



# LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD Y SOCIAL

## Humanización en el mundo cambiante

LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA

**n.338**

ENERO/FEBRERO/  
MARZO/ABRIL

**1/2024**

Año 71. Tercera Época  
Enero/Febrero/Marzo/Abril  
Número 338. Volumen LIV

**Consejo de Redacción**

Dirección  
Calixto Plumed Moreno O.H.  
Director adjunto  
José María Galán González-Serna

**Coordinadores**

Humanización  
Isabel Grimal; Josep Antoni Boix  
Pastoral de la Salud y Social  
Begoña Moreno Guinea; Susana Queiroga  
Ética de la Salud y Social  
Carmen Massé; José María Bermejo OH  
Redacción - Maite Hereu  
Administración - Dolores Sáenz

**Consejo Asesor**

Humanización  
Jesús Pineda OH; Anna Ramió; Raquel Sisas  
Ética de la Salud y Social  
Jacinto Bátiz; Margarita Bofarull, rscj;  
M<sup>a</sup> Pilar Núñez-Cubero; Anna M. Prats;  
Manuel de los Reyes López  
Pastoral de la Salud y Social  
Amador Fernández OH; Marije Goikoetxea,  
José Luis Méndez; Mercè Puig-Pey

**Dirección y Redacción**

Curia Provincial  
**San Juan de Dios de España**  
Edificio San Juan de Dios  
Av. Concha Espina, 32 28016 Madrid  
Teléfono. 91 387 44 99  
laborhospitalaria@sjd.es

**Fotografías**

Xavier Tobella

**Abstracts**

Manners Traduccions

**Información y suscripciones**

laborhospitalaria@sjd.es  
www.laborhospitalaria.com

**www.laborhospitalaria.com**

Publicación autorizada por el Ministerio de  
Sanidad como soporte válido.  
Ref. SVR nº. 401  
ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B.2998-61  
COLOR DIGITAL - BCN



**00/ Editorial. p6**

**Mensaje del Santo Padre Francisco para la XXXII Jornada Mundial del Enfermo. p10**

**01/ Explorando la intersección entre dignidad y vulnerabilidad humana: un enfoque desde la Hospitalidad. José María Galán González-Serna p13**

**02/ Las enfermedades del presente siglo. Julio Sánchez Martín. p21**

**03/ Sobre el ser humano, la ética y la espiritualidad en la salud. Ángeles C. López-Tarrida. p27**

**04/ La humanización: Un camino de ternura al encuentro con el otro. M<sup>a</sup> Dolores Mansilla Pozuelo. p39**

**05/ El sufrimiento (suicidio y las autolesiones) en la población española infantojuvenil: una mirada profunda. Luisa del Campo. p51**

**06/ Retos de la humanización de los cuidados en salud mental penitenciaria. Bernabé Robles del Olmo. José Manuel Fernández Rodríguez. p61**

**07/ El fenómeno migratorio: Retos ético-asistenciales. Salvador Maneu Marcos. p69**

**08/ La ética en la Inteligencia Artificial generativa. Luis Peñas García. p75**

**09/ Experiencias. p82**  
**9.1/ ¿Cómo hacerlo? Herramientas para acompañar a personas que sufren mentalmente. Jos Moons, SJ.**  
**9.2/ Arte y humanización - Prácticas colaborativas. Raquel Pedro.**  
**9.3/ CuidARTE. Arte y humanización en dinámicas de cuidado. Gerardo Díaz Quirós.**

**10/ Recursos. p102**

# Normas de Publicación

## Normas generales para la presentación de artículos.

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

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

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

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

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

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

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

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

de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

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

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

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

## Acceso al fondo bibliográfico y pautas de suscripción

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

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

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

### Precio de las suscripciones

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

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



# editorial

## Humanización en el mundo cambiante

Si como dijo [Pierluigi Marchesi](#) allá por 1981,

“Humanizar un hospital, un centro de salud, es impedir que se pase de largo junto al hombre, impedir la inhumana división entre persona y enfermedad”.

Si en algunos momentos se ha contrapuesto la humanización con la técnica, cuando no es esta una buena aproximación porque una humanización sin técnica, no es tal humanización ya que, la humanización, como acción de humanizar, no la podemos mirar sólo por planos horizontales; ha de orientarse también de manera vertical con un movimiento ascendente-descendente-ascendente; o de otra manera, humanización

“Es la asunción de los constitutivos más débiles del hombre que son los que aproximan a la realidad del mismo, para descubrir, de manera intermitente, los elementos constitutivos de otros niveles humanos que integran su dignidad” (Plumed, C. 1999; 2024).

Una institución, un lugar, se dice están humanizados, cuando en ellos actúan personas humanizadas y, en consecuencia, se palpan las siguientes pautas:

- Hay transparencia y apertura, hay clara distinción de jerarquía y niveles de autoridad con unas vías definidas de comunicación fluidas: cada cual sabe lo que tiene que hacer.
- Se cree y practica el trabajo en equipo: hay confianza mutua.
- Hay inquietud por llevar a cabo una digna formación continuada a todos los niveles para mantener la disponibilidad para el encuentro con el enfermo, con los familiares, con los compañeros de trabajo.

Una cultura de la humanización sabe y aprecia lo relativo a la ciencia, y sabe que más allá de los descubrimientos, de los avances en el campo de la medicina, de la física, de la química, están las reacciones psíquicas del enfermo, su angustia y sufrimiento. Una cultura de la humanización se mueve en la civilización del amor, porque:

- Las máquinas pueden realizar grandes cosas, pero nunca comprender el sufrimiento del enfermo, sus tensiones, o sus emociones.
- Se ha de considerar el impacto que tiene en los usuarios, los grandes avances científicos y tecnológicos actuales.
- Se corre el riesgo de servirse de los aparatos para velar mejor al enfermo, ¿o de atender más a la máquina que al paciente mismo...?
- Estamos en un momento de riesgo de ponernos en mano de la llamada **Inteligencia Artificial (IA)** e incluso de considerarla como dios.

Humanizar es comprender al hombre en su totalidad, de forma puramente holística. Y esto solo es posible si caminamos hacia el encuentro del ser humano desde lo hondo: escuchando, conociendo, reconociendo sus problemas,

sus esperanzas, sus dificultades, su historia. Pero el encuentro es posible en reciprocidad. Nos humanizamos para humanizar. Y esto solo se puede conseguir si asumimos la valentía de reconocer nuestra propia historia también llena de soledad, fracasos, dificultades, esperanzas...

Solo desde ahí, renovándonos en profundidad, podemos redescubrir nuestros propios valores y los de los demás, reconociendo que toda persona es portadora de unos valores que la constituyen en sagrada.

“En este cambio de época en el que vivimos -nos dice el [Papa Francisco](#)-, nosotros los cristianos estamos especialmente llamados a hacer nuestra la mirada compasiva de Jesús. Cuidemos a quienes sufren y están solos, e incluso marginados y descartados. Con el amor recíproco que Cristo Señor nos da en la oración, sobre todo en la Eucaristía, sanemos las heridas de la soledad y del aislamiento. Cooperemos así a contrarrestar la cultura del individualismo, de la indiferencia, del descarte, y hagamos crecer la cultura de la ternura y de la compasión”.

Hemos sido creados para estar juntos, no solos. Y es precisamente porque este proyecto de comunión está inscrito en lo más profundo del corazón humano, que la experiencia del abandono y de la soledad nos asusta, es dolorosa e, incluso, inhumana. Y lo es aún más en tiempos de fragilidad, incertidumbre e inseguridad, provocadas, muchas veces, por la aparición de alguna enfermedad grave.

El abandono de las personas frágiles y su soledad también se agravan por el hecho de reducir los cuidados únicamente a servicios de salud, sin que éstos vayan acompañados por una “alianza terapéutica” entre médico, enfermo y familiares.

En la trama conceptual que envuelve la dignidad humana, en esta edición de [Labor Hospitalaria](#) hacemos una reflexión detallada sobre el principio de “Dignidad en el Trato”. Desde la idea de ser tratado dignamente hasta la pregunta crucial sobre la dignidad del destinatario o del propio trato, se desentrañan capas complejas de esta noción esencial. La vulnerabilidad se presenta como inherente a la condición humana, y se plantean preguntas sobre su impacto en la dignidad. Reconocer y abrazar la vulnerabilidad como parte inherente de la condición humana hace que la dignidad surja como un faro guía en todas las interacciones, apuntando hacia una sociedad más compasiva y justa.

La vida está hecha de experiencias que van transformando a la persona constantemente, expuesta a estímulos y vicisitudes que provocan una continua adaptación y que le muestra su propia vulnerabilidad. La interconexión global, los avances científico-técnicos, los movimientos migratorios y la heterogeneidad cultural engendran un mundo incierto e inestable. La clave tal vez está en el cuidado de la dimensión espiritual que se muestra como necesidad que atender y cuidar, pero también como fuente permanente de recursos para enfrentarse a las dificultades venideras.

Por supuesto, la genuina humanización entronca con todos los principios bioéticos, pero especialmente con los de autonomía y vulnerabilidad. ¿Cómo conseguir respetar la autonomía cuando hemos restringido ésta mediante una sentencia condenatoria? La clave reside en seguir considerando persona (“prójimo”) a aquella que ha cometido un acto que la sociedad ha considerado censurable.

Todos podemos hacer algo para ayudar y acompañar el sufrimiento de los demás. Podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir en una o en ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más racional de estos.

Nos dice [V. Frankl](#) que el concepto de desesperanza surge del sufrimiento sin propósito. Cuando somos capaces de dar un sentido a nuestro sufrimiento, este disminuye e incluso pueda actuar como un vector de cambio en nuestra vivencia personal.

Ayudar a una persona a situarse ante el sufrimiento, es sin duda uno de los ejes fundamentales de la humanización.

El marco legal que sustenta algunos programas públicos de acogida a personas migrantes y refugiadas, y que la Orden a través de numerosos centros gestiona, cumple escrupulosamente con la legislación vigente, aunque en no pocas ocasiones genera dilemas éticos cuando lo analizamos bajo el prisma de principio de hospitalidad.

Nuestro compromiso con las personas nos exige seguramente ir más allá de lo estrictamente financiado.

La Inteligencia Artificial tiene el potencial de mejorar la salud, la eficiencia laboral y las conexiones humanas, pero también puede reproducir perjuicios y prejuicios amenazando derechos fundamentales.

Igualmente, la seguridad de los datos, la transparencia, la diversidad y la responsabilidad son aspectos clave de la ética en la Inteligencia Artificial que habrán de ser salvaguardados con especial interés.

Precisamos introducir un enfoque de humanización, en el empleo de estas herramientas, para que no nos conduzca sin remedio a eliminar a la persona y su dignidad en el desempeño de nuestras tareas asistenciales.

En este mundo tan tecnológicamente cambiante en el que la ingeniería ocupa un rol predominante en el desarrollo de la humanidad, nos encontramos ante un nuevo paradigma que, si bien no viene a sustituir al pensamiento y raciocinio humano, sí que viene a transformar el cómo habremos de enfrentar los problemas

a los que debemos buscar solución: **la Inteligencia Artificial (IA)**

Se nos ha enseñado desde nuestra infancia aquello de

“**Hacer el bien con el sufrimiento y hacer el bien al que sufre**”.

Pero existe un desacuerdo radical, respecto a la capacidad humanizadora del dolor y el sufrimiento. No obstante, hay personas que abogamos por las posibilidades de humanizar el dolor y el sufrimiento, siempre y cuando ambos resultados inevitables.

Y ahí se puede encontrar la labor que se persigue, desde una pastoral integrada dentro de los equipos asistenciales y terapéuticos.

Por lo tanto, es posible todavía: el alivio, como antídoto del dolor; el consuelo, como acicate y vehículo del sufrimiento; y la comprensión poética y sapiencial del dolor: la comprensión pastoral del dolor y del sufrimiento.

Estamos en una sociedad que ha heredado las doctrinas de otras culturas anteriores generalmente dualistas y, la presente, no deja de ser también dualista en la concepción del hombre. Por eso continuamos el debate entre: el bien y el mal; la cara oculta y la de la luz; el yin y el yang; el cuerpo y el alma; la psique y el soma; el sí y el no; el bueno y el malo; masculino y femenino (aunque los/as más atrevidos/as abogan por el neutro, o hermafroditismo-narcisista tipo [Raine Maria Rilke](#)); vida y muerte...

Se nos urge a ser escaparate de la misericordia: misericordia-humanización-encarnación. Dios se revela como misericordia. San Juan de Dios como maestro en humanización: **la misericordia se inclina (se agacha) hacia la miseria (la limitación) y la revaloriza en la igualdad con reconciliación y perdón.**

Lo que más nos espolea de nuestro adormecimiento es que la misericordia no es una mirada compasiva al mal, sino la revalorización y promoción de la extracción del bien de todas las formas del mal existente. Porque donde hay una sombra se deduce una luz.

“**Los que sufren, no son los cuerpos; son las personas**” ([Eric Cassell](#)).

Y es cuanto nos importa, considerar la centralidad de la persona y su dignidad. En el contexto en que nos movemos en Labor Hospitalaria y, desde diferentes ángulos, estas reflexiones nos pueden ayudar, personal y profesionalmente a saber acompañar a las personas que experimentan el sufrimiento en sus diferentes facetas y teniendo en cuenta que tratamos el sufrimiento integralmente. Somos abanderados de la Hospitalidad-Humanización que está en el corazón del que acoge y acompaña.

**Hno. Calixto Plumed, O.H.**  
Director



Mensaje del  
Papa Francisco  
para la XXXII  
Jornada Mundial  
del Enfermo  
11 de febrero de 2024



## “No conviene que el hombre esté solo”. Cuidar al enfermo cuidando las relaciones

«No conviene que el hombre esté solo» (Gn 2,18). Desde el principio, Dios, que es amor, creó el ser humano para la comunión, inscribiendo en su ser la dimensión relacional. Así, nuestra vida, modelada a imagen de la Trinidad, está llamada a realizarse plenamente en el dinamismo de las relaciones, de la amistad y del amor mutuo. Hemos sido creados para estar juntos, no solos. Y es precisamente porque este proyecto de comunión está inscrito en lo más profundo del corazón humano, que la experiencia del abandono y de la soledad nos asusta, es dolorosa e, incluso, inhumana. Y lo es aún más en tiempos de fragilidad, incertidumbre e inseguridad, provocadas, muchas veces, por la aparición de alguna enfermedad grave.

Pienso, por ejemplo, en cuantos estuvieron terriblemente solos durante la pandemia de Covid-19; en los pacientes que no podían recibir visitas, pero también en los enfermeros, médicos y personal de apoyo, sobrecargados de trabajo y encerrados en las salas de aislamiento.

Y obviamente no olvidemos a quienes debieron afrontar solos la hora de la muerte, solo asistidos por el personal sanitario, pero lejos de sus propias familias.

Al mismo tiempo, me uno con dolor a la condición de sufrimiento y soledad de quienes, a causa de la guerra y sus trágicas consecuencias, se encuentran sin apoyo y sin asistencia. La guerra es la más terrible de las enfermedades sociales y son las personas más frágiles las que pagan el precio más alto.

Sin embargo, es necesario subrayar que, también en los países que gozan de paz y cuentan con mayores recursos, el tiempo de la vejez y de la enfermedad se vive a menudo en la soledad y, a veces, incluso en el abandono. Esta triste realidad es consecuencia sobre todo de la cultura del individualismo, que exalta el rendimiento a toda costa y cultiva el mito de la eficiencia, volviéndose indiferente e incluso despiadada cuando las personas ya no tienen la fuerza necesaria para seguir ese ritmo.

Se convierte entonces en una cultura del descarte, en la que «no se considera ya a las personas como un valor primario que hay que respetar y amparar, especialmente si son pobres o discapacitadas, si “todavía no son útiles” -como los no nacidos-, o si “ya no sirven” -como los ancianos-» (Cartaenc. Fratelli tutti, 18). Desgraciadamente, esta lógica también prevalece en determinadas opciones políticas, que no son capaces de poner en el centro la dignidad de la persona humana y sus necesidades, y no siempre favorecen las estrategias y los medios necesarios para garantizar el derecho fundamental a la salud y el acceso a los cuidados médicos a todo ser humano. Al mismo tiempo, el abandono de las personas

frágiles y su soledad también se agravan por el hecho de reducir los cuidados únicamente a servicios de salud, sin que éstos vayan sabiamente acompañados por una “alianza terapéutica” entre médico, paciente y familiares.

Nos hace bien volver a escuchar esa palabra bíblica: ¡no conviene que el hombre esté solo! Dios la pronuncia al comienzo mismo de la creación y nos revela así el sentido profundo de su designio sobre la humanidad, pero, al mismo tiempo, también la herida mortal del pecado, que se introduce generando celos, fracturas, divisiones y, por tanto, aislamiento. Esto afecta a la persona en todas sus relaciones; con Dios, consigo misma, con los demás y con la creación. Ese aislamiento nos hace perder el sentido de la existencia, nos roba la alegría del amor y nos hace experimentar una opresiva sensación de soledad en todas las etapas cruciales de la vida.

Hermanos y hermanas, el primer cuidado del que tenemos necesidad en la enfermedad es el de una cercanía llena de compasión y de ternura. Por eso, cuidar al enfermo significa, ante todo, cuidar sus relaciones, todas sus relaciones; con Dios, con los demás -familiares, amigos, personal sanitario-, con la creación y consigo mismo. ¿Es esto posible? Claro que es posible, y todos estamos llamados a comprometernos para que sea así. Fijémonos en la imagen del Buen Samaritano (cf. Lc 10, 25-37), en su capacidad para aminorar el paso y hacerse prójimo, en la actitud de ternura con que alivia las heridas del hermano que sufre.

Recordemos esta verdad central de nuestra vida, que hemos venido al mundo porque alguien nos ha acogido. Hemos sido hechos para el amor, estamos llamados a la comunión y a la fraternidad.

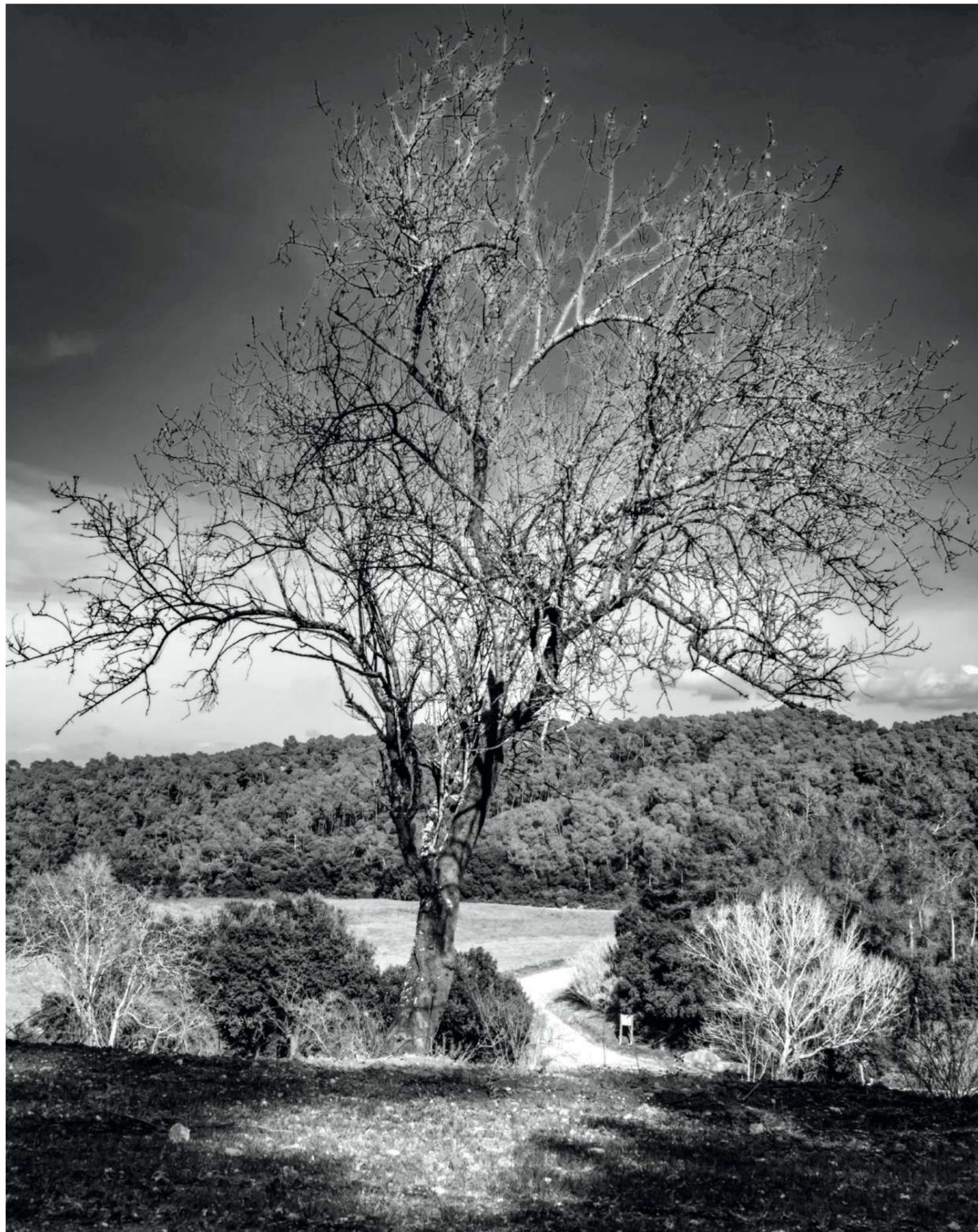
Esta dimensión de nuestro ser nos sostiene de manera particular en tiempos de enfermedad y fragilidad, y es la primera terapia que debemos adoptar todos juntos para curar las enfermedades de la sociedad en la que vivimos.

A ustedes que padecen una enfermedad, temporal o crónica, me gustaría decirles: ¡no se avergüencen de su deseo de cercanía y ternura! No lo oculten y no piensen nunca que son una carga para los demás. La condición de los enfermos nos invita a todos a frenar los ritmos exasperados en los que estamos inmersos y a redescubrirnos a nosotros mismos.

En este cambio de época en el que vivimos, nosotros los cristianos estamos especialmente llamados a hacer nuestra la mirada compasiva de Jesús. Cuidemos a quienes sufren y están solos, e incluso marginados y descartados. Con el amor recíproco que Cristo Señor nos da en la oración, sobre todo en la Eucaristía, sanemos las heridas de la soledad y del aislamiento. Cooperemos así a contrarrestar la cultura del individualismo, de la indiferencia, del descarte, y hagamos crecer la cultura de la ternura y de la compasión.

Los enfermos, los frágiles, los pobres están en el corazón de la Iglesia y deben estar también en el centro de nuestra atención humana y solicitud pastoral. No olvidemos esto. Y encomendémonos a María Santísima, Salud de los Enfermos, para que interceda por nosotros y nos ayude a ser artífices de cercanía y de relaciones fraternas.

Roma, San Juan de Letrán,  
10 de enero de 2024  
Francisco



01/

## Explorando

la intersección  
entre dignidad  
y vulnerabilidad  
humana:

un enfoque desde  
la Hospitalidad

**José María Galán González-Serna,**

Director Departamento de Ética.

Provincia San Juan de Dios España

En la trama conceptual que envuelve la dignidad humana, este artículo se sumerge en una reflexión detallada sobre el principio de "Dignidad en el Trato". Desde la idea de ser tratado dignamente hasta la pregunta crucial sobre la dignidad del destinatario o del propio trato, se desentrañan capas complejas de esta noción esencial. La vulnerabilidad se presenta como inherente a la condición humana, y se plantean preguntas sobre su impacto en la dignidad. Reconocer y abrazar la vulnerabilidad como parte inherente de la condición humana hace que la dignidad surja como un faro guía en todas las interacciones, apuntando hacia una sociedad más compasiva y justa.

*Palabras clave: Dignidad, Derechos Humanos, Autonomía, Inclusión, Vulnerabilidad*

In the conceptual framework that surrounds human dignity, this article immerses itself in a detailed reflection on the principle of "Dignity in Treatment". From the idea of being treated with dignity to the crucial question of the dignity of the recipient or of one's own treatment, complex layers of this essential notion are unraveled. Vulnerability is presented as inherent to the human condition, and questions are raised about its impact on dignity. Acknowledging and embracing vulnerability as an inherent part of the human condition makes dignity emerge as a guiding beacon in all interactions, pointing towards a more compassionate and just society.

*Key words: Dignity, Humans Rights, Autonomy, Inclusion, Vulnerability*

## 1/

## Dignidad y Derechos: Un Vínculo Inseparable.

El abordaje de la asistencia sanitaria y social desde la perspectiva de los derechos humanos y el humanismo implica no solo garantizar el acceso a servicios de calidad, sino también respetar la dignidad, autonomía e inclusión de las personas. Los profesionales desempeñan un papel clave en la promoción de estos principios, contribuyendo así a un enfoque más ético y humano en el abordaje a la atención a personas con vulnerabilidades diversas.

El viaje conceptual que explora la conexión intrínseca entre dignidad y derechos humanos hoy tiene un hito esencial en el reconocimiento de la dignidad como sujeto de derechos que se enlaza con la [Declaración Universal de los Derechos Humanos](#) y en nuestro entorno con el [Artículo 10 de la Constitución Española](#), donde la dignidad y los derechos inherentes son fundamentales para el orden político y la paz social. Los derechos humanos son los derechos y libertades inherentes a todos los seres humanos, reconocidos y protegidos a nivel internacional. Estos derechos son fundamentales para garantizar el respeto y la protección de la dignidad de cada persona, independientemente de su origen, género, raza, religión, orientación sexual

u otras características. La dignidad humana es el valor inherente y la singularidad que posee cada individuo simplemente por ser humano. Este concepto reconoce que cada persona merece ser tratada con respeto, consideración y valor, independientemente de sus características, logros o circunstancias.

A pesar de que el concepto de dignidad lleva un amplio recorrido histórico plasmado en los contenidos declarados en los textos constitucionales y legales, al constatar fenómenos como la deshumanización, el estigma, o los malos tratos que pueden presentarse en el mundo sanitario y social, debemos seguir preguntándonos sobre la naturaleza de la dignidad y si ésta se sitúa entre lo inherente o lo concedido al ser humano por otros seres humanos. ¿Se trata de dignidad de una cualidad intrínseca, ontológica, o de un atributo otorgado? Y esta no es una pregunta baladí, ya que la constatación del estigma social hacia muchas personas vulnerables, así como su falta de asistencia adecuada nos hace indagar sobre la necesidad de exigir el reconocimiento externo de esta realidad personal y plantea la dicotomía entre un concepto de dignidad racional argumentativo teórico y su concepción como derivada de un sentimiento solidario empático compasivo<sup>1</sup>.

## 2/

## Dignidad y Vulnerabilidad: Una Relación Compleja.

Al igual que la dignidad, la vulnerabilidad es una cualidad intrínseca al ser humano<sup>2</sup>. La vulnerabilidad se define como la cualidad de poder ser herido en la integridad personal. Este estado hace que uno sea susceptible de sufrir daño,

1. Erving Goffman (1963) "Estigma: La identidad deteriorada". Ed. Amorrotu, Buenos Aires, 1970

2. Torralba, F. (2023). La relación entre el principio de dignidad y de vulnerabilidad. *Persona Y Derecho*, (89), 39-55. <https://doi.org/10.15581/011.89.002>

## La Hospitalidad promueve el respeto y el cuidado hacia otros, reflejando su dignidad y cultivando un enfoque humanitario en la sociedad

ya sea física o moralmente, y se asocia intrínsecamente con la fragilidad. Aunque a menudo se percibe como un signo de debilidad, la vulnerabilidad es, de hecho, una característica inherente a la esencia humana. En la salvaguarda de la dignidad es posible que se pueda confundir entre dignidad intrínseca y extrínseca, y que se pueda suponer, posiblemente por error, la dificultad de otorgar dignidad a aquellos que no pueden defenderse por sí mismos. De este modo, se plantea la disyuntiva entre comprender lo que requiere la dignidad en sí misma y actuar coherentemente con esa demanda ético-racional.

Cuando percibimos cómo la vulnerabilidad se traduce en fragilidad, en dependencia, en experiencias singulares de sufrimiento, se plantean preguntas cruciales que buscan desentrañar la complejidad de la relación entre dignidad y vulnerabilidad: ¿Se ve comprometida la dignidad con la vulnerabilidad, la fragilidad, la discapacidad física, social o mental, o la proximidad a la muerte? ¿La vulnerabilidad atenta contra la dignidad humana? ¿Ser más vulnerable o estar en una situación de mayor fragilidad, implica ser más indigno?

Si ejercemos nuestra capacidad empática y compasiva intuiremos a la dignidad como una condición humana siempre presente, un ancla que fija la resiliencia y que genera respeto y responsabilidad en las experiencias concretas de vulnerabilidad. Cuando se expresa la vulnerabilidad humana en la fragilidad, la dignidad, lejos de debilitarse o desaparecer, emerge como un pilar fundamental.

Es la dignidad la que nos sostiene cuando las condiciones de vida dejan de ser las ideales, y nos invita a explorar la conexión intrínseca entre la propia identidad esencial y la vivencia de la vulnerabilidad, el sufrimiento, la espiritualidad, los cuidados, el acompañamiento y la sanación. En el contexto de la vulnerabilidad, el cuidado y el respeto hacia los individuos se consideran manifestaciones concretas de reconocimiento de su dignidad.

La ética del cuidado, la promoción de la autonomía y la creación de condiciones dignas son aspectos clave en la consideración de esta relación. La capacidad de mantener la autonomía, incluso en situaciones de vulnerabilidad, puede ser crucial para preservar la dignidad, aunque no la condicione. El respeto a la autonomía de las personas vulnerables contribuye a reconocer su dignidad como sujetos de derechos y agentes morales.

Desde una perspectiva filosófica deontológica, el sentido moderno de la dignidad según **Kant** atribuye a la persona un valor incondicional, absoluto e incomparable por el que tratar dignamente implica considerar a la persona como un fin en sí misma, independiente de condiciones sociales o interpretaciones subjetivas. Según Kant, la autonomía moral, entendida como la capacidad de legislarse a uno mismo siguiendo principios racionales, es lo que confiere dignidad a la persona. En su obra "[Fundamentación de la metafísica de las costumbres](#)" y en otras escrituras éticas, Kant sostiene que la autonomía implica la capacidad de actuar de acuerdo con la ley moral que uno mismo se da, y esta capacidad es lo que distingue a los seres humanos y les otorga su valor intrínseco. Sin embargo. En sintonía con esta concepción en nuestra cultