona, Italia).
- 7.- Asociación Médico Internacional de Lourdes.
- 8.- AMOIC, Asociación Médicos Homeopáticos de Inspiración Cristiana (nació en el 2001 en Milán, Italia).

MEDICINA COMUNITARIA Y PASTORAL COMUNITARIA

Hoy se está difundiendo la medicina comunitaria, o sea "dar salud con la participación de la gente", con la comunidad; se sale del *asistencialismo*²²

²² Asistir con bienes materiales, sin ayudar a la persona o el grupo a ser autónomos.

que hace dependientes (yo soy el «donador» y el otro el “beneficiado”) y se *comparten* las propias ideas, el tiempo, los propios recursos, dando vida juntos a un proyecto sostenible de la economía de aquella población, apropiado a la tecnología del país, a la cultura, a la posibilidad de gestión juntos (*partners*). Se va evaluando conjuntamente cómo el proyecto de cooperación ha funcionado. A fin de que la medicina y la pastoral comunitaria se unan en un esfuerzo conjunto, se requiere dedicar muchos recursos en la *formación* de la comunidad. La *medicina y la pastoral comunitaria* podrán crear a largo plazo proyectos, con autonomía de las poblaciones pobres y verdadera promoción de la situación sociosanitaria.

Medicina comunitaria y pastoral sanitaria, ¿qué relación tienen?

Aunque a la medicina comunitaria se le reconoce un inmenso valor y capacidad evangelizadora, sin embargo existe el riesgo de centrarse y detenerse en lo social haciendo aparecer como complementaria *la dimensión trascendente, cuyo fin es siempre, para cada cristiano: “dar a su pueblo el conocimiento de la salvación”*. Y no sólo el “conocimiento de su salud física y social”; un conocimiento no excluye al otro, ellos se completan sinérgicamente; “gestos liberadores y sanadores”, son aquellos que no liberan “sólo de la enfermedad o de la necesidad, sino también del pecado, de la soledad y del sin sentido”. Así se puede expresar una *acción pastoral sanitaria comunitaria* integral.

El servicio al enfermo pasa por muchos caminos: la *política* (el respeto de los derechos del paciente, la garantía de justicia por la promulgación y la aplicación de leyes, lo social, las estructuras,...), la *pedagogía* (con el objetivo de la responsabilización, la búsqueda, el estudio y la reflexión), la *clínica médica* (tradicional y alternativa), la *pastoral* (en el sector de animación, formación, liturgia y de acompañamiento personal, etc..). Todo esto con el objeto de ampliar la acción de servicio al enfermo, pasando:

- del individuo al individuo más su comunidad,
- de la salud física a aquella psicofísica, espiritual y social.

Pero una comunidad cristiana no puede conformarse con eso, su objetivo, siempre vivo, siempre recordado y siempre remotivado, tiene que ser: integrar una acción que ayude a crear el Reino de Dios, hacer Iglesia, que haga percibir la salud o mejor “el proceso de sanación” como una experiencia de salvación. En otras palabras, hacer pastoral sanitaria no significa sólo, médicamente hablando, “tengo una enfermedad y busco el modo más eficaz y rápido de curarme”, sino también es un discurso de *Misterium Salutis*, es decir, de proyecto de salvación, “busco la integración de mi ser para liberarlo de todas las cadenas que obstaculizan el crecimiento hacia la vocación humana integral, hacia la vocación religiosa a la intimidad con Dios y con los hermanos/as”. Es ésta la salud/salvación a la cual tiene que dirigirse el cristiano

en su acción sanitario-pastoral. No se trata de excluir la terapia médica convencional o aquella de capellanía y gestión de los centros de salud, sino de "integrar" algo más, algo mejor. Éste integrar no tiene que entenderse en el sentido de añadir actividades (más Misas, más encuentros, más conferencias, a personas ya cargadas de trabajo, sino integrar a lo que ya se hace, signos, gestos, palabras, silencios que ayuden a reflexionar o entender el sentido y la motivación de lo que se está haciendo).

El objetivo de los cristianos no es eliminar la enfermedad y la muerte, su acción no deberá, por tanto, nunca limitarse a la acción biomédica pura. Tampoco ellos pueden pretender, actuando sobre pequeños porcentajes de población, cambiar la salud de una nación. Lo que ellos pueden dar y proponer a todo el mundo es un nuevo tipo de salud integral, la que, cuando es posible, ayuda a sanar, pero siempre ayuda a pasar del hombre viejo al hombre nuevo, el hombre abierto al don de la salvación. La "medicina comunitaria" puede ser comprendida en esta dirección y dirigirse a este fin.

COMENTARIO. Para la pastoral integral vale el mismo comentario del modelo clínico cristiano del ACT.

SEXTA PROPUESTA: BIOTIPOLOGÍA Y CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA²³

Nicola Pende: una antropología médica aplicada integral y dinámica

INTRODUCCIÓN

"La persona: átomo viviente, pensante, amante; de humana y divina factura; natural y sobrenatural; individuo irrepitable, inconfundible, partícipe del universo cósmico y del universo espiritual, de los cuales recibe continuos influjos modificadores; dotado de libertad de querer y de un espíritu de divina donación por el cual la persona, a través de la caridad y la fe, lucha contra sus imperfecciones naturales, puede elevarse y hacerse partícipe de la naturaleza de Dios, por que está sustentada por su Gracia".²⁴

²³ PENDE N., La scienza moderna della persona umana, biologia, psicologia, tipologia normale e patologica, applicazioni mediche, pedagogiche e sociologiche. Garzanti, Milano 1955 (edición original del 1947), 487 páginas. Cf. PENDE N., Trattato di biotipologia umana individuale e sociale con applicazioni alla medicina preventiva, al clima, alla politica biologica, alla sociologia, Casa Ed. dott. Francesco Vallardi, Milano, 1939, 665 páginas.

²⁴ PENDE N., La scienza moderna, op. cit., p. 4.

Con tal definición de persona inicia el texto de Nicola Pende²⁵, un médico y senador del Reino en Italia, Director del Instituto de patología médica y metodología clínica en Roma y fundador en Roma y en Génova del Instituto de Biotipología-ortogenética y de la *Ciencia de la persona*. Él dio oficialmente vida a la "Biotipología" en 1922 definiéndola como «*la ciencia que se ocupa de todo el complejo de manifestaciones vitales de orden anatómico, humoral, funcional, psicológico; de su síntesis diagnóstica podemos reconocer el tipo estructural-dinámico específico de cada individuo, aquel conjunto de caracteres particulares por los cuales cada individuo se distingue del otro y se aleja del tipo humano general (el hombre-especie) estudiado por los anatomistas, los fisiólogos, los estadísticos*».²⁶

El objetivo que, a primera vista, puede parecer específicamente médico o psicológico, como en otras tipologías, es en cambio prioritariamente antropológico. Antes de llegar a su texto final sobre la «Ciencia de la persona», Pende inició un movimiento durante 30 años para revalorizar a «la persona» y que fuera entendida correctamente en su esencia, en sus valores, en sus derechos. Una antropología que garantiza al hombre su recta libertad y espiritualidad, es lo que sirve para evitar idolatrías, ideologías, absolutismos y guerras. Y esto Pende lo escribe en los años de la reconstrucción, después de la Segunda Guerra Mundial, una guerra nacida por una estado-latría basada en la supresión de la voluntad libre y espiritual de las personas²⁷. Otro objetivo de la antropología pendiana es evitar el determinismo que nace de una genética sólo biológica, una fisiología mecánica pavloviana, una psicología causalista freudiana. Para Pende cada uno tiene en sí no sólo una parte heredada que condiciona, sino también una dimensión presente en toda la persona que viene de Dios y participa de Dios, de su libertad y de su providencia que libera²⁸. Eso es garantía para no caer en los errores de fatalismo y pesimismo que son paganos.

A pesar de que han pasado tantas décadas desde la publicación de tal investigación, ella mantiene hasta hoy una actualidad y un interés particular en el contexto de la búsqueda de una medicina más integral, más evolutiva, más personal; en una palabra, más antropológica y humana. Se trata de una búsqueda que, para el mismo autor, necesitaba ulteriores estudios,

²⁵ Nicola Pende (1880-1970), ilustre clínico médico italiano, alumno de Giacinto Viola en Bolonia, director de la clínica médica de Génova después de Maragliano y por fin director del 1936 al 1950 del instituto de patología especial médica y metodología clínica de la facultad de medicina de la Universidad la Sapienza de Roma.

²⁶ PENDE N., *Trattato di biotipologia umana individuale*, op. cit., p. 1.

²⁷ Cf. PENDE, *La scienza moderna*, op. cit., p. 6-7.

²⁸ *Ibidem*, p. 15.

de desarrollos y profundización que, según nuestro conocimiento, no se hicieron. El planteó un camino que recorrer, y el hecho de haberlo dejado indudablemente incompleto, no ha ayudado en el rumbo hacia aquella medicina, más digna del hombre.

Algunos clínicos contemporáneos²⁹ a la obra del Pende, reflexionan sobre el significado no sólo médico, sino también antropológico y social que tuvieron en aquel tiempo sus dos textos ("*La Ciencia moderna de la persona*" y "*La biotipología humana*").

Benedetti escribió: "Nicola Pende está entre los primeros en haber creado una concepción endocrinológica de los tipos y subtipos humanos con centros de investigación y aplicación de la medicina preventiva y constitucional: el Instituto biotipológico ortogenético de Génova y Roma para la valoración integral de la individualidad humana".

Jean Labadié: "La biotipología es la verdadera clínica de los sanos, un servicio para la orientación profesional y existencial para dirigir científicamente el desarrollo físico y mental en conformidad con las actividades y las posibilidades".

Alexis Carrel: "Un centro para la mejoría física, moral, intelectual del individuo por una comprensión más amplia del ser humano. Con Pende esto se ve claro."

P. Barbera (pedagogo): "Pende parte de la síntesis vital del individuo, visión unitaria, sustancial del todo (y no de un cuerpo de células, con un "yo" independiente de éstas). S. Juan Bosco habría recibido cierto provecho de las observaciones biotipológicas de Pende en la medida que la genialidad de un santo sabe encontrar...." ³⁰

En todo se ve cómo el objetivo de Pende fue desarrollar una ciencia médica, clasificatoria, nosológica, etiopatogenética, pero además y ante todo, una ciencia en la cual en primera línea estuviera "el valor hombre", no como máquina, sino como ser individual, libre, síntesis de cuerpo y espíritu. Un "valor" que debe ser visto, dice el autor italiano, con la mente y con el corazón. Se trata de un modo particular de ser médicos y de hacer medicina (diagnóstico, terapia e investigación), de vivir la asistencia y la relación con el enfermo. Pero, aún más en profundidad, Pende enseña, como verdadero antropólogo, un nuevo modo también de ver la salud y el dolor del enfermo, de ver «la persona» en aquel hombre que se presenta pidiendo ayuda.

²⁹ *Ibidem*, pp. 382-3.

³⁰ *Ibidem*, p. 383.

INTERDISCIPLINARIEDAD

La originalidad de Pende está ante todo en la interdisciplinariedad de su «ciencia» del hombre³¹, como raramente se ve. Consiste en saber integrar y sintetizar discursos que generalmente caminan separadamente. Pende no repite contenidos tomados por otros y los junta pasivamente como en un puzzle, pues con rara maestría incluye contenidos biológicos, psicológicos, morales, filosóficos, teológicos dentro de la visión cristiana católica de la vida humana para explicar quién es el hombre y dar respuestas a algunos de sus problemas; aquellos pertenecientes a su salud y enfermedad, los de la relación con el entorno, la familia, el trabajo, el orden social. Nuestro autor no excluye los conocimientos de las ciencias (medicina, psicología, filosofía, teología, etcétera) reemplazándolas con comprensiones alternativas de tipo holístico³², sino que sabe cómo crear un tipo de "*Suma antropológica aplicada*"³³ para ver del modo más realista posible, con el paradigma cristiano y occidental, a través del misterio de la identidad del hombre individual. El trabajo tiene limitaciones propias del tiempo en que fue escrito, la posguerra; no pretende ser, por lo tanto, ni la última palabra sobre un tema tan abierto como es aquel de la "antropología aplicada" o "la medicina constitucional", ni el único modo de ver al hombre. Por cierto, es una senda no desarrollada suficientemente y con perspectivas enormes e insospechadas.

El punto central alrededor del cual el autor hace girar todo el discurso interdisciplinario, es no detenerse, como hace la medicina académica, en la búsqueda de la explicación etiopatogenética local o sistémica de una patología, sino que indaga en el motivo constitucional de aquella *disarmonía* (molestia o síntoma), la *explicación evolutiva* (se analiza la historia de la persona, cómo aquella molestia se enlaza con otras disonancias o síntomas anteriores) en el *sentido psicológico*, y, ojalá, también en el *espiritual*. Pende afronta como antropólogo médico, además, los conceptos más básicos de la biología humana. Se pregunta, por ejemplo, qué es una vitamina, qué función tiene una hormona, qué efecto produce cuando está en exceso o en déficit, pero se plantea además ¿por qué existe para la economía integral del cuerpo? ¿Qué representa para la persona con su biografía? Interdisciplinariedad en Pende

³¹ Muchos son los textos "multi-disciplinares" o "pluri-disciplinares" en que las varias intervenciones de las distintas disciplinas son yuxtapuestas unas a las otras en un sólo texto, sin una sintonización de perspectiva o un acuerdo previo de finalidad. Le queda al lector la tarea de integrar los contenidos, una tarea ardua si no tiene dotes especiales de síntesis y dominio de las varias disciplinas o ciencias tratadas.

³² Éste es el procedimiento a menudo desarrollado por metodologías antropológicas tipo Nueva Era, esotéricas, neognósticas, etcétera.

³³ Se entiende por antropología aplicada una ciencia antropológica que no se limita a la comprensión de los fenómenos humanos, sino que usa tales conocimientos con objetivos de acción sobre el hombre.

significa buscar después los vínculos, a veces más claros, a veces menos, entre el *síntoma* (o el efecto bioquímico/energético, estructural/funcional de un fenómeno), el *terreno* que ha producido este fenómeno mensurable (la constitución del individuo), la *modalidad reactiva* (la reactividad del sistema nervioso autónomo, hormonal, vitamínico, enzimático) de aquel individuo, y, por lo tanto, el efecto del *mundo externo* (el entorno, los acontecimientos, etcétera). Lograr proveer tales enlaces, significa entrar en la interdisciplinariedad como la entiende Pende. Reducir en cambio el problema hormonal a un asunto únicamente endocrinológico o el problema emotivo a un tema sólo psicológico, significa no tener la visión interdisciplinaria.

Para dar a tal concepto un rostro concreto, se puede tomar por ejemplo el modo con que Pende relacionaba biología, neurología, endocrinología, psicología, moral y espiritualidad al tratar la sexualidad o la genética. Su búsqueda no se detiene en el "qué" o el "cómo", sino también es una profunda reflexión sobre los "por qué" para llegar a encontrar la unión profunda entre los fenómenos observados.

CONCEPTO DE PERSONA³⁴

El hombre, como ser concreto, es un individuo en relación interpersonal con su individualidad y personalidad psicosomática, su biotipo.

El médico, el psicólogo, el educador, el sacerdote son los que sienten la mayor necesidad de tener una concepción científica y al mismo tiempo religiosa de la persona para ayudarla racional y humanamente, y colaborar a reconstruir en ella las partes dañadas. Estas figuras son las defensoras de la salud física y moral del hombre (sobre todo en períodos de la historia en que es más amenazado), son las que, más que todo, ven las heridas del cuerpo y del espíritu de quien sufre.

Positivismo científico, sociologismo materialista, idealismo absoluto han tratado de destruir a la persona; hace falta, en cambio, volver al respeto de sus derechos, a aquellos que ha recibido de Dios y *reconstruirla* en la familia, en el Estado, en la sociedad. Una reconstrucción más importante que la de los edificios. Se trata de un progreso más relevante que el científico y tecnológico. Es la *reconstrucción* del capital humano, de sus valores biológicos y espirituales, lo más valioso para cualquier país hoy. Así escribe Pende al final de su estudio para mostrar el sentido de su trabajo de investigación.

³⁴ *Ibidem*, pp. 5-17

Por 30 años he estudiado la "ciencia" de la persona, de las constituciones, caracteres y temperamentos, que yo llamo "biotipología humana" basándome en el principio de la unidad vital de todos los aspectos de la persona, haciendo síntesis de todas las manifestaciones vitales, físicas y psíquicas, para llegar a la persona total o al biotipo individual³⁵.

Santo Tomás de Aquino habla en términos constitucionales y filosóficos de la persona. Para él el hombre no es ni cuerpo, ni alma, sino una tercera sustancia formada de cuerpo y alma, dos dimensiones inseparables y distintas por constitución, una sigue las leyes biológicas y la otra las leyes mentales. El alma da la vida (vegetativa, animal y humana) al cuerpo que así puede alimentarse, desarrollarse y reproducirse y puede captar y dar las informaciones (de los sentidos) al alma que crece y conduce el cuerpo hacia elecciones con voluntad y libertad. El alma no es una parte de la persona, sino que es una dimensión presente en cualquier parte de ella, dice Santo Tomás.

Suponiendo que cuerpo y alma forman una sola unidad en el hombre, se comprende cuán absurda es la medicina que divide estas dos dimensiones y las cura separadamente. Se ve la absurdidad de estudiar aisladamente fenómenos del cuerpo o del alma que no se pueden disociar. Todo es fisiológico y psicológico al mismo tiempo (hoy se dice psicossomático).

El alma querría conducir al cuerpo a crecer hacia la vida libre y voluntaria -escribe Pende-, pero *el cuerpo a menudo presenta tendencia a la morbosidad* y no es siempre un dócil colaborador, que trabaja armónicamente con el alma. He aquí por qué la vida se convierte en una lucha entre "la media bestia (el cuerpo) y el medio ángel (el alma)". El cuerpo quiere vivir de placeres, de sentidos, de gratificaciones, de poderes musculares, económicos, sociales,... que intoxican el alma. El cuerpo es como un caballo que se encabrita y su reina (el alma racional) lucha para perfeccionarlo, corregirlo, domarlo.

El cuerpo a menudo presenta tendencia a la morbosidad por herencia. La herencia transmite disposiciones al desarrollo de los caracteres que se manifiestan en algunas condiciones (no siempre y automáticamente). Junto a la herencia humana también hay una herencia espiritual (el espíritu es inextenso e indivisible y no se da de los padres al hijo, sino de Dios a la persona). El alma es infundida por Dios en el momento de la concepción y da a esta persona su vida vegetativa, su vida humana y su vida de hijo de Dios. Esto es importante para evitar los determinismos de la genética o el biologismo que llevan a visiones fatalistas (sobre las enfermedades genéticas) a pesimismo, a violaciones de las leyes morales (aborto, fecundaciones artificiales, etcétera).

³⁵ PENDE N., *La scienza moderna.. op. cit.*, p. 8.

Aceptando la procedencia del alma de Dios, se comprende la importancia de la libertad que es parte fundamental del hombre y le da dignidad de persona, se comprende la presencia de la providencia divina que no dejará nunca solo al ser humano. Sin esta alma, nosotros seríamos fatalmente la copia (para bien y mal), de nuestros antepasados, en cambio con el alma divina el Espíritu de Dios habita en aquella alma (y por lo tanto en toda la persona), le da la capacidad de querer, de ser libre, de luchar, de ser hijo de Dios, hermano de Cristo, de participar en la naturaleza divina. Gracias a esta alma, el hombre puede desarrollarse, luchar con el sostén de la Gracia de Dios contra la tiranía de las leyes hereditarias (físicas y psíquicas). El yo personal (cuerpo y alma) es por lo tanto, un microcosmos capaz de comprender en sí al infinito y al eterno artífice de todo, capaz de entrar en el fondo de su corazón donde encuentra *el deseo de Dios*.

La persona humana completa y armónica es natural y sobrenatural. En esta totalidad tiene plena ciudadanía el espíritu. Así Pende describe el espíritu humano.

“El espíritu humano participa del Espíritu divino; el primero es infundido en nuestra alma racional.

Es el sentido de sí, del otro, de lo divino armonizados entre ellos.

Es el hambre de comida intelectual y de bien, la aspiración a comprender con el amor los cómo y los por qué, de lo que existe.

Es la capacidad de crear obras eternas de ciencia, de arte, de bien.

Es la capacidad de sentirse un yo que piensa, siente, quiere, actúa sin obedecer a otros, a leyes biológicas o cósmicas, sino a él mismo.

Es la necesidad de querer desinteresadamente al otro, de igual o diferente sexo.

Es la necesidad de sentirse una persona natural-sobrenatural deificada por la gracia de Cristo, que se eleva con tal don hacia la perfección y justicia para así hacerse merecedor cada vez más del título de Hijo de Dios”.³⁶

Sin este elemento de armonización de cuerpo y alma que es el espíritu (que entra en nosotros con el Bautismo y crece con la fe en Cristo), no se entiende el hombre como totalidad y se cae en los dualismos, en los extremismos naturalistas o espiritualistas; no se entra en aquel maravilloso *humanismo* natural y sobrenatural (la integralidad del hombre) que se ha cumplido en Cristo a través de la encarnación; no hay *dinamismo* hacia lo que hay de más grande, no se penetra en las profundidades del misterio de Dios y “no se hace de nuestra vida, y a través de la oscuridad de nuestro día, una marcha

³⁶ *Ibidem*, p. 484.

hacia el divino, hacia lo incomprensible, hacia lo infinito". Sólo desarrollando su espíritu la persona se convierte en imagen y semejanza del Verbo encarnado, del hombre-Dios³⁷. Es justamente esta totalidad, este dinamismo y esta humanidad redimida, la tríada que caracteriza el pensamiento pendiano y al que se llega por varios caminos: la teología y la filosofía, por un lado, y por el otro, a través de la genética, la endocrinología, la histología, etcétera. Por esto, razón y fe, ciencia y filosofía, logran llegar a ver al ser humano como un compendio sustancial, individual y racional que trae su divinidad de origen.

INTEGRALIDAD EN LA VISIÓN DE LA PERSONA

EL CONCEPTO DE INTEGRALIDAD

La persona para Pende es una síntesis dinámica "de humana y divina factura; natural y sobrenatural; individuo irrepitible, inconfundible, partícipe del universo cósmico y del universo espiritual...", es una cualidad integral, que se distingue de todas las diversas perspectivas propias del positivismo dominante en la medicina clínica de su tiempo: la que se basaba sobre la bioquímica en vez de la integralidad, aquella especializada y analítica en vez de sintética, aquella del estudio patológico y clínico del órgano o aparato en vez del organismo en su evolución biográfica. Por esto, Pende invita a la Facultad de Medicina a estudiar y enseñar de forma conjunta y en correlación: *anatomía, fisiología y psicología* para llegar a ver en el hombre al mismo tiempo sus dimensiones estructurales y funcionales: la vida biológica reproductiva, la vida fisiológica vegetativa, la vida de relación psicológica y moral, la vida espiritual, no menos importante para su salud que las otras tres.³⁸ Cada dimensión (biológica, fisiológica, relacional, psicológica, moral y espiritual), para el autor, es influenciada por las otras y viceversa. Negar tal integridad significa querer curar y relacionarse con "algo" que no es el hombre.

La físico-química de la vida llega al umbral de la fisiología, la fisiología al umbral de la psicología y ésta al umbral de la filosofía; pero es el intelecto, iluminado por la fe en las verdades reveladas y apasionado por el amor a Dios y al prójimo, el que lleva a completar aquel conocimiento físico-químico inicial y a transformarlo en conocimiento profundo de la persona³⁹.

La integralidad es fundamental para todo el discurso pendiano. Por doquier en su texto él repite que cuerpo y alma son una unidad sustancial

³⁷ *Ibidem*, p. 25.

³⁸ *Ibidem*, p. 138.

³⁹ *Ibidem*, p. 29.

(recordando "el compuesto humano" de Santo Tomás), una *dualidad recíproca* y complementaria, en sentido metafísico y existencial, pero también vital y biológico. En otras palabras *la biología humana* en su sentido etimológico y antropológico comprende la *psyché* y, si en ella está el espíritu, he aquí que el alma (en compañía del cuerpo) adquiere la capacidad de ser voluntad libre, alma racional, se forma una persona no más dual, sino trina (cuerpo, mente, espíritu) cada vez más a imagen y semejanza de Dios⁴⁰.

Cuando la experiencia clínica, dice Pende, que ha sido también un gran médico en la enseñanza y en la práctica, se une con la fe cristiana, el profesional de la salud se introduce en un clima de gracia divina, salvadora, sanadora, que es la única condición del equilibrio de la persona, de la paz del alma. Por otra parte, si al más genial de los hombres, escribe el autor, le falta el sentido sobrenatural de sí, no podrá gozar nunca placeres legítimos de los sentidos y del intelecto; el autor continúa: "*sólo es feliz quien tiene el equilibrio y desarrollo moral que se origina del profundo sentimiento cristiano de la vida, del espíritu y de la gracia divina integrada en nuestra alma, de la fe en Cristo*".⁴¹ En frases como éstas no se está escuchando ni a un médico, ni a un filósofo, ni a un sacerdote, sino a un antropólogo abierto a la integralidad de la persona.

La ciencia biomédica y la filosofía necesitan la fe y la teología, escribe Pende para entender al hombre como totalidad. Por ejemplo, las leyes genéticas vistas en sí mismas determinista y absolutistamente no concuerdan ni con los descubrimientos científicos (piénsese también en la variabilidad fenotípica en los gemelos monocigóticos crecidos en el mismo ambiente), ni con la conciencia filosófica y moral de ser persona libre en el pensamiento y en la voluntad. Pende enseña a hablar del paciente no como de genes, ni de átomos y moléculas materiales, sino como una de las expresiones de la complejidad de la vida.

La vida mantiene, a pesar de su específico genoma, un dinamismo propio; en tal sentido Pende escribe en su definición de persona que ella es "... *dota-da de libertad de querer y de un espíritu de divina donación porque... a través de la caridad y la fe, lucha contra sus imperfecciones naturales, puede elevarse y hacerse partícipe de la naturaleza de Dios, porque está sustentada por Su Gracia*". He aquí por qué la genética debe ser integrada con la presencia de una dimensión humana, del alma de origen divino, de naturaleza espiritual, independiente de los padres y antepasados, que forma un compuesto único con el cuerpo: la persona.⁴²

⁴⁰ *Ibidem*, pp. 261-2.

⁴¹ *Ibidem*, p. 290.

⁴² *Ibidem*, p. 432.

Otro ejemplo de totalidad tratado concierne a la vida sexual. Pende analiza algunas depravaciones sexuales partiendo, ~~no~~ de forma deductiva de principios éticos generales, ni partiendo de una sexología organicista, ni psicologista, sino de la *verdad de aquella persona sintética y dinámica vista en su desarrollo, en sus dificultades y potencialidades*. Trata de enseñar cómo los distintos biotipos constitucionales viven de manera propia la sexualidad y eso lo utiliza para llegar a comprender y hacer comprender personalmente cómo poder vivir la continencia sexual⁴³, cómo entender y hacer entender la depravación sexual⁴⁴.

La pirámide de Pende: el hombre integral. Es una de las herencias más conocidas de este autor. El individuo posee para Pende cinco aspectos que deben ser vistos integralmente y que son como las cinco superficies de una pirámide cuadrilátera: la base es representada por el conjunto genético del individuo (la *herencia*), las cuatro caras significan, 1 - la *morfología*, 2 - la *función orgánica*, 3 - el *carácter* (emociones, sentimientos, moralidad) y 4 - el *intelecto* (el mundo de los pensamientos: abstractos, prácticos, afectivos). La punta de la pirámide simboliza la presencia *espiritual* que interesa e implica, como cumbre, el todo del hombre-persona; está allí la persona verdadera que se mejora tanto más, cuanto más la naturaleza es completada por el factor sobrenatural y sanador de la Gracia⁴⁵.

EJEMPLOS DE VISIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA

A - *DEL TEJIDO MESENQUIMAL A LA PERSONA*. El mesénquima es el tejido conectivo puesto entre las células que realiza funciones nutritivas (tróficas), y elásticas (mecánicas), es protector y reparador del órgano. Si tal tejido está sano, vital y en equilibrio, todos los demás equilibrios: metabólico, coloidal, ácido-base, electromagnético, hormonal y vitamínico, neuropsíquico están a su vez en equilibrio y toda la persona se beneficia. El mesénquima, por lo tanto, no es la psique, pero es la base que permite que las funciones más altas puedan operar y desarrollarse. Un ejemplo, la sífilis cerebral (originada por la bacteria treponema S.), atacando el mesénquima cerebral (células gliales), lleva a la demencia (implica todas las funciones mentales) y a la tabes dorsal (parálisis motora).

El niño presenta *hiper-mesenquimosis*, es decir un mesénquima excesivo e hipervital, esto explica su capacidad de asimilar mucho, de ser muy regenerativo, constructivo, anabólico y anaplásico, de cicatrices exuberantes

⁴³ *Ibidem*, p. 189.

⁴⁴ *Ibidem*, p. 170.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 399.

(queloides). Esto está relacionado a un linfatismo exagerado, a la hipertrofia tímica, a la hipervagotonía (el sistema nervioso autónomo que preside las funciones de construcción y de asimilación), con irritabilidad y alergias, aumento de linfocitos y monocitos.

Los ancianos, que presentan en cambio *hipo-mesenquimosis*, es decir un mesénquima escaso y de baja vitalidad, no asimilan, son delgados, no reengendran, no reconstruyen lo que se destruye, las heridas se curan lentamente, ídem por las fracturas, pierden elasticidad (fibrosis de los tejidos), presentan acidosis, deshidratación, sin tener sed, poca reactividad defensiva. De todo esto se entiende el hipertono simpático (el sistema nervioso autónomo que preside a las funciones de respuesta a las emergencias), con aumento de Tiroxina (la hormona tiroidea), de Adrenalina (la hormona de la médula suprarrenal), aumento del tono muscular (contracturas musculares, dolores, calambres).

El *hipermesenquimal* tendrá hipertono vagal (aumento de las funciones parasimpáticas), alcalosis, aumento de Potasio, Magnesio, disminución de Calcio, aumento de las hormonas anabolizantes: timina e insulina. Todo esto causa aumento de la excitabilidad con espasmos, alergias, síntomas psicósomáticos evidentes.

El *hipomesenquimal* tendrá hipertono ortosimpático, acidosis, aumento de CO_2 , aumento de Calcio y Fósforo, aumento de las hormonas del catabolismo: Tiroxina, Adrenalina, Testosterona y Progesterona, con eretismo psíquico, pero poca reactividad del organismo.

Un adulto puede ser *hipermesenquimal* con aspecto infantil (braquitipo, tronco grande, aspecto ancho e hidrópico, hipervegetativo, llamado "tetanoide", tipo T); presenta capilares inmaduros, predominio de movimientos involuntarios, rítmicos, espasmos y convulsiones, pesadez de los movimientos voluntarios. Psicológicamente el adulto hipermesenquimal será infantil, con inmadurez afectiva, despersonalización, se aísla. El paleo-encéfalo predomina sobre el neo-encéfalo en las actividades funcionales, y se ve por automatismos motores, psicológicos e impulsivos, instintividad, la actitud extrapiramidal (rígido, o hipotónico, desgarrado); es individuo dependiente de mecanismos psico-físicos. Este tipo es el hiperestésico fisiológico; tiene alucinaciones sensitivas, ideas obsesivas, calambres o anquilosis psíquicas, que reproducen en la mente imágenes vistas o música oídas en la fantasía, como si estuvieran presentes (todo eso desaparece con una cura cálcica). Son tipos bradipsíquicos, intuitivos y analíticos.

El *hipomesenquimal* con aspecto envejecido (flaco, tronco fino, miembros más largos), hipovegetativo, dicho "basedovoide", (tipo B); presenta capilares bien desarrollados, predominio de movimientos voluntarios sobre los

involuntarios. Psicológicamente el hipomesenquimal será más desarrollado, con emotividad exagerada, inteligencia veloz, rica la vida de relación. Pensamiento, sentimientos y voluntad son más independientes de la vida vegetativo-animal. Este tipo es el hiperestésico psíquico, que se sana con factores emotivos que lo calman. Es hiperemotivo y turbado por un dolor o una pasión, pero justamente gracias a tales sufrimientos es capaz de las más grandes creaciones artísticas y científicas y los más grandes heroísmos y santidades. Es un tipo taquipsíquico, veloz para hablar, pensar y actuar, y sintético, la hormona tiroidea y sexual aceleran y lubrican el motor psíquico, por esto solucionan en corto tiempo problemas que el tipo T tarda meses en cumplir⁴⁶.

Todo esto no significa que la personalidad B o T explique el todo de la persona, el yo profundo consiste en un patrimonio de potencialidades humanas y divinas, de capacidades intelectivas, morales, afectivas, espirituales que van más allá de aquella parte aquí descrita. No son los tejidos o las hormonas los que crean la ideación, el intelecto, pero representan una condición que se necesita conocer para la realización de una modalidad de la noosfera del individuo. Éste representa un ejemplo de cómo Pende, partiendo de la función de un tejido, llega a entender muchos otros aspectos de aquella persona en un discurso lo más integral posible.

PERSONALIZACIÓN (LA UNICIDAD)

Lo que ha llegado de Pende hasta los estudiantes de medicina de hoy es, en *semiótica*: la clasificación morfológica (longitipos, braquiotipos, normotipos), y, en *homeopatía*⁴⁷; la pirámide de Pende con los cinco aspectos de la persona. Se trata de dos simplificaciones del profundo mensaje de este autor que, en sus intenciones y aplicaciones, fue bastante más allá de una pobre clasificación morfológica o de las cinco dimensiones. Más bien, en sus textos, Pende continuamente critica a aquellos constitucionalistas que en el curso de la historia se han quedado en el aspecto morfológico para definir, prever, diagnosticar y curar. Pende no hace constitucionalismo para clasificar a las personas en categorías biológicas o psicológicas (como han hecho y siguen haciendo muchas "tipologías") transformando la clasificación en un objetivo,

⁴⁶ *Ibidem*, pp. 144-150; 160-2; 220-225; 258-60; 298.

⁴⁷ El mismo Pende afirmó en el 1º Congreso Nacional de Medicina Homeopática en 1957: "la medicina homeopática tiene relaciones indiscutibles con nuestra medicina de la totalidad, como nosotros definimos la medicina clínica moderna realmente hipocrática, medicina del enfermo más que de la enfermedad (...), y añadió, *que la biotipología tiene que penetrar adentro y científicamente, no ya sólo empíricamente, en el campo de la homeopatía, tiene que ser biotipología unitaria de la totalidad psico-somática del sujeto.*"

esquematisando a la persona que es inagotable dentro de cuadros preestablecidos y restrictivos, viendo en forma determinista a un hombre que en realidad es dinámico y libre. Pende es único en eso: no quiere "fijar" al ser humano como se hace en una foto o en una preparación biológica antes de ponerla sobre la platina y observarla al microscopio. Ésta es una pobre biotipología naturalista y reduccionista que él, como científico cristiano, siempre ha aborrecido y criticado porque es inhumana y falsa⁴⁸. La biotipología de Pende es dinámica y personal.

Dinámica porque ve al ser como persona en cambio continuo (sobre esta evolución se puede intervenir para orientarla hacia el bien saludable y salvador). He aquí por qué Pende escribe en su definición: "*la persona lucha contra sus imperfecciones naturales, puede elevarse y hacerse partícipe de la naturaleza de Dios, porque está sustentada por Su Gracia*".

Personal, porque cada individuo, aunque pertenezca a un grupo con características parecidas, sin embargo, presenta características irrepetibles y, sobre todo, presenta una individualidad espiritual que nadie puede clasificar y que sólo Dios conoce. Con su personalidad específica la persona actúa su relación sobrenatural e íntima con Dios.

Por tanto, ninguna individualidad humana puede ser clasificable, una comprensión biotipológica respetuosa de la unicidad, dinamismo y misterio de la persona como aquella de Pende, es útil y legítima por varios motivos. Libre de determinismo, sirve para conformar la *pedagogía* con el ser humano, favorecer su voluntad libre, la acción de la gracia en él y un desarrollo sano físico e intelectual. Todo esto Pende lo llama: "ortogénesis individualizada". Con ella puede permitirse mediar para prevenir de modo individualizado las debilidades del hombre (un concepto preventivo completamente diferente de la educación masiva y al mismo tiempo no excluyente de esta última); puede enseñar los estilos de vida sanos para cada categoría de persona, puede aplicarse al entorno escolar, familiar y laboral, además del social.

La *pedagogía*, si está guiada por estos principios (es decir teniendo en cuenta la constitución física, el temperamento, el carácter, las tendencias fisiológicas y mórbidas) y por una *pedagogía cristiana* (es decir basada en los

⁴⁸ La biotipología de Pende no es determinista; lo demuestra el hecho que para él los condicionamientos de Pavlov son deterministas y antiespirituales y no adaptables al hombre. "Existe, creado por un Creador, un yo-sometido autoconsciente, único, inmutable que es actor, espectador y juez de sí puesto como objeto...como yo dinámico, como yo fisiológico-psicológico concreto..." Cf. PENDE N., La ciencia moderna, op. cit., p. 275. Y todavía Giovanni Caló, médico, escribe al respecto del determinismo que la biotipología de Pende no ve tipos fijos e inmutables como en la biotipología naturalista sino tipos susceptibles de educación, es una biotipología educativa inspirada en el principio de armonía y una contribución a la pedagogía social. *Ibidem*, p. 383.

valores de la caridad, libertad, humildad,...), se convierte en una ocasión de desarrollo de la persona. Es este otro ejemplo de cómo verdades científicas naturales y teológicas, razón y fe, van juntos.

Contentarse, como hacen muchos *clínicos* -dijo Pende en su tiempo- con un diagnóstico de enfermedad, prescribiendo a todos el mismo remedio y no ir más allá hacia el diagnóstico del "tipo de enfermo", diagnóstico de "enfermedades del alma", significa para el médico no cumplir plenamente con la profesión y no curar realmente, sino tapar un problema. El compuesto alma-cuerpo-espíritu no es sólo de interés filosófico o teológico, sino también médico; sin tener en cuenta este principio la medicina no podrá entender por ejemplo la diferente reacción de los pacientes a un mismo fármaco, no podrá hacer una prevención individualizada, no podrá prever las patologías de una determinada constitución física, no entenderá la resistencia y la evolución diferente de las patologías en los distintos biotipos; no entenderá y no podrá prever tampoco las posibles complicaciones alérgicas o vagotónicas o hepáticas de algunos sujetos. Toda la clínica, para Pende es una continua aplicación de la biotipología personalizada, una biotipología integral, también psicológica y espiritual⁴⁹.

Comprensión personal de la predisposición a la enfermedad. Conocer precozmente las predisposiciones de cada constitución a la enfermedad significa poder, en algunos casos, intervenir sobre los puntos flacos de cada individuo para prevenir o curar ya desde el principio y de modo personalizado. En la biotipología esto debe ser visto a nivel de tratamientos de síntomas y de molestias, tratamiento del terreno y de la reactividad específica de la persona (sistema endocrino y nervioso autónomo), a nivel de carácter, pensamiento (significado) y espiritualidad.

También el tema del *trabajo humano* puede recibir del estudio biotipológico integral una nueva visión más personalizada, proveyendo a los distintos sujetos indicaciones, ya desde los años juveniles, sobre el tipo de estudio y trabajo al cual están mejor predispuestos. Esto ayuda a la persona a evitar emprender los trabajos más dañinos física y mentalmente para ella⁵⁰.

VISIÓN DINÁMICA DE LA PERSONA, LA EVOLUCIÓN PATOGENÉTICA EN MEDICINA

Cada antropología presenta finalidades específicas y por lo tanto un dinamismo propio que tiende a realizar. *La finalidad de la antropología de Pende,*

⁴⁹ Cf. PENDE, *La scienza moderna*, op. cit., p. 448-9.

⁵⁰ *Ibidem*, p. 462.

que es al mismo tiempo bio-fisiológica y religiosa, afirma que, con la Gracia, la voluntad libre triunfa sobre la voluntad de la carne, sobre el egoísmo y la irracionalidad de los sentidos, sobre la voluntad utilitarista y sobre el deseo de poder⁵¹. La libertad humana no es absoluta (como en Dios), ni inexistente (como en los animales), sino que está condicionada en muchas elecciones por factores externos (ambientales, sociales,...) e interiores (hereditarios, constitucionales, mentales, espirituales). A causa de estos condicionamientos se forman disonancias, limitaciones, esclavitud, patologías. El dinamismo pendiano consiste en el empleo de la libertad (específica para cada uno) para una evolución que lleve a la persona a liberarse de las cadenas biológicas, mentales, morales, espirituales. *Pende llama a tal posibilidad de evolución: "ortogénesis", que consiste en dirigir el sujeto a hacer (biológicamente, fisiológicamente, mentalmente, moralmente, espiritualmente) lo que está más conforme a su constitución.*

Un dinamismo así entendido, podría parecer muy poco original con respecto a cualquier antropología o pedagogía personalista; el genio pendiano, gracias a las competencias interdisciplinarias, inserta un elemento nuevo: la "pirámide". No basta desarrollar en sentido ortogenético una cara de la pirámide a la vez (la morfológica, la fisiológica, el carácter, el intelecto, el espíritu); no se puede actuar sobre una sola cara (ahora con la medicina, con el deporte y el régimen, ahora con la psicología, ahora con la filosofía y la moral, ahora con la teología,...); se conseguirá a lo sumo un dinamismo sintomático, temporal, parcial. La originalidad de nuestro autor es la acción al mismo tiempo sobre las cuatro caras, la acción sobre la persona en su totalidad y, sobre todo, la acción sobre la espiritualidad (la punta de la pirámide), porque el espíritu es primordial en cambiar también aquello que parece aparentemente inmodificable. El espíritu, unido a las cuatro caras, representa el nivel donde ocurre la integración de las varias dimensiones humanas. Es allí que cada dinamismo liberador para la persona puede tener su punto de fuerza. La Providencia puede vencer las disposiciones hereditarias, un santo puede compensar con su espiritualidad tantos otros déficit, observa Pende a este respeto⁵².

Esta atención a lo *espiritual* en el hombre, no excluye una acción al mismo tiempo sobre el ámbito *funcional* (la cara fisiológica de la pirámide). Por ejemplo en caso de predisposición a los *tumores* de algunas constituciones (los biotipos anabólicos, alcalósicos, hipervagotónicos), es importante compensar tales desequilibrios para un objetivo preventivo⁵³. En el caso, en cambio, de

⁵¹ *Ibidem*, p. 362.

⁵² *Ibidem*, p. 400.

⁵³ *Ibidem*, pp. 424-26.

constituciones predispuestas a la *artritis* (con precipitación de metabolitos, alergias, autotoxicosis proteicas, aumento de producción de mucosidad y espasmos musculares) hace falta adoptar un régimen vegetariano, aumentar el calcio, el magnesio y disminuir el potasio y el fósforo para disminuir la excitabilidad celular que causa dichos fenómenos⁵⁴.

En la ortogénesis pendiana, no puede faltar por fin la acción *moral* sobre el carácter (otra cara de la pirámide). Se trata de poner en sinergia la libre voluntad del sujeto para transformar el cuerpo en un cooperador dócil, instrumento para operaciones cognitivas, morales, espirituales, o sea, convertirse en una persona integrada, siempre con el apoyo irrenunciable de la Gracia de Cristo, el verdadero Sujeto de la propia grandeza.

En síntesis, el dinamismo antropológico de Pende es aquél que parte de una persona constitucionalmente inarmónica, el hombre natural, y la ayuda a caminar hacia «el hombre nuevo», trino (cuerpo, mente y espíritu), redimido, obediente a las leyes de la armonía biológica y a aquella divina por la Gracia⁵⁵.

CONCLUSIÓN

La verdad a la cual llega el autor en los años '50, al final de su vida de investigación sobre la persona humana, es que ésta es constitucional y funcional, psicológica y espiritualmente inarmónica, también cuando la constitución parece la más sana y equilibrada. En el trabajo de reequilibrio (que el médico, el sacerdote, el psicólogo y todas las otras figuras que intentan ayudar al hombre sano/enfermo deben tener en cuenta) el factor principal de saneamiento de estas disonancias naturales (de cuerpo, alma y espíritu) es *la Gracia de Dios*. Los genios morales y espirituales de la historia humana, como son los santos, han entendido esta verdad y se han elevado hacia cumbres de una salud que va más allá de aquella puramente material. Sólo el espíritu sobrenatural cristiano que es humildad y amor a Dios y al prójimo podrá darle a la persona el verdadero tamaño, la verdadera paz, la verdadera salud y libertad⁵⁶.

La persona no puede ser comprendida en su esencia solamente con la ciencia, la razón, la filosofía, si no se toma también en consideración la fe en Cristo. Y es así que Pende, en un ambiente positivista, defendió su fe y su medicina, integrando científicamente fe y razón.

⁵⁴ *Ibidem*, pp. 419-21.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 486.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 487.

El texto, visto a medio siglo de distancia y con los ojos de la tecnociencia actual y las ultra-especializaciones de las disciplinas sanitarias, aparece como el esfuerzo de simplificar la extrema complejidad de la persona humana. Podría parecer como un intento de fijarla en esquemas. Otro límite podría ser el del optimismo aplicativo, o sea, poner excesivas esperanzas de salud en una ortogénesis fisiológica, moral, intelectual y religiosa. Los actuales intentos en pedagogía sanitaria y terapéutica enseñan toda la complejidad que tales acciones preventivas implican. Por fin, el aspecto social del movimiento ortogenético biotipológico, aunque fue tratado (aplicación en el ámbito del trabajo, de la familia, del estado⁵⁷), requeriría estudios de profundización.

Sin embargo, se admira de este autor y su antropología médica, tanto su amor al hombre como a la ciencia de tipo interdisciplinaria, y nos plantea el desafío de retomar este trabajo, desarrollándolo, para ayudar al hombre de hoy. Incluso, no habiendo alcanzado resultados espectaculares, no se pueden ignorar intentos médico-antropológicos como este de Pende que intentan hacer más integral y personal, relacional y dinámica (RUID) la medicina y la salud. Si la medicina de hoy desea recobrar la confianza de los pacientes, la satisfacción de los agentes sanitarios y la credibilidad de cuantos están abandonándola, tendrá necesariamente que reconocer todo el valor de las humanidades médicas, entre las cuales Pende, como pocos, ha sabido hacer síntesis antropológica.

CONCLUSIÓN

El Sabio y el emperador enfermo:

Un emperador, al caer enfermo, fue a buscar al hombre más sabio de su reino para recuperar la salud. "Veamos si sabes darme de nuevo lo que he perdido!" le dijo al sabio cuando lo vio; y el sabio le contestó: "Si quieres, puedo ayudarte a entender quien eres y a desarrollar lo que eres."

La sabiduría humana puede ayudarnos:

- A pasar de una lógica *material* ("quiero" curar físicamente a toda costa), a una *antropológica* (conócete y usa lo que has descubierto, busca los "significados" que te hacen crecer en tu vida).

⁵⁷ Ibidem, pp. 458-483.

- De un vivir en el *pasado* (“¿por qué me he enfermado? tengo que eliminar la enfermedad para volver a estar como antes”), a un saber vivir el *presente* construyendo el *futuro* (¿qué me enseña esta enfermedad? ¿Dónde está dirigiéndome?)
- De una lógica que nos hace *pasivos* (¿cómo hacerme curar?) a una *responsabilizante* (¿qué puedo hacer y ser para convertirme en protagonista de esta lucha-aceptación?)

Pero el paso definitivo (en la medida que este término se puede usar por aquello del “no todavía”), en el discurso de sanación integral puede venir de la Gracia que completa y perfecciona la naturaleza.

“y todos nosotros con rostro descubierto, reflejando como en un espejo la gloria de Dios, somos transformados en aquella propia imagen, de gloria en gloria según la acción del Espíritu de Dios”

cf. 2Cor 3,18

Si Dios *se manifiesta en Cristo*, hace resplandecer su rostro y el hombre se convierte en sí mismo, existe y vive en plenitud. El hombre es en esencia “deseo” de ver a Dios; es este deseo el que lo hace realmente hombre, lo humaniza y lo abre a su objetivo.

Si Dios *esconde su rostro*, o sea, si no hay Cristo delante del hombre como en un espejo, el hombre se disuelve en la nada, existe sin vivir, vive la negación de su rostro (de su identidad). Lejos de Cristo se refleja la nada de sí, el hombre se queda desnudo de la propia identidad, de la propia realidad.

El hombre es *sanado realmente*, y tiene verdadera salud solamente delante de Cristo, reflejándolo, *mirando* un Verbo que se ha hecho Carne y *escuchando* una Carne que se ha hecho Verbo, Palabra de Dios⁵⁸. Cielo y tierra, divino y humano, encuentran la paz en la sangre de la Cruz (cf. Col 1,20). Con, en y por Cristo Jesús, que en su pasión y resurrección hizo nuevas todas las cosas, la medicina puede encontrar su cumplimiento, el sufrimiento su sentido, la sanación su totalidad y su plenitud.

En este texto he querido trazar un recorrido de búsqueda médico-antropológica hacia el *descubrimiento de Dios Verdad-Sanadora*. En cuanto religioso camiliano y médico, viviendo en contacto con el sufrimiento humano y la muerte, con el así llamado “lado oscuro de la vida”, soy empujado cada día más a *buscar el rostro de lo Eterno entre tal sufrimiento*, para proponer este Misterio Personal de Salvación a los que encuentro. Frente a realidades dramáticas del ser humano, delante de las cuales las respuestas del hombre-tecnológico, del hombre socio-político, de la razón calculadora son bien

⁵⁸ Cf. FAUSTI S., Una comunità legge il Vangelo di Luca, EDB, Bologna 1999, p. 380.

pobres, he intentado abrir un horizonte más amplio, valiéndome de algunos expertos, en el horizonte de la *medicina antropológica*, de una *medicina pastoral y teológica* para ir más allá de la "sanación posible" de la ciencia. El discurso científico se introduce en uno más vasto que es la *teología pastoral sanitaria* que se propone hacer presente y actual, por la Iglesia, el Cristo médico-de-la-persona en el momento del sufrimiento y de la sanación. Por tanto, junto a una teología del sufrimiento, del cuerpo, de la salud, a una teología pastoral sanitaria que muestra los aspectos sanadores de la fe, he aquí *la medicina antropológica y teológica* que ayuda a transformar estas esperanzadoras intuiciones en regla sanadora. Se trata todavía del comienzo de un tema completamente abierto a la reflexión, a la comparación, al crecimiento, cuya aplicación todavía tiene que ser experimentada. Pero cada nuevo «territorio» por explorar tiene siempre algunos pioneros que abren un camino del cual otros se beneficiarán.

"Todo gran trabajo parece al principio imposible" (Thomas Carlyle)

Bibliografía

SOBRE ANTROPOLOGÍA CULTURAL Y FE¹

- AA.VV., *Faith and culture, the role of the Catholic University*, Gregorian University Press, Rome 1991.
- ANTHONY F-V., *Ecclesial praxis of inculturation*, Las, Roma 1997.
- ANTHONY F-V., *Faith and culture in Catholic schools*, Deepagan, Channai (India) 1999.
- BIAGI L., PEGORARE R. (Eds.), *Religioni e bioetica, un confronto sugli inizi della vita*, Gregoriana libreria, Padova 1997.
- BORI C., MARCHIGNOLI S. (Eds.), *Per un percorso etico tra culture, testi antichi e tradizione scritta*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1996.
- CARETTA F., PETRINI M., *Ai confini del dolore; salute e malattia nelle culture religiose*, Città Nuova, Roma 1999.
- CARRIER H., *Evangelization the culture of modernity*, Orbis Books, Maryknoll (New York) 1993.
- COMUNITA' DI SANT'EGIDIO, *Stranieri nostri fratelli*, Morcelliana, Brescia 1991^(4a Ed.)
- CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA (Servizio Nazionale per il progetto culturale e associazioni teologiche italiane), *Identità nazionale culturale e religiosa*, S. Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1999.

¹ Donde se pone la señal * significa que hay material del autor o el mismo texto en castellano.

- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione Dominus Iesus, circa l'unicità e l'universalità salvifica di Gesù Cristo e della Chiesa*, Libreria Vaticana, Città del Vaticano 2000.
- COSCIOTTI V., *Ruolo dell'infermiere nella risposta assistenziale interculturale*, (tesis de diploma universidad del S. Cuore de Roma, Sede "P. L. Tezza"), Roma 2000.
- CUSHNER K., BRISLIN R.W., *Intercultural Interactions. A practical guide*, Sage, Thousands Oaks (Ca)-London-New Delhi 1996^(2a Ed.).
- DHAVAMONY M., *Christian Theology of inculturation*, Pontificia Università Gregoriana, Roma 1997.
- DHAVAMONY M., *Inculturazione. Riflessioni sistematiche di antropologia sociale e di teologia cristiana*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 2000.
- ESTER P., HALMAN L., DE MOOR R. (Eds.), *The individualizing society. Value change in Europe and North America*, Tilburg University Press, New York (NY) 1987.
- FREDERICKS J.L., *Faith among faiths. Christian theology and non-Christian religions*, Paulist Press, New York - Mahwah (NS) 1999.
- GEERTZ C., *Interpretazione di culture*, Il Mulino, 1998²; tit. orig. *The interpretation of cultures*, Basic Books, New York 1973, trad. di E. Bona.
- GIUSTI S., *Storia e mitologia, con antologia di testi di Raffaele Pettazzoni*, Bulzoni, Roma 1988.
- HULMES E., *Education and cultural diversity*, Longman, London-New York 1989.
- KILNER J.F., ORR R.D., SHELLY J.A. (Eds.), *The changing face of health care, a Christian appraisal of managed care, resource allocation and patient-caregiver relationships*, Paternoster Press, Cambridge (UK) 1998.
- KRAFT C.H., *Anthropology for Christian witness*, Orbis Books, Maryknoll, New York (NY) 1996.
- LANTERNARI V., *Antropologia religiosa, etnologia, storia, folklore*, Dedalo, Bari 1997.
- LUZBETAK L.J., *Chiesa e Cultura. Nuove prospettive di antropologia della missione*, Ed. Missionaria Italiana, Bologna 1991. Tit. original: *The Church and Cultures. New perspectives in missiological anthropology*, Orbis Books, Maryknoll (New York) 1988.
- MAGLIONE M., *Le più belle preghiere del mondo*, De Vecchi, Milano 1969.
- MARANO L., *La diversità religiosa in ospedale: un aspetto da considerare?* (indagine effettuata in 4 ospedali romani), Ed. Fatebenefratelli, Roma 1997.
- ODASSO G., *Bibbia, prospettive bibliche e religioni per la teologia delle religioni*, Urbaniana University Press, Vatican City (Roma) 1998.
- OVERHOLT T.W., *Prophecy in cross-cultural perspective*, Scholars Press, Atlanta (Georgia) 1986.
- POGGI V., RYAN P.J., *Islam and culture*, Pontifical Gregorian Univ., S.E. Rome 1984.

- PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA CULTURA, *Per una pastorale della cultura*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1999.
- * POUPARD P. (Ed.), *Creare con fede una nuova cultura*, Città Nuova, Roma 1996.
- * POUPARD P. (Ed.), *Creatività culturale e fede cristiana. Sfide e scelte pastorali*, Città Nuova, Roma 1998.
- * POUPARD P., *Il Vangelo nel cuore delle culture, nuove frontiere dell'inculturazione*, Città Nuova, Roma 1988.
- POUPARD P. (Ed.), *Università, cultura, evangelizzazione*, Città Nuova, Roma 1997.
- ROMANUCCI-ROSS L., MOERMAN D.E., TANCREDI L.R. (Eds.), *The anthropology of medicine. From culture to method*, Bergin Garvey, New York-Westport (Connecticut)-London 1991^(2a Ed.).
- SHORTER A., *Evangelization and culture*, Geoffrey Chapman, London-New York 1994.
- TANNER K., *Theories of culture. A new agenda for theology*, Fortress Press, Minneapolis 1997.
- TENTORI T., *Antropologia culturale, percorsi della conoscenza della cultura*, Studium, Roma 1990^(7a Ed.).
- * UGEUX B., *guerir à tout prix?* Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, Paris 2000.
- VAN DER LEEUW G., *Fenomenologia della religione*, Universale Bollati Boringhieri, Torino 1975. (Título original: *Phänomenologie der Religion*, J.C.B. Mohr, Tubinga 1956; trad. di V. Vacca).
- WAINES D., *Introduzione all'Islam, le lettere*, Casa Ed. Le Lettere, Firenze 1998.
- WALIGGO J.M., ROEST CROLLIUS A., NKERAMIHIGO T., MUTISO-MBINDA J., *Inculturation: its meaning and urgency*, St. Paul Publ., Africa 1986.
- * YAMAMORI T., MYERS B.L., BEDIAKO K., REED L., *Serving with the poor in Africa*, MARC, Monrovia (CA) 1996.

Bibliografía

SOBRE ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y/O TEOLÓGICA²

- AA.VV., *A Primer for Christian healthcare practice*, Degnon Ass., McLean, VA (USA) 2001.
- AA.W., *Guaritori da guarire*, en "Janus", 2/2001.
- AGUILAR SCHREIBER M., *L'uomo immagine di Dio. Principi ed elementi di Sintesi teologica*, Dissertatio ad Lauream in Pontificia Facultate Theologica Teresianum, Romae 1987.
- ALSTER K.B., *The holistic health movement*, The University of Alabama Press, Tuscaloosa (Mississippi)-London (UK) 1989.
- ANCILLI E., (Ed.), *Temi di antropologia teologica*, Teresianum, Roma 1981.
- AUGE' M., HERZLICH C., *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano 1986.
- BARNARD D., *Attending to mystery in a world of problems: psychology, religion and the personhood of physicians*, en "The Journal of Medical Humanities", 1990, 11 (3), 129-134.
- BAUWENS E.E., *The anthropology of health*, C.V.Mosby, Saint Louis (USA) 1978.
- BELTRAN G.A., *Antropologia medica, centro de investigaciones y estudios superiores en antropologia social*, Hidalgo y Matamoros, Thalpen (Mexico) 1986.

² Donde se pone la señal * significa que hay material del autor o el mismo texto en castellano.

- BENSAÏD N., *Le illusioni della medicina*, (trad. di M. Baccianini e M. Merella; título original: *La lumière médicale. Les illusions de la prévention*, Du Seuil, 1981), Marsilio, Venezia 1988.
- BIZZOTTO M., *Il grido di Giobbe. L'uomo, la malattia, il dolore nella cultura contemporanea*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1995.
- BLACK D., *The limitation of evidence*, en "Journal of the Royal College of Physicians of London", genn.-febb. 1998, 32 (1), 23-25.
- * BUBER M., *Il cammino dell'uomo*, Qiqajon, Comunità di Bose 1990.
- BUCCI L.M., *Cristo medico. Implicazioni etiche di un motivo di antropologia teologica nel contesto del dibattito bioetico recente*, Camilliane, Torino 1998.
- CAIRO M.T., *Persona e salute. Itinerari educativi*, La Scuola, Brescia 1994.
- CARTABELLOTTA A., *EBM. Dalla ricerca alla pratica clinica*, en "Recenti progressi in Medicina", 1998, 89 (3), 141-150.
- CASALONE C., *Medicina, macchine e uomini, la malattia al crocevia delle interpretazioni*, Morcelliana-Gregorian University Press (Collana Aloisiana), Brescia-Roma 1999.
- CATANANTI C., *L'antropologia alla base della medicina: un dibattito antico ed attuale*, en "L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities", 1996, 6, 1135-1150.
- CHRISMAN N.J., MARETZKI T.W. (Eds.), *Clinically applied anthropology: anthropologists in health, science setting*, D. Reidel, Dordrecht (Holland)-Boston-London (UK) 1982.
- * CHRISTIAN P., *Medicina antropológica (traducción, nota preliminar y notas de Fernando Lolos Stepke)*, Ed. Universitaria, Santiago de Chile 1997, (título orig. *Anthropologische Medizin*, 1989).
- CINA' G., *Sofferenza e salvezza, fenomenologia e riflessione teologica*, [sussidi], Camillianum, Roma 1997^(3a Ed.).
- CINA' G., "Udire" e "Vedere" nell'esperienza del dolore, en "Anime e Corpi, rivista di Bioetica, Psicologia e Pastorale sanitaria", 1995, 177, 31-55.
- CLEMENT O., *Riflessioni sull'uomo*, (trad. di A. Crespi; título original: *Questions sur l'homme*, Stock 1972), Jaca Book, Milano 1991^(3a Ed.).
- COLZANI G., *L'uomo: paradosso e mistero*, Dehoniane, Bologna 1997.
- COSMACINI G., *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma-Bari 1995.
- COSMACINI G., *La medicina della storia. Questione medica e questione sanitaria: antropologia e tecnologia a confronto*, Episteme, Padova 1996.
- * CUBILLO OSORIO L., (Autor Editor), *¿Cómo soñaron nuestra Facultad de Medicina?*, S.E., Santiago de Chile 2005.
- * DEISSLER A., *L'uomo secondo la Bibbia*, (trad. di U. Brehme, M. Devena; título original: *Wer bist du, Mensch? Die Antwort der Bibel*, Herder, Freiburg 1985), Città Nuova, Roma 1989.

- * DE LUCA G., *Antropologia cristiana in prospettiva etica: 'realizzare l'immagine di Dio'*, en "Vivarium", 1994, 2 (5), 275-289.
- DEMITRI D., SHIMKIN B. (Eds.), *Clinical Anthropology: a new approach to American health problems?* Peggy Golde, University Press of America, Lanham (Md) 1983.
- DINI A., *Antropologia medica e storia della medicina*, en "L'arco di Giano", 1994, 6, 51-60.
- D'ORMESSON J., *A tentative to answer to unanswerable questions (who are we?)*, en "Diogenes", 1996, 173, 1-3.
- ELLEN ANNANDALE, *The sociology of health and medicine. A critical introduction*, Politi Press, Cambridge (U.K.) 1998.
- * ENGELHARDT D. von, *Il rapporto medico-paziente in mutamento: ieri, oggi, domani*, en "Medicina e Morale", 1999, 2, 265-299.
- * ENGELHARDT D. von, *La medicina di fronte alla sfida antropologica*, en "L'arco di Giano, rivista di Medical Humanities", 1993, 1, 21-40.
- EPIFANIO A., *Generazione disperata, generazione senza Dio, aspetti psicoterapeutici dell'Annuncio evangelico*, Centro d'Informazione e Stampa Universitaria, Roma 2002.
- * FARRELL W., *Guida alla Somma Teologica* (título original: *A companion to the Summa*, Sheed Ward, New York 1953; trad. de A. Vigolungo), XXXI volumi, Paoline, Alba (Cuneo) 1959.
- * FOSTER G.M., ANDERSON B.G., *Medical anthropology*, John Wiley and Sons, New York-Chichester (UK)-Brisbane-Toronto 1978.
- * GEVAERT J., *Il problema dell'uomo. Introduzione all'antropologia filosofica*, LDC Leumann, Torino 1987.
- * GILSON E. (DIODATO R. Ed.), *Costanti filosofiche dell'essere*, (trad. de Diodato R.; título original: *Constantes philosophiques de l'être*, Librairie philosophique J. Vrin, Paris), Massimo, Milano 1993.
- * GILSON E., *L'essere e l'essenza*, (trad. de L. Frattini e M. Roncoroni; título original: *L'être et l'essence*, Librairie philosophique J. Vrin, Paris), Massimo, Milano 1988.
- * GOIC GOIC A., *Grandes médicos humanistas*, Ed. Universitaria, Santiago de Chile 2004.
- GOZZELLINO G., *Vocazione e destino dell'uomo in Cristo. Saggio di antropologia teologica fondamentale, protologia*, LDC Leumann, Torino 1985.
- GRMEK M.D. (Ed.), *Storia del pensiero medico occidentale*, 3 voll., Laterza, Roma-Bari 1993.
- GROLLIG F.X. s.j., HALLEY H.B. (Eds.), *Medical anthropology*, Mouton, Paris 1976. (Distributed in the USA and Canada by Aldine, Chicago).
- HAHN R.A., *Sickness and healing, an anthropological perspective*, Yale University Press, New Haven (Ct)-London (UK) 1995.

- HASTINGS A.G., FADIMAN J., GORDON J.S. (Eds.), *The complete guide to holistic medicine. Health for the whole person*, Westview Press, Boulder (Colorado) 1980.
- * HELMAN C.G., *Culture, health and illness*, Butterworth-Heinmann, Oxford 1994^(3a Ed.).
 - * HELMAN C.G., *Medicine and culture: limits of biomedical explanation*, en "The Lancet", 1991, 337 (8749), 1080-1083.
 - * HILL C.E. (Ed.), *Training manual in medical anthropology*, Special publication of the American Anthropological Association and the Society of Applied Anthropology n. 18, Washington DC 1985.
 - * JANES C.R., STALL R., GIFFORD S.M. (Eds.), *Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health and disease*, D. Reidel, Dordrecht (Holland)-Boston-Lancaster-Tokyo 1986.
- KILNER J.F., ORR R.D., SHELLY J.A. (Eds.), *The changing face of health care. A Christian appraisal of managed care, resource allocation, and patient-caregiver relationships*, Paternoster Press, Michigan / Cambridge (UK) 1998.
- * KOTTOW M., BUSTO R., *Antropología médica*, Mediterráneo, Santiago de Chile, Buenos Aires, Montevideo 2005.
- KRAFT CH., *Anthropology for Christian witness*, Orbis Books, Maryknoll, New York 1996
- * IRVING L.J. (Ed.), *Personality dynamics, development and assessment*, Harcourt, Brace World, New York 1969.
 - * LADARIA L.F., *Antropología teológica*, (trad. de M. Manservigi, G. Occhipinti, M. Salvini; título original: *Antropología teológica*, Roma-Madrid 1983), PIEMME, Casale Monferrato (AL) - Università Gregoriana, Roma 1986.
 - * LAÍN ENTRALGO P., *Antropología medica*, Paoline, Torino 1988, (Tít. original. *Antropología médica*).
 - * LANTERNARI V., *Antropologia religiosa. Etnologia, storia, folklore*, Dedalo, Bari 1997.
 - * LAPLANTINE F., *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations etiologiques et therapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Payot, Paris 1986.
- LOUSTAUNAU M.O., SOBO E.J., *The cultural context of health, illness and medicine*, Bergin and Garvey, Westport (Connecticut)-London (UK) 1997.
- * LOZANO BARRAGÁN J., *Teologia e medicina*, Ed. Dehoniane, Bologna 2001 (Tít. original: *Teología y medicina*, 2000).
- LYNG S., *Holistic health and biomedical medicine: a countersystem analysis*, State University of New York Press, Albany 1990.
- MACCIO C., *Le scienze umane in movimento. L'umanità di fronte ai cambiamenti*, (trad. de L. Perilli; título original: *Les sciences humaines en mouvement. L'humanité face aux changements*, Chronique Sociale, Lyon 1993), Borla, Roma 1997.

- MANULI P., *Medicina e antropologia nella tradizione antica*, Loescher, Torino 1980.
- MARINO R. I., *Credere e curare*, Giulio Einaudi Ed., Torino 2005.
- * MARITAIN J., *La persona e il bene comune*, (título original: *La personne et le bien commun*, Desclé de Brower, Bruges 1946), Morcelliana, Brescia 1995^(10ª Ed.).
- * MARITAIN J., *Quattro saggi sullo spirito umano nella condizione d'incarnazione* (trad. de L. Vigone; título original: *Quatre essais sur l'esprit dans sa condition charnelle*, Alsatia, Paris 1956), Morcelliana, Brescia 1978.
- * MARITAIN J., *Umanesimo integrale*, (trad. di G. Dore; título original: *Humanisme integral. Problèmes temporels et spirituels d'une nouvelle chrétienté*, Aubier, Paris), Borla, Roma 1980.
- * MASCIE-TAYLOR C.G.N. (Ed.), *The anthropology of disease*, Oxford Science Publications, Oxford-New York-Tokyo 1993.
- * McELROY A., TOWNSEND P., *Medical Anthropology in ecological perspective*, Westview Press, Boulder (Colorado)-London (UK) 1985.
- MEAGHER R.E., *Personalities and power, a theology of personal becoming*, Herder and Herder, New York 1968.
- MERCATALI A., *La persona umana. Conoscenza e formazione*, Pontificia Università Urbaniana, Roma 1987.
- MESSING S.D., *A holistic reader in applied anthropology: the target of health in Ethiopia*, Information Corp, New York 1973.
- MIDALI M., *Teologia pastorale o pratica. Cammino Storico di una riflessione fondante e scientifica*, libreria Ateneo Salesiano, Roma 1991.
- * MORRA G., *La riscoperta del sacro*, R. Patron, Bologna 1964.
- * MOUNIER E., *Il personalismo* (trad. di A. Cardin; título original: *Le personalisme*, Presses Universitaires de France, Paris), AVE, 1987^(8ª Ed.).
- * MOUNIER E., *Rivoluzione personalista e comunitaria* (trad. de L. Palli; título original: *Revolucion personaliste et communautaire (1934)*, du Seuil, Paris 1961), Eucumenica, Bari 1984.
- * NELLAS P., *Voi siete dèi, antropologia dei Padri della Chiesa*, (trad. de A. Fyrgos; título original: *Zvon Qeoumenon*, Synaxis, Atene 1981), Città Nuova, Roma 1993.
- NULAND S.B., *La saggezza del corpo. Il miracoloso e sorprendente universo che è dentro di noi*, (trad. de L. Serra; título original: *The wisdom of the body*, 1997), Mondadori, Milano 1997.
- OTTO H.A., KNIGHT J.W. (Eds.), *Dimensions in wholistic healing: new frontiers in the treatment of the whole person*, Nelson-Hall, Chicago 1979.
- * OYARZÚN PEÑA; *Idea médica de la persona. La persona ética como fundamento de las antropologías médicas y de la convivencia humana*, LOM Ed., Santiago de Chile 2005.

- * PANNENBERG W., *Antropologia in prospettiva teologica*, (trad. de D. Pezzetta; título original: *Anthropologie in theologischer Perspektive*, Vandenhoeck Ruprecht, Göttingen 1983), Queriniana, Brescia 1987.
- * PANNENBERG W., *Teologia sistematica*, vol. 2 (trad. de D. Pezzetta; título original: *Systematische Theologie*, Vandenhoeck Ruprecht, Göttingen 1991), Queriniana, Brescia 1994.
- * PESCH O.H., *Liberi per grazia. Antropologia teologica*, Queriniana, Brescia 1988.
- PETRINI M. CARETTA F., *Preghiera cristiana e salute. Spiritualità e medicina in una visione olistica della persona*, en "Camillianum", 1997, 8, 203-247.
- * POPPER K.R., ECCLES J.C., *L'io e il suo cervello*, vol.1-2-3, Armando, Roma 1981.
- * RAHNER K., *Saggi di antropologia soprannaturale*, Paoline, Roma 1965.
- * RAHNER K., *Nuovi Saggi I*, Paoline, Roma 1968.
- * RAHNER K., *Missione e Grazia*, Paoline, Roma 1966.
- * RAHNER K., *Potere di guarigione ed energia risanatrice della fede*, in Saggi di spiritualità, Ed. Paoline, Roma 1965.
- RAM E. (Ed.), *Transforming health, Christian approaches to healing and wholeness*, Marc/World Vision International, Monrovia (CA) 1995.
- * RATZINGER J., *Fede, Verità, Tolleranza, il cristianesimo e le religioni del mondo*, Cantagalli, Siena 2003.
- RIVA G., *L'uomo, corpo, psiche e spirito*, Federico Ceratti Libri, Vignate (MI) 1989.
- ROCHE DE COPPENS P., *Medicina e spiritualità, incontro del secolo*, GUNA Ed., Milano 2003
- * RODRIGUEZ GUERRO A., RODRIGUEZ YUNTA E., *Antropología y cultura médica contemporánea*, Ed. de la Universidad Técnica Particular de Loja, Loja (Ecuador) 2004.
- ROMANUCCI-ROSS L., MOERMAN D.E., TANCREDI L.R. (Eds.), *The anthropology of medicine: from culture to method*, Bergin Garvey, New York-Westport (Connecticut)-London (UK) 1991^(2a Ed).
- * RULLA L.M., *Antropologia della vocazione cristiana. Basi interdisciplinari*, vol.1, PIEMME, Casale Monferrato (AL) 1985.
- * RULLA L.M., IMODA F., RIDICK J., *Antropologia della vocazione cristiana. Conferme esistenziali*, vol. 2, PIEMME, Casale Monferrato (AL) 1986.
- * SANDRIN L., *Chiesa comunità sanante*. Teologico pastorale, Paoline, Milano 2000. (Título en castellano: *La Iglesia comunidad sanante, un reto pastoral*, San Pablo, Madrid 2000).
- SANNA I., *Fede, scienza e fine del mondo. Come sperare oggi*, Queriniana, Brescia 1996.
- * SARGENT C.F., JOHNSON T.M. (Eds.), *Handbook of medical anthropology. Contemporary theory and method*. Greenwood Press, Westport (Connecticut)-London (UK) 1996^(2a Ed).

- * SCOLA A., *Questioni di antropologia teologica*, Pontificia Università Lateranense, Istituto Giovanni Paolo II, Ares, Milano 1996.
- * SEARLE J., *Il mistero della coscienza*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
- * SEIFERT J., *Essere e persona. Verso una fondazione fenomenologica di una metafisica classica e personalista*, Vita e Pensiero, Milano 1989.
- SHIMKIN D.B., GOLDE P. (Eds.), *Clinical anthropology. A new approach to American health problems?*, University Press of America, Lanham (Ct)-New York-London (UK) 1983.
- SHRIVER D.W.Jr. (Ed.), *Medicine and religion. Strategies of care*, University of Pittsburg Press, (in cooperation with the Institute on Human values in medicine of the Society for health and human values), London (UK) 1980.
- SPINSANTI S., *Curare e prendersi cura*, Ed. Cidas, Roma 2000.
- * SPINSANTI S., *Guarire tutto l'uomo, la medicina antropologica di Viktor von Weizsaecker*, Paoline, Torino 1988.
- SWAGMAN C.F., *Fija: fright and illness in highland Yemen*, en "Social Science and Medicine", 1989, 28 (4), 381-388.
- TANNER K., *The difference in theological anthropology*, en "Theology Today", 1994, 50 (4), 567-579.
- * TILMANN K., *Guida alla meditazione*, Queriniana, Brescia 1989^(3a Ed.).
- TODD R.H.F.Jr, RUFFINI J.L. (Eds.), *Teaching medical anthropology. Model courses for graduate and undergraduate instruction n. 1*, Special publication of the American Anthropological Association and the Society for Applied Anthropology, Washington DC 1979.
- * VARGAS J. E., CHAUQUI J. B., DUARTE I., *Médicos de ciencia y de conciencia, la escuela de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, Ed. Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile 2005.
- WEIZSÄCKER CARL FRIEDRICH von, *L'uomo nella sua storia. Una sintesi unificatrice del pensiero scientifico, filosofico e politico sullo sfondo della tematica religiosa*, San Paolo, Milano 1994.
- * WEIZSÄCKER V. von, *Problemas Clínicos de medicina psicosomática*, (trad. de J.S.Sagarra), Pubul, Barcelona 1946.
- * WEIZSÄCKER V. von (HENKELMANN T. Ed.), *Filosofia della medicina*, (trad. de L. Bottani e G. Massazza), Guerini e Associati, Milano 1990.
- WEIZSÄCKER V. von, *Le Cycle de la Structure*, (trad. de M. Foucault, D. Rocher; título original: *Der Gestaltkreis*), Desclée de Brower, Paris 1958.
- * WESTERMAN C., *Creazione*, (trad. de A. Bonora; título original: *Schöpfung*, Kreuz, Stuttgart 1971), Queriniana, Brescia 1991^(3a Ed.).
- WULFF H.R., PEDERSEN S.A., ROSENBERG R., *Filosofia della medicina*, (trad. de A. Parodi; título original: *Philosophy of medicine*, Blackwall Scientific, 1990), Raffaello Cortina, Milano 1995.

Índice ONOMÁSTICO

A

Aitchison T. 149
 Aldridge D. 237
 Alkire J. 237
 Almeder R.F. 137
 Aloisi M. 36, 38, 59, 60
 Álvarez F. 52, 165, 170, 201
 Anthony F.V. 83
 Antico L. 241
 Antier J.J. 192
 Antiseri D. 104
 Ardigó A. 91
 Aristóteles 114, 117
 Astalli Hidalgo N. 237
 Auer B. 237
 Aukst Margetic B. 157

B

Balint M. 40
 Barbera P. 263
 Bargellini P. 224
 Barnard C. 94
 Barondes S.H. 97
 Barucci M. 71

Basaglia F.O. 55, 84, 92
 Basen Engquist K. 174
 Beattie N.G.M.149
 Becker H.S. 36, 39, 40
 Bellodi L. 192
 Benedetti 263
 Benedicto XVI 190
 Bermejo J.C. 29, 31
 Bernard C. 105
 Binetti P. 83
 Bizzotto M. 98
 Boffo G. 89
 Boscaglia N. 174
 Boulanger J. 159, 160, 237
 Breitbart W. 174
 Brusco A. 29, 84, 235
 Bussing A. 157, 175

C

Cairo M.T. 36, 84, 88
 Caló G. 273
 Canada A.L. 174
 Cant S. 36, 107

Cantalamessa R. 234, 236
 Caretta F. 161, 181, 196, 212
 Carlyle T. 217, 279
 Carr W. 235
 Carrel A. 193, 263
 Casalone C. 77, 78
 Cassese L. 193
 Castellano Cervera J. 234
 Castenetto Raitieri G. 235
 Catananti C. 37, 47
 Cerny T. 174
 Chochinov H.M. 174
 Chopra D. 244
 Ciná G. 36, 91, 241
 Clarke D.M. 174
 Clausius N. 149
 Cohen M.H. 107, 137, 138
 Congregazione per la dottrina della fede
 212, 236
 Correa M.M. 193
 Corrigan J.M. 105
 Cosmacini G. 38, 39, 41, 42, 57, 77
 Crawford C.C. 172
 Cremona C. 224
 Crovetto M.T. 237
 Curlin F.A. 157

D

Davies A.N. 174
 De Grandis R. 237
 De Moor J.S. 174
 Del Corno F. 71
 Del Giudice E. 244
 Del Giudice N. 244
 Depoortere K. 235
 Descartes 20
 Di Raimondo F. 224
 Dini A. 37, 47, 77
 Dobson T.E. 161
 Donaldson M.S. 105
 Donnelly J.P. 174
 Dossey L. 170-172, 222
 Dufner M. 67, 167

Dujany R. 153
 Duportal M. 237

E

Eaton W.E. 237
 Edward D.M. 174
 Efenbein D. 97
 Engelhardt von D. 39, 47
 Erasítrato de Antioquía 115
 Eurifonte 113

F

Fabricant S. 167, 244, 245
 Faricy R. 234-236
 Fausti S. 278
 Ferraro G. 235
 Fortune D.G. 175
 Franco P. 224
 Frenkel M. 174
 Frye J. 138
 Fugh-Berman A. 137, 142
 Fung K.M. 250

G

Galeazzi O. 107
 Galeno de Pérgamo 116, 117
 Gava R. 241, 246
 Gentili A. 235
 Gonzalez L.J. 248
 Grodon A. 178
 Gordon J.S. 174
 Gottardo G. 224
 Gracia D. 77
 Granata G. 150, 154
 Grassi J.A. 237
 Grmek M.D. 37, 59, 112
 Groeschel L.B. 237
 Grün A. 67, 167, 237
 Guitton J. 192

H

Hack T. 174
 Hahnemann C.F.S. 148, 246
 Harlos M. 174

Hassard T. 174
 Hegel 143
 Helman C.G. 71, 77
 Hermon D. 174
 Herófilo de Alejandría 114
 Hipócrates 68, 112, 117, 161
 Holmes T. 245
 Huff S.M. 174
 Humber J.M. 137, 138
 Hynes M. 237

I

Iandolo C. 70
 Iero D.P.F. 149, 244
 Illich I. 54, 56, 57, 84
 Imoda F. 163

J

Jenner E. 126
 Jonas W.B. 172
 Juan de la Cruz 235
 Juan Pablo II 32, 83, 194, 212, 235

K

Kelsey T.M. 237
 Klejinen J. 149
 Koenig G.H. 178, 179, 183, 185, 188, 237
 Kohn L.T. 105
 Kramer P. 97, 98
 Krippner S. 237
 Kuhn S. 37, 48, 49
 Kuppohackel E. 212
 Kuten A. 174

L

La Grua M. 237
 Labadié J. 263
 Laín Entralgo P. 30, 47
 Lang M. 71
 Laplantine F. 77
 Lavizzo Pourey R. 176, 177
 Leonardi C. 224
 Levin J. 176, 170-174

Linde R. 149
 Lindsey M.L. 174
 Linn D. & M. 167, 237, 245
 Linn F.S. 237
 Lippi A. 231
 Lo Coco D. & G. 174
 Locci E. 36, 91
 Lodispoto A. 148
 Lozano Barragán J. 235
 Lyng S. 107, 133, 142

M

Mackenzie E.R. 176, 177
 Madre P. 231, 237
 Magliozzi P. 35, 36, 65, 77, 99, 185, 219, 231
 Mamic J. 235
 Marchesi G. 234
 Marcolongo R. 89
 Marshall T. 162, 163
 Matthew W.J. 173
 Mc All K. 237
 Mc Clain C.S. 174
 Mc Clement S. 174
 Mc Coubrie R.C. 174
 Mc Donough Means S.I. 175
 Mc Mahon K.A. 174
 Mc Manus J. 237
 Mc Nutt F. 217, 237
 Mc Sharry C. 149
 Meehan M.B. 237
 Meibohm M. 176, 177
 Merton R. 36
 Moerman D.E. 70, 72
 Molinari P. 224
 Montiel L. 36, 39, 59
 Morris L.E. 173

N

Newmann H. 217
 Nielsen N.P. 61, 71, 79
 Nordio S. 36, 39, 60
 Nouwen H.J.M. 181, 184
 Nüchtern M. 54

O

Ortigosa E.R. 84, 92, 93
 Ortiz Lozada L. 43
 Osella C. 237
 Osler W. 170

P

P. Pio 192, 193
 Parker P.A. 174
 Parker R. 237
 Parodi A. 47, 55
 Pasteur L. 130
 Pauli W. 31
 Pazzini A. 224
 Pellegrino E. 39
 Pende N. 261, 277
 Perez J.C. 175
 Pesante A. 149, 244
 Pessin H. 174
 Petrini M. 158, 161, 181, 190, 192, 196, 212
 Pilch J.J. 237
 Pintor S. 235
 Piperno A. 39, 40, 41
 Platón 77, 78
 Policante G. 84, 91
 Ponder C. 237
 Pozzi F. 40, 224
 Puccinotti F. 106

Q

Quinn M.A. 174

R

Rahner K. 192, 195
 Raitieri G. 235
 Rajagopal D.E. 176, 177
 Ram E. 237
 Ramirez G. 149
 Ratzinger J. 32, 235
 Renz M. 174
 Reylly D.T. 149
 Rhazes 117
 Riccardi A. 224

Rigoli A.M. 89
 Riva G. 61
 Rocchetta C. 216
 Romain J. 50
 Romanucci-Ross L. 70, 72
 Rooney L. 234, 236
 Rosenberg R. 47
 Rosenfeld B. 174
 Rossato E. 89, 90
 Rothman D.J. 33, 97
 Ruiz F. 163, 164
 Russo G. 77

S

S. Camilo de Lellis 168
 S. Pablo 160, 168, 191, 256
 S. Pedro 237
 S. Tomás de Aquino 266, 269
 Salvadores T. 192
 Sananes R. 149, 153, 155
 Sandrin L. 36, 84, 91, 235, 236
 Sankaran R. 155
 Santorio 124
 Scanzoni F.W. 104
 Schattner M. 47
 Schaubert V. 224
 Schindler H.M. 224
 Schreiber M.A. 44
 Schubert L. 237
 Schumacher J.D. 174
 Schutt Mao M. 174
 Schweitzer A. 170
 Semmelweis 55, 104
 Sgreccia E. 95
 Sgreccia P. 160, 211
 Sharma U. 36, 107
 Shlemon L.B. 237
 Sicari A.M. 224
 Siegel Bernie S. 183, 186, 188
 Silvestrini B. 150
 Simmons B. 93
 Simmons Z. 174
 Skevington S.M. 175
 Smets A. 237

Spinsanti S. 33, 42, 51, 68, 75, 77, 82,
95-97, 99
Sterpellone L. 224

T

Taidelli G. 71
Tancredi L.R. 70, 72
Tapscott B. 237
Taylor M.A. 149
Teegen G.F. 167
Teresa de Avila 168, 222, 235
Terrin A.N. 192
Thomas L. 237
Thomson S. 108
Touraine A. 91
Tournier P. 242, 248

U

Ugeux B. 62, 63, 65, 66, 203, 208,
209, 233

V

Van der Poel C.J. 212
Vannotti M. 93

Veggetti A.M. 233
Veissd J. 224
Vigarello G. 112
Vigorelli P.E. 36, 39-41
Villoldo A. 237

W

Weaver A.J. 157, 170, 171, 173
Weizsäcker von V. 30, 77, 80, 248
Whitehead J.D. 237
Wilkinson J. 237
Williams C. 237
Wulff H.R. 47

Z

Zamperini R. 244
Zarri G. 224
Zissú R. 155, 162
Zweig S. 42

Índice POR TÉRMINOS

A

- Aguda (enfermedad) 72, 89, 108, 117, 242, 246
- Alcohol, Alcoholismo 47, 65, 75, 125, 126, 128, 129, 141, 153, 179, 198, 249, 253
- Alma 24, 31, 63, 73, 117, 118, 119, 121, 124, 159, 160-162, 168, 201, 236, 242, 243, 255, 266-269, 272, 274
- Alopática (medicina) 107, 109, 110, 117, 118, 138, 203
- Ambiente 24, 26, 31, 44, 55, 56, 61, 93, 110, 125, 132, 140, 141, 145, 152, 185, 195, 251, 153, 169, 275, 277
- Amor 20, 26, 27, 37, 45, 53, 151, 158, 163, 167-169, 175, 176, 178, 180, 183, 186, 187, 190, 192, 193, 195, 202, 208-211, 214, 218, 219, 221-223, 230-233, 237, 239, 247, 248, 252-254, 257, 258, 267, 268, 276, 277
- Análisis 19, 21, 34, 42, 73, 87, 92, 94, 142, 143, 149, 164, 172-174, 208, 249, 254
- Anciano 51, 68, 70, 71, 90, 120, 150, 158, 174, 177, 188, 198, 229, 230, 271
- Animal 31, 79, 96, 147, 198, 241, 266, 272, 275
- Antropología, Antropológico 30, 33-35, 37-39, 42, 44, 47, 57, 59, 61, 64, 67, 70, 71-73, 76, 77, 80, 82-85, 87, 96-101, 103, 104, 106, 109, 113, 142-144, 149, 159, 161, 162, 165, 166, 180, 203, 219, 220, 234, 241-243, 246, 248, 254, 255, 261-264, 269, 274, 275-277, 279
- Antropología médica 34, 57, 59, 64, 76, 77
- Asistencia, Asistencial 40, 43, 57, 59, 91, 95, 118-120, 125, 129, 169, 181, 187, 196, 198, 204, 212, 230, 257

Asociación 66, 89, 113, 134, 150, 171, 212, 213, 231, 251, 257-259
 Autonomía 29, 62, 69, 90, 125, 134, 138, 152, 178, 260

B

Bien 31, 32, 35, 36, 37, 41, 52, 53, 70, 73, 82, 84, 86, 248, 267, 273
 Bienestar 30, 32, 42, 61, 66, 67, 69, 86, 92, 94, 97, 110, 130, 131, 133, 134, 158, 165, 166, 174, 201, 203, 205, 206, 208, 210, 211, 232
 Bien-ser 166, 232
 Biocultural (fenómeno) 103, 111
 Bioética, ética 17, 18, 23, 29-31, 35-37, 39, 42, 44, 49, 56, 57, 59, 67-69, 71, 76, 77, 79, 82-87, 89, 92, 95-101, 103, 113, 115, 119, 128, 133, 144, 150, 161, 166, 180, 206, 207, 212, 213, 243, 257
 Biografía, Biográfico 24, 25, 28, 31, 34, 40, 42, 43, 45, 49, 52, 53, 76, 79, 83, 85, 86, 90, 94, 145, 147, 151, 158, 163, 167, 180, 191, 195, 204, 218, 220, 222, 231, 242, 248, 264, 268
 Biología, Biológico 24, 33, 34, 39, 44, 45, 48, 49, 52, 53, 56, 58, 59, 64, 65, 80, 83, 85, 98, 99, 101, 106, 117, 135, 143, 150, 158, 160, 166, 169, 176, 188, 192, 195, 204, 217, 220, 244, 253, 261, 262, 264-269, 272, 273, 275, 276
 Biomédico, Biomedicina 17, 18, 34, 45, 47, 49, 53-55, 63, 72, 76-78, 83, 89, 100, 101, 106, 107, 111, 138, 142-146, 159, 166, 191, 207, 246, 261, 262

Biotipo, Biotipología 261, 262, 263, 265, 266, 270, 272-274, 277
 Budismo 66, 158, 198

C

Calidad 25, 29, 31, 44, 45, 62, 69, 86, 88, 89, 94, 95, 111, 115, 116, 158, 169, 172, 174-176, 181, 184, 185, 188, 204, 247
 Calidad 83, 116, 118, 122, 144, 268
 Cualitativo 49, 51, 62, 177, 178
 Camilianos 29, 52, 92, 98, 165, 169, 181, 193, 235, 278
 Cáncer 174, 175, 178, 179, 180, 183, 187, 189, 222, 245
 Capellán 190
 Capellanía 261
 Caridad 26, 83, 118, 119, 129, 190, 194, 162, 202, 205, 222, 223, 226-229, 234, 236, 238, 261, 269, 274
 Católica, Católico 26, 32, 42, 59, 63, 83, 150, 164, 171, 193, 213, 234-236, 251, 252, 264
 Célula 34, 1130, 143, 242, 263, 270
 Cerebro 65, 48, 51, 112, 114-116, 128, 246, 254, 270
 Ciencia, Científico 16-20, 23, 25, 26, 28, 35-38, 40-42, 44, 45, 47-49, 54, 56, 58-61, 63-65, 69, 70, 72, 76-81, 83, 84, 88, 92, 96-98, 100, 101, 105-108, 110, 112, 114, 119, 121, 124-126, 139, 146, 149, 159-161, 169-171, 175, 186-189, 191, 193, 195, 217, 242, 244, 247, 249, 252, 255, 256, 258, 262-269, 272-274, 276, 277, 279
 Cirugía, Quirúrgico 34, 54-57, 63, 98, 100, 108, 110, 118, 121, 133, 144, 145, 147, 180, 206, 246, 247, 255

- Clínica 25, 28, 33, 35-37, 39, 40, 42, 45, 55., 56, 58-61, 71, 78, 82, 83, 90, 93, 104, 113-116, 134, 138, 142, 147, 155, 158, 170, 172, 173, 186-188, 191, 203, 243, 246, 248-251, 253, 254, 260-263, 268, 269, 274
- Compasión 180, 215, 216, 231, 239
- Competencia 33, 55, 81, 82, 93, 98, 144, 275
- Comportamiento 158, 171, 176
- Comunicación, Comunicativo 17, 29, 31, 41, 43, 59, 65, 66, 72, 77, 83, 89, 92, 243, 255
- Comunidad, Comunitario 27, 30, 61, 65, 83, 116, 138, 140, 143, 151, 164, 179, 182, 196, 215, 218, 231, 235, 238, 259-261
- Conciencia 17, 35, 41, 62, 65, 66, 76, 81, 85, 87, 127, 133, 141, 142, 146, 147, 154, 159, 161-163, 166, 167, 195, 220, 233, 241, 244, 269
- Consagración, Consagrados 169, 213, 214, 223, 251, 255, 256-259
- Constitución, Constitucional, Constitucio-
cionalismo 24, 28, 46, 50, 77, 140, 148-151, 154, 155, 162, 206, 239, 261, 263-266, 270, 272-276
- Consumismo 66, 111, 131, 132, 244
- Cosmética (medicina) 97, 98, 165
- Crisis 18, 32, 38, 41, 47, 49, 57, 62, 69, 82, 94, 168, 179, 183, 192, 208, 209, 219, 258
- Cristiano, Cristianismo 20, 26-28, 31, 43, 44, 59, 63, 66, 68, 80, 99, 118, 119, 158, 159, 162-164, 170, 190, 192, 201-204, 209, 210, 213-215, 222, 231, 234, 237, 238, 250-254, 256, 258, 259-261, 264, 269, 273, 276
- Cristo (ver también Jesús) 26, 27, 63, 76, 81, 118, 119, 155, 168, 180, 204, 213, 218, 221, 236, 239, 242, 251, 252, 253, 257, 259, 267, 269, 276, 278
- Crónico 52, 72, 89, 90, 94, 110, 111, 117, 118, 128, 146, 174, 178, 184, 186, 188, 190, 220, 242, 246, 254
- Cruz 52, 182, 235, 236, 278
- Cantidad, Cuantitativo 35, 39, 40, 45, 49, 60, 76, 80, 81, 88, 144, 175, 186, 190, 256
- Cuerpo 16, 24, 26, 34, 60, 63, 64, 70, 48, 57, 80, 91, 92, 108, 112-115, 118, 119, 121-124, 126, 127, 129, 130-132, 134, 135, 139, 140, 145, 146, 159-162, 165-169, 180, 192, 198, 201, 205, 206, 208, 210-212, 214, 217, 221, 231, 234, 236, 239, 242, 243, 247, 250, 254, 255, 257, 263-269, 274, 276, 279
- Cuidado 17, 25, 31, 35, 45, 51, 55, 57, 59, 67-69, 72, 77, 78, 80, 82, 95, 103, 107, 109, 120, 131, 133, 135, 138, 148, 158, 164, 169, 177, 209, 212, 216, 251, 257, 258
- Culpa, Culpabilizar, Culpabilidad 53, 65, 72, 82, 85, 96, 119, 121, 167, 168, 182, 238, 253
- Cultura, Cultural 30, 31, 35, 36, 41-45, 48-50, 54, 55, 58-60, 62-65, 67-70, 72, 73, 76-78, 80, 81, 83-87, 90, 92-94, 96, 98-100, 106, 107, 109, 111-113, 117-119, 123-126, 128, 129, 132, 134, 143, 159, 178, 194, 196, 203, 206, 207, 209, 210, 215, 222, 223, 231, 234, 235, 241, 244, 255, 257, 258, 260

- Cura, Curar, Curación 15, 23-25, 30, 32, 33, 37, 40, 42, 43, 50, 52, 55, 57, 62, 68, 70-72, 76, 82, 83, 88-93, 100, 104, 113, 118, 120, 126, 134, 141, 147, 148, 150, 155, 157-159, 167, 170-172, 175, 178-181, 184, 185, 189-192, 194, 195, 197, 203, 204, 208, 210-212, 215, 217, 218, 221, 223, 232-234, 236, 237, 238, 242, 244, 245, 247, 248, 250, 251, 252, 254, 255-257, 260, 266, 268, 271, 272, 274, 277, 278
- Curandero 140, 165, 204, 209, 215
- D**
- Degeneración, Degenerativa (enfermedad) 45, 57, 94, 110, 128, 191, 254
- Dependencia 17, 18, 37, 43, 55, 65, 66, 70, 71, 72, 92, 152, 168, 178, 208, 209, 211
- Depresión 97, 178, 182, 186, 245, 253
- Desarrollo 19, 25-27, 35, 39, 52, 55, 57, 58, 61, 62, 65, 69, 70, 79, 90, 94, 95, 105, 106, 109, 110, 119, 121, 123, 128, 132, 134, 142, 144, 151, 157, 164, 170, 180, 181, 189, 190, 201, 203, 204, 205, 210, 233, 238, 252-256, 263, 264, 266-275, 277
- Deseo 39, 54, 72, 87, 115, 129, 147, 152, 158, 160, 162, 167, 174, 182, 183, 205, 208, 211, 214, 218, 236, 239, 242, 267, 275, 278
- Diagnóstico 28, 33-35, 38, 43, 53, 56, 57, 58, 61, 76, 77, 89, 105, 106, 114-117, 121, 131, 135, 138, 144-146, 150, 181, 183, 208, 243-245, 247, 256, 263, 274
- Dieta 105, 108, 113, 115, 122-125, 127, 129, 131, 132, 140, 176, 206
- Dinámico, Dinamismo 24, 25, 28, 30, 42, 43, 45, 48, 58, 61, 62, 77, 84, 85, 87, 93, 135, 142-144, 147, 150, 151, 155, 159, 163, 166, 168, 190, 191, 201, 211, 217, 220, 242, 250, 258, 261, 262, 267, 268, 269, 270, 273, 274, 275, 276, 277
- Dios 18-20, 24, 27, 28, 32, 44, 45, 51, 52, 59, 61, 63, 66, 67, 69, 73, 81, 104, 116-119, 155, 157-164, 167-172, 175-180, 182, 185, 186, 188, 190, 192-196, 201-204, 206-211, 214-219, 221-223, 231-233, 236, 238-240, 242, 243, 247, 250-254, 256, 257, 260-262, 265-269, 273, 275, 276, 278
- Doctor (ver médico)
- Dolor (ver también sufrimiento) 17, 56, 58, 64, 81, 97, 99, 164, 169, 174, 180, 184, 205, 207, 232, 239, 263, 271, 272
- Dolorismo 209, 213, 217
- Dualismo 78, 114, 142, 143, 217, 255, 267
- E**
- Ecología 24, 86, 91, 137, 143, 147, 258
- Economía, Económico 17, 24, 31, 41, 45, 59, 65, 69, 78, 85, 92, 94, 98, 106, 110, 111, 127, 256, 260, 266
- Educación 17, 44, 59, 87-90, 109, 131, 145, 185, 252, 258, 273
- Emoción 146, 214, 239
- Emotivo, Emotividad 40, 65-67, 105, 110, 146, 147, 151, 176, 183, 184, 186, 194, 209, 232, 249, 251, 272

- Energía, Bioenergía 63, 127, 139, 149, 154, 176, 203, 246, 247
- Enfermedad 15, 17, 19, 23, 25, 31, 33, 35, 40, 42, 44, 45, 47-50, 52-55, 57-64, 67, 68, 72, 73, 76, 77, 79, 80-82, 84, 86, 87, 89-94, 99, 100, 108, 109, 111-115, 117-119, 121-130, 135, 141, 144, 146-151, 155, 202-209, 211, 214, 217-222, 231, 233, 234, 236, 238, 242-245, 247, 248, 254-258, 260, 261, 264, 266, 272, 274, 278
- Enfermo 23, 27-29, 31, 33, 35, 37-40, 42-45, 50, 51, 53-61, 67-70, 76-79, 81, 83, 86, 89-93, 95-100, 104, 106, 107, 109, 111, 117-119, 122, 128, 130, 131, 133-135, 144-147, 155, 158, 159, 161, 165, 167-169, 171-175, 179-181, 183, 184, 186-188, 190, 191, 193, 196, 198, 202-204, 207-210, 212-216, 218, 219, 221-224, 230, 231, 233, 235, 236, 239, 242, 243, 250, 251, 254, 255, 257, 258, 270, 273, 274, 276, 277
- Epidemiología, Epidemiológico 56, 91, 126, 128, 141, 170, 172, 174, 175
- Epistemología, Epistemológico 34, 60, 49, 80, 96, 106, 135, 142, 143
- Escuela (ver también formación) 59, 86, 110, 112-114, 120, 128, 129, 138, 141, 148, 151, 183, 190, 217, 222
- Esotérico, Esoterismo 24, 63, 72, 158, 159, 204, 210, 234, 264
- Especialista, Especialización 32, 33, 36, 38, 39, 40, 42, 59, 72, 82, 83, 94, 97, 106, 109, 110, 120, 133, 142, 184, 213, 238, 250, 255, 256, 268, 277
- Esperanza 20, 53, 70, 152, 158, 162, 172, 180-183, 185, 186, 189, 190, 204, 207, 209, 219, 257, 277, 279
- Espíritu, 16, 20, 26, 44, 45, 48, 50, 63, 65, 68, 78, 81, 106, 119, 120, 149, 152, 159-164, 169, 170, 180, 194, 201, 210, 211, 212, 214, 217, 221, 224, 234, 236-239, 242, 243, 247, 251-254, 261, 263, 265-269, 274-276, 278
- Espiritualidad 28, 44, 63, 66, 73, 83, 95, 96, 133, 157-164, 166-177, 179-181, 184-186, 188, 190, 191, 196, 205, 206, 222, 235, 243, 250, 252, 254, 258, 262, 265, 274, 275
- Estadística 71, 126, 171, 173, 186, 187
- Estrés 65, 73, 74, 96, 146, 183, 186, 189, 245, 254
- Ética (ver bioética, moral)
- Etiología 58, 61, 112-114, 130, 146, 243, 250
- Evangelio, Evangelización, Evangelizar 26, 27, 52, 63, 66, 83, 196, 204-206, 220, 234, 239, 252, 256, 258
- Experiencia 20, 31, 37, 43, 58, 62, 65-67, 83, 85, 87, 88, 90, 98, 100, 105, 141, 143, 163, 164, 167, 177, 186, 188, 190, 202, 206, 209, 211, 214, 218, 219, 223, 235, 241, 253, 260, 269
- Experimentación 83, 148, 189
- Experimental 40, 58, 105, 117, 125, 138, 148, 170, 172, 188
- F**
- Familia, Familiar 15, 17, 30, 38, 41, 50, 59, 66, 72, 86, 111, 113, 114, 133, 138, 143, 151, 158, 181,

- 186-188, 231, 250, 264, 265, 273, 277
- Farmacia, Fármaco (ver también remedio), Farmacología 34, 48, 54, 56, 57, 63, 65, 70-72, 97, 98, 108, 109, 120, 131, 141, 144, 145, 150, 153, 190, 228, 246
- Fe 25-27, 31, 42, 43, 50, 52, 63, 65, 81, 83, 85, 118, 140, 141, 144, 158, 159, 162, 164, 165, 171, 175-179, 182, 185-188, 191-194, 197, 204, 206, 207, 209, 213, 215, 216, 218-220, 222, 229, 230, 234, 236-238, 244, 251, 252, 254, 255, 257, 258, 261, 267-269, 274, 276, 279
- Filosofía, Filosófico 16, 17, 23, 33, 38, 39, 44, 49, 56-60, 64-66, 73, 76, 77, 81, 99, 101, 106, 114-118, 121, 142, 149, 166, 220, 241, 255, 264, 266, 268, 269, 274-276
- Fisiología 34, 109, 114, 138, 146, 262, 268
- Formación (sanitaria) 17, 26, 29, 36-38, 40, 41, 48, 49, 56, 59, 64, 66, 72, 83, 95, 213, 257, 260
- Futuro 20, 44, 53, 62, 76, 84, 88, 94, 96, 106, 127, 133, 158, 162, 176, 183, 191, 246, 247, 249, 258, 278
- G**
- Genética 54, 60, 72, 98, 131, 149, 207, 245, 246, 262, 265, 266, 268, 269
- Gracia 28, 32, 67, 81, 133, 166, 168, 177, 180, 184, 185, 194, 208, 214, 220, 224, 232, 238, 239, 242, 247, 261, 267, 269, 270, 272, 273, 275, 276, 278
- H**
- Hipertensión 48, 56, 146, 249
- Hipócrates 112, 117
- Holismo 24, 45, 108, 133, 137, 138, 143, 203
- Hombre 15-20, 23, 24, 26, 27, 29-32, 34, 35, 40, 42-45, 48, 49, 52, 53, 57, 59, 60, 62-64, 66, 69, 73, 75, 79, 80-87, 96-99, 103, 104, 106, 108, 110, 112, 113, 116, 117, 119, 123, 125-129, 135, 142-144, 147-150, 153, 157-165, 169, 171, 175-178, 191, 192, 194-197, 202-211, 214, 215, 217, 218, 220-223, 231-233, 236, 237, 239, 241-243, 247, 253, 255-257, 259, 261-270, 273, 275-278
- Homeopatía 47, 110, 117, 138, 140, 141, 148-151, 153, 155, 246, 272
- Hospital, Hospitalaria 36, 40, 41, 51, 55, 84, 89, 92, 93, 96, 109, 119, 120, 122, 126, 128, 133, 158, 171, 197, 205, 212, 214, 226, 229, 251, 257
- Humanidades 17, 24, 25, 28, 36, 58, 77, 78, 107, 220, 259, 277
- Humanístico 17, 42, 59, 78, 159, 227, 229
- Humanización, Deshumanización 15, 16, 25, 27-30, 32, 35, 42-44, 48, 59, 61, 64, 82, 84, 88, 90-97, 132, 148, 181, 216, 220, 224
- Humanizar, Humanizante 24, 25, 27-29, 32, 33, 35, 43-45, 82, 88, 91-96, 100, 103, 111, 168, 204, 210, 278
- Humano 16-18, 20, 23, 25-29, 31-34, 36, 39, 42-45, 49, 52, 54, 56, 58-62, 64, 66-68, 73, 76-84, 88, 93-97, 99-101, 103-106, 114, 119, 121, 125, 133, 143-

- 145, 147, 149, 154, 155, 158, 159, 164-169, 172, 180, 184, 187, 191, 195, 201, 203-205, 208, 210, 214, 216, 217, 221, 222, 231, 236, 238, 242, 243, 246-248, 255, 257, 258, 260-269, 272-278
- Humoral, Humores 70, 112-114, 116, 117, 122-126, 132, 134, 152, 153, 181, 184, 189, 262
- I**
- latrogénesis, latropatología 54, 55, 70, 100, 110
- Identidad 26, 27, 30, 32, 41, 42, 70, 71, 80, 85, 109, 110, 150, 152, 163, 169, 176, 183, 185, 196, 214, 235, 241, 253, 254, 257, 259, 264, 268
- Ideología, Ideológico 25-27, 37, 54, 81, 83, 86, 91, 97, 135, 262
- Iglesia 26, 27, 32, 63, 66, 68, 83, 100, 118, 120, 121, 127, 164, 177, 178, 182, 193-195, 204, 205, 207, 210, 213, 214, 218, 221-223, 226, 227, 231-236, 256, 260, 279
- Iluminismo 65, 125-127, 132, 229, 255
- Infección 57, 64, 105, 128, 130, 171, 246
- Inmunidad, Inmunización, Inmunitario 126, 149, 244, 254
- Integral, Integralidad 24, 43-45, 141-145, 148, 154, 166, 169, 184, 201, 207, 211, 215, 221, 232, 236, 238, 241-243, 245, 246, 252, 258, 268, 270
- Interdisciplinariedad, Interdisciplinario 27, 88, 135, 264
- Interpretación 70, 161, 166, 206
- Investigación (ver también experimentación) 59, 114, 139, 170, 172, 177, 188, 221, 262, 263, 265, 276
- J**
- Jesús (ver también Cristo) 52, 63, 76, 162, 165, 166, 196, 204, 206-208, 210, 212, 214-216, 218, 221, 233, 234, 236, 237, 239, 243, 251-253, 256, 278
- Justicia, Injusticia 29, 31, 65, 69, 162, 182, 232, 260, 267
- L**
- Laico 42, 66, 120, 205, 213, 223, 225, 226, 228-230, 236, 256
- Lenguaje 55, 59, 80, 81, 159, 203, 204, 215, 251
- Liturgia 83, 185, 207, 236, 238, 261
- M**
- Magia 49, 117, 140
- Medicalización 54, 55, 120, 123, 130, 205
- Medicina, Biomedicina 15-20, 23-25, 27, 28, 30, 33-39, 41, 42, 44, 45, 48-50, 52-68, 70, 72, 74-84, 90-96, 99-101, 103, 105-115, 117-121, 123, 127, 130, 132-135, 137-142, 144-148, 150, 154, 155, 157, 158, 162, 165, 166, 168, 169-171, 177, 179, 181, 185, 186, 189, 191, 193, 195, 196, 203, 206, 207, 210, 219-222, 235, 241-248, 250, 252, 255-264, 266, 268, 272, 274-279
- Medicina alternativa o CAM 45, 57, 137-139, 141, 142, 148, 202, 219
- Medicina antropológica, Antropología de la persona 61, 246, 248, 259, 279

- Médico (sustantivo y adjetivo) 16-20, 23-25, 27, 28, 30, 33-42, 44, 47-50, 52-57, 59-61, 63, 67-70, 72, 76, 78, 79, 82, 83, 89, 90, 92-94, 97, 100, 104-108, 111-117, 119-121, 123, 125, 127, 128, 130, 131, 133, 135, 138, 141, 142, 144-146, 148, 154, 155, 157, 159, 161, 169-171, 174, 178, 179, 181, 183, 185-189, 192, 193, 204, 208, 213, 215-218, 220, 225-230, 235, 239, 241-244, 246, 247, 250, 254-259, 262-265, 269, 273, 274, 276-279
- Mente 26, 37, 48, 50, 53, 56, 70, 78, 118, 119, 124, 139, 140, 145, 146, 154, 159-163, 166, 169, 170, 173, 176, 187, 189, 217, 237, 238, 242, 243, 247, 254, 263, 269, 271, 274-276
- Mental 24, 56, 57, 63, 70-73, 82, 97, 108, 117, 128, 129, 153, 155, 158, 172, 175, 178, 184, 186, 187, 191, 203, 204, 206, 228, 233
- Método 26, 34, 35, 59, 65, 81, 97, 106, 115, 116, 126, 138, 142, 231, 235, 252
- Metodología 38, 59, 60, 79, 86, 87, 115, 147, 234, 235, 238, 253, 262, 264
- Milagro 52, 165, 177, 184, 188, 192-195, 234, 243
- Moral, Moralidad, Moralismo 17, 18, 30, 35, 58, 77, 82, 96, 100, 111, 121, 124, 128, 130, 154, 162-164, 166, 169, 170, 176, 194, 206, 207, 216, 222, 231, 241, 242, 244, 249, 255, 263-266, 268-270, 272, 275-277
- Morbilidad 50, 51, 53, 57, 118, 171
- Morir 32, 51, 73, 98, 104, 123, 183, 186, 187, 189, 192, 196, 197, 206, 231, 239
- Mortalidad 32, 50, 51, 53, 80, 95, 104, 117, 123, 126, 131, 171, 172, 187, 245, 246
- Muerte, Moribundo 68, 119, 122, 197, 198, 230, 243
- Mujer 59, 104, 116, 118, 126, 127, 129, 130, 193, 196-198, 222, 225, 226, 228-230, 235, 251, 256
- N**
- Naturaleza 16, 18-20, 32, 34, 35, 60, 65, 68, 79, 80, 91, 100, 108, 113, 117, 119, 126, 127, 144, 147, 151, 168, 177, 180, 195, 206, 232, 239, 261, 267, 269, 270, 273, 278
- Necesidades 35, 38, 49, 52, 57, 65-67, 69, 70, 72, 81, 85, 89, 110, 117, 120, 130, 133, 147, 152-154, 157, 158, 167-169, 175, 181-183, 185, 190, 203, 206, 209, 211, 223, 234, 253, 257, 260, 265, 267
- Niño 120, 124, 126, 128, 150, 152, 198, 222, 228, 230, 270
- O**
- Objeto 15, 16, 18, 23, 25, 29-32, 35, 39, 40, 43, 52, 57, 58, 62, 67, 76, 78, 92, 93, 121, 122, 125, 142, 145, 151, 165, 166, 182, 203, 258, 260, 273
- Occidente, Occidental 19, 30, 34, 37, 49, 54, 63, 65, 67, 72, 73, 79, 84, 98, 100, 111, 112, 134, 135, 138, 159, 203, 207, 264
- OMS 36, 61, 67, 90, 95, 175
- Oración 63, 83, 112, 140, 159, 171-

- 173, 177, 178, 180, 182, 185,
188, 194, 197-199, 206, 214,
217, 231, 233, 234, 236-239
- P**
- Paciente 15, 16, 18, 19, 35, 37, 39-42,
44, 49, 61, 62, 64, 65, 68-72,
76, 79, 83, 86, 89, 90, 92-94,
96, 98, 105, 108, 110, 111, 117,
119, 121, 123, 133, 138, 140,
141, 144-146, 150, 151, 158,
159, 161, 167, 169, 170, 171-
175, 179-187, 189-191, 196-
199, 203, 204, 208, 213, 220,
223, 230, 242, 243, 245, 248,
250, 251, 253-256, 258, 260,
269, 274, 277
- Papel (ver también rol) 26, 38, 39, 89,
203, 207-209, 222, 223, 231,
250
- Paradigma 19, 35-37, 42, 48-50, 55, 57,
58, 60, 63, 76, 79, 83, 104,
105, 107, 111, 114, 125, 138,
142, 144, 158, 159, 193, 203,
208, 209, 264
- Pasado 18, 20, 50, 51, 58, 59, 61, 76,
98, 106, 107, 111, 125, 129,
134, 153, 154, 162, 165, 191,
205, 217, 223, 238, 254, 262,
278
- Pastoral 30, 43, 49, 59, 64, 68, 100,
101, 165, 185, 191, 203-205,
207-209, 212, 213, 215, 219-
223, 231, 233-236, 245, 254,
256, 257, 260, 261, 279
- Patobiográfico 24, 31, 45
- Patógeno, Patogénesis, Patogenético
146, 147, 155, 175, 263, 274
- Patología, Patológico 33, 34, 45, 53-56,
58, 82, 84, 89, 91, 110, 146,
147, 151, 152, 138, 141, 165,
176, 184, 190, 203, 242, 246-
248, 254, 262, 264, 268, 274,
275
- Pecado, Pecador 32, 35, 118, 119, 124,
160, 162, 163, 164, 167, 178,
202, 205, 216, 218, 221, 253,
254, 256, 260
- Pedagogía 17, 38, 44, 84, 85, 87, 89,
90, 101, 126, 165, 206, 222,
260, 273, 275, 277
- Pensamiento 26, 37, 39, 48, 61, 80, 83,
88, 94, 112, 146, 150, 154, 167,
205, 244, 247, 268, 270
- Persona, Personal, Impersonal 15, 17, 20,
21, 27-37, 40-45, 50, 52, 56-58,
60, 64, 65, 67, 69-71, 73, 76-
83, 85, 86, 89, 90, 92, 93, 95,
98, 99, 113, 124, 128, 130, 132,
147-153, 155, 158, 161-169,
172, 177-179, 181, 182, 184-
187, 190, 191, 194-196, 201-
203, 207-211, 214, 215, 218-
220, 223, 224, 230, 231, 233,
234, 236, 238, 239, 241-243,
245-249, 252-270, 272-277,
279
- Personalidad 15, 41, 48, 64, 71, 94,
123, 149, 150, 151, 185, 210,
223, 239
- Personalismo, Personalista 42, 44, 68,
159, 258, 275
- Personalización, Personalizar 41, 42, 55,
64, 77, 90, 133, 180, 183, 196,
239
- Placebo 70, 139, 189
- Plantas 124, 147, 151
- Político 24, 31, 38, 40, 41, 45, 58, 65,
66, 69, 78, 86, 91, 96, 98, 108,
110, 111, 114, 117, 124, 125,
128, 131, 132, 221, 260, 278
- Positivismo 49, 58, 127, 195, 196, 265,
268

- Posmoderno 31, 35, 47, 230
 Práctica 23-25, 33, 36-40, 42, 50, 58, 59, 61, 66, 71, 79, 84, 96, 99, 106, 108, 110, 113, 114, 121, 126, 133, 138, 140, 141, 145, 150, 159, 164, 172, 174, 175, 180, 181, 185, 187, 190, 196, 203, 231, 238, 244, 252, 254, 269
 Praxis 25, 32, 37, 50, 58, 205, 207, 235
 Prevención, Preventiva, Prevenir 42, 43, 44, 50, 56, 57, 59, 68, 71, 84, 86, 87, 95, 104, 108, 122, 124, 127-129, 131, 133, 135, 141, 151, 170, 171, 175, 186, 189, 236, 258, 263, 273, 274, 275, 277
 Profesional 107, 141, 185, 208, 250
 Promoción (de la salud) 43, 44, 51, 57, 59, 84-86, 88, 97, 98, 128, 131, 133, 134, 170, 194, 236, 260
 Psicología, Psicológico 17, 19, 24, 39, 40, 44, 48, 56, 65, 70-72, 77, 80, 96, 97, 99, 101, 103, 108, 130, 139, 143, 146, 150, 154, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 187, 188, 192, 194, 204, 214, 216, 233, 234, 243, 246, 261, 262, 264, 265, 266, 268, 270-276
 Psicossomático 159, 189, 266, 271
 Psiquiatría 18, 56, 188
- R**
- Racional, Racionalidad 19, 49, 63, 64, 65, 66, 71, 85, 88, 105, 112, 114-116, 167, 209, 239, 265-269, 275
 Racionalismo, Racionalista 105, 115, 116, 135, 162, 207
 Reduccionismo 24, 34, 43, 48, 58-60, 62, 80, 82, 83, 107, 109, 133, 143, 161, 195, 234, 248
 Relación 18-20, 25-29, 35, 39, 41-45, 48, 49, 59, 61-63, 70, 77, 85, 86, 90, 92, 96, 99, 100, 121, 132, 133, 142-145, 148, 150, 151, 157, 158, 161-164, 171, 174, 176, 177, 185, 188, 201-203, 208, 210, 212, 215, 218, 219, 221, 222, 231, 238, 239, 242, 250, 252-254, 256, 258, 260, 263, 265, 268, 272, 273
 Religión, Religiosidad, Religioso 17, 18, 44, 45, 49, 52, 54, 62-67, 77, 81, 83, 85, 113, 114, 117, 119, 120, 125, 127, 130, 131, 140, 141, 151, 158, 159, 161-165, 169-172, 174-179, 182, 185, 188, 191, 193-196, 202, 203, 209, 210, 213, 214, 219, 220, 222, 225, 226, 228-230, 235, 238, 241, 249, 255-257, 260, 275, 277, 278
 Remedio (ver también fármaco) 37, 54, 55, 65, 70-72, 100, 109-111, 113, 118, 128, 142, 148-154, 184, 186, 188, 189, 230, 245, 274
 Responsabilidad 24, 32, 35, 37, 42, 59, 61, 83, 87, 92, 95, 100, 129, 131, 141, 144, 145, 150, 161, 167, 169, 179, 206, 208, 218, 220, 245, 247, 249
 Rezo (ver oración)
 Riesgo 70-73, 85, 86, 88, 127, 131, 165, 175, 176
 Rito 66, 73, 245
 Rol (ver también papel) 48, 98, 108, 129, 161, 213
 RUID 24, 45, 77, 87, 90, 100, 135, 166, 243, 245, 246, 248, 277

S

- Saber médico 24, 37, 38, 40, 50, 57, 111, 114-117, 120, 128, 133, 134, 138, 145, 255
- Sacerdote (ver también capellán) 251, 255
- Sacramento, Sacramental 120, 167, 185, 192, 194, 202, 205, 207, 210, 212-214, 216, 218, 219-221, 236, 238
- Sacro, Sagrado, Sagralidad 65, 66, 101, 121, 179, 193-195, 197, 198, 203, 229, 251, 252, 255, 257
- Salud 16-20, 29-35, 38, 41-45, 47-57, 59-65, 67-69, 71, 76-78, 82-97, 99-101, 103, 107, 108, 110, 111, 113, 114, 115, 119-124, 127-134, 142, 144-148, 154, 155, 157-159, 164-166, 168-170, 172, 173, 175-180, 184, 187-189, 191, 192, 196, 201-222, 224, 231, 232-234, 236, 242, 243, 245, 247, 248, 251, 252, 254-256, 258-261, 263-265, 268, 269, 276-279
- Saludable 28, 47, 51, 69, 85, 86, 88, 128, 159, 165, 166, 196, 205-207, 216, 235, 273
- Salud biográfica 52, 204, 220,
- Salud biológica 52, 166, 204, 220
- Salud y salvación 165, 203, 255
- Salud-salvación 25, 215
- Salud / salvación 243, 260
- Salutogénesis 43, 170, 175
- Sanación biográfica 28, 169, 180, 184, 188, 244, 247, 250
- Sanación interior 231, 236
- Sano 50-52, 58, 86, 98, 118-120, 122, 126, 133, 145, 148-150, 158, 161, 167, 176, 183, 202, 205, 206, 209-211, 218, 221, 243, 263, 270, 273, 276
- Sanar, Sanación, Sanador, Sanante 20, 21, 24, 25, 27, 28, 30, 33, 34, 42, 43, 45, 50, 52, 53, 62, 63, 65, 67-70, 72, 76, 77, 80, 83, 90, 100, 108, 110, 118, 119, 123, 141, 142, 144, 146-149, 151, 154, 155, 158, 159, 165-172, 175-177, 180, 181, 183-186, 188, 190, 192-196, 202-204, 207-219, 221, 227, 230-239, 244, 245, 247, 248, 250-258, 260, 261, 269, 270, 272, 278, 279
- Sangre 74, 113, 114-117, 124, 197, 213, 278
- Sanitario 16, 25-30, 36, 41, 43, 50, 58, 64, 67, 69, 70, 81-84, 89-96, 104, 110, 118, 128, 131, 132, 144, 145, 147, 157, 159, 174, 175, 185, 196, 197, 199, 205, 207, 208, 213, 223, 251, 252, 258, 261, 277
- Santo, Santidad 52, 66, 83, 96, 121, 125, 159, 164, 168, 190, 196, 214, 217, 222-224, 230, 232, 236, 237, 239, 242, 243, 251, 252, 254, 263, 266, 269, 272, 275, 276
- Sexo, Sexualidad 54, 64, 65, 134, 152, 197, 211, 249, 265, 267, 270, 272
- Sífilis 128, 228, 270
- Símbolo 65, 66, 70, 83, 88, 100, 123, 150, 182, 210, 215, 218
- Síntesis 80, 81, 106, 111, 244, 268, 270
- Síntoma 39, 41, 42, 50, 58, 67, 71, 72, 76, 77, 98, 100, 109, 146-150, 161, 165, 167, 204, 207, 210, 233, 243, 245, 254, 264, 265, 271, 274
- Sintomático 35, 71, 72, 98, 109, 138, 147, 148, 154, 165, 236, 275

- Sobrenaturaleza, Sobrenatural 25, 162, 175, 177, 180, 193, 220, 221, 223, 261, 267, 268, 269, 273
- Social 17, 24, 25, 26, 31, 33, 38, 39, 41, 54, 56, 57, 59, 61, 63-65, 67, 69, 77, 78, 80, 85, 86, 90-92, 97, 98, 103, 106, 108, 110, 111, 126, 128-130, 132, 133, 145-147, 154, 176, 188, 191, 194, 202, 204, 216, 221, 245, 253, 260, 263, 264, 266, 273, 275, 277
- Sociología, Sociológico, Socio- 17, 19, 23, 30, 35, 37, 38, 44, 55, 59, 61, 62, 69, 77, 80, 84, 85, 91-95, 101, 103, 107, 109, 133, 138, 142, 143, 234, 253, 260, 265, 268
- Sufrimiento (ver también dolor) 17, 19, 39, 44, 52, 55, 58, 63, 71, 72, 87, 89, 97, 99, 100, 158, 160, 164, 167, 176, 178, 181, 191, 206-209, 217, 221, 222, 232, 233, 245, 253, 272, 278, 279
- Sujeto 23, 25, 26, 29, 30, 35-37, 40, 43, 52-54, 57, 58, 62, 67-71, 73, 76, 78-80, 83, 85, 91, 95, 109, 129, 142, 144, 147, 148, 150-155, 166, 190, 193, 208, 211, 247, 249, 250, 256, 272, 274, 275, 276
- T**
- Tecnología, Tecnológico 15-19, 35, 38, 41, 42, 44, 54, 57, 58, 60, 69, 81, 82, 90, 94-96, 98, 110, 130, 132, 141, 169, 158, 205, 253, 258, 260, 265, 278
- Teología, Teológico 17, 23, 24, 26, 44, 53, 62-64, 77, 81, 83, 97, 99-101, 103, 150, 163-166, 176, 192-195, 201, 202, 204-207, 210, 211, 213, 216-219, 222, 234, 235, 238, 239, 252, 255, 256, 264, 268, 269, 274, 275, 279
- Teoría 48, 49, 55, 58, 59, 61, 85, 90, 95, 104-106, 113-115, 118, 121, 126, 134, 143, 150, 153, 176, 252
- Terapia, Terapéutico, (ver también tratamiento) 24, 28, 31, 33-35, 38, 43, 48, 55, 56, 58, 59, 61-63, 65-67, 70, 72, 84, 89, 90, 105, 106, 108, 109, 112-115, 117-120, 122-127, 130, 132, 133, 135, 138-142, 144-147, 150, 170, 171, 183, 184, 186, 196, 202-205, 208, 215, 219, 242-247, 249-252, 254-257, 259, 261, 263, 277
- Tratamiento 43, 48, 67, 94, 110, 111, 140, 141, 158, 251, 254, 256
- Tuberculosis 64, 128, 129, 170, 249
- Tumor, Tumoral 57, 94, 110, 138, 185, 192, 275
- U**
- Unicidad (originalidad del sujeto) 24, 25, 28, 42, 45, 78, 135, 166, 211, 242, 272, 273
- Universidad 32, 37, 38, 59, 83, 104, 120, 121, 138, 186, 213, 229, 230, 262
- V**
- Verdad, Verdadero 15, 17, 20, 24-26, 31, 32, 35, 37, 44, 45, 47-50, 53, 60, 64, 66, 73, 82, 83, 85, 93, 99, 103, 105, 110, 117, 119, 121, 126, 135, 142, 150, 152, 155, 161-163, 166, 168, 170-172, 179, 180, 192, 194, 195,

202, 204, 206, 208-210, 214,
216, 221, 222, 233, 238, 239,
242-245, 251, 254, 260, 263,
268, 274, 276, 278

Vida 17-20, 26, 31-34, 37, 41-43, 45,
48, 49, 52, 54, 57, 58, 60-62,
64, 65, 68, 73, 76, 80-83, 85-
87, 92-97, 99, 106, 111, 112,
114, 116, 119, 121, 123-127,
129, 130, 147, 154, 155, 158-
164, 166-170, 172, 174-176,
178, 180-186, 188-190, 192-
196, 198, 202, 204-206, 208,
210, 211, 214-224, 230, 231,
233, 234, 238, 239, 242, 243,
244, 247-249, 251, 253-255,
257-260, 262, 264, 266-270,
272, 273, 276-278

Virtud 82, 121, 122, 124, 135, 160,
162, 164, 194, 204, 241

Viruela 55, 117, 126, 148

DE LA SALUD BIOLÓGICA A LA SALUD BIOGRÁFICA
HUMANIZACIÓN Y SALUD
Pietro Magliozzi

Obra que forma parte de la Serie Salud y Humanización del Programa de Estudios Médicos Humanísticos de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Su texto se compuso en caracteres UNITU T LIG 11/13 con las variables FUTURA CONDENSED LIGHT y TIME NEW ROMAN. Las páginas interiores están impresas en PAPEL BOND 80 gramos, y sus tapas, en PAPEL COUCHÉ de 270 gramos con terminación en polipropileno opaco.

Esta edición se terminó de imprimir en los talleres de Salesianos Impresores, el día 8 de diciembre, festividad de la

INMACULADA CONCEPCIÓN.

Santiago de Chile

2006

NOTA FINAL

Le recordamos que este libro ha sido prestado gratuitamente para uso exclusivamente educacional bajo condición de ser destruido una vez leído. Si es así, destrúyalo en forma inmediata.

Súmese como voluntario o donante y promueva este proyecto en su comunidad para que otras personas que no tienen acceso a bibliotecas se vean beneficiadas al igual que usted.

Para otras publicaciones visite:

www.lecturasinegoismo.com

Facebook: Lectura sin Egoísmo

Twitter: @LectSinEgo

o en su defecto escribanos a:
lecturasinegoismo@gmail.com

Referencia libro: 3897



PIETRO MAGLIOZZI, sacerdote camiliano, licenciado en Medicina y Cirugía en la universidad “La Sapienza” de Roma (1989), ciudad en la que también realizó un doctorado en Teología Pastoral Sanitaria por el Instituto Camillianun, con una tesis sobre “Psicofarmacología sintomática y homeopatía clínica en las neurosis, aspectos antropológicos, éticos y pastorales” (1999). En este lugar fue docente de un curso de antropología médica “Sanar a la Persona”; y en la Universidad Católica de Roma sobre “Fe y Culturas”. Ejerció como médico en Burkina Faso y Bernin (África Occidental). Entre 2001 y 2004 dirigió el Centro de Espiritualidad Nicola D’Onofrio (Abruzzo, Italia), y desde hace dos años se encuentra en Chile colaborando en el Programa de Estudios Médicos Humanísticos de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

¿Qué significa "sanar a la persona"? ¿Cómo pasar de la curación de una enfermedad operada por la ciencia a una sanación del ser humano subjetivo y trascendente? La respuesta de la antropología médica es entender la salud y el proceso del sanar según una nueva lógica interdisciplinaria en la cual la sanación implica un camino personal para el enfermo y un trabajo de equipo para los agentes sanitarios. Un enfoque no solamente médico o social o psicológico,... sino que abarca los distintos sentidos de la enfermedad hasta llegar a una síntesis antropto-teológica que se traduce en un modelo de medicina personalizada. El objetivo general es poner al centro del cuidado de la salud la "PERSONA-SUJETO" con su proyecto biográfico, en el cual emergen cuatro direcciones de crecimiento: la persona como Relación, Unicidad, Integralidad y Dinamismo (RUID). Objetivo específico es llegar a un modelo de salud y medicina biográfica, ensanchando la perspectiva de la medicina (ciencia natural) con las ciencias humanas y espirituales, elevando el nivel de curación. Esto nos sitúa de manera nueva en el ámbito del discurso humanizador y salutogénico que enriquece la práctica clínica y asistencial.



EDICIONES
UNIVERSIDAD
CATOLICA
DE CHILE



ISBN 956-14-0899-6



9 789561 408999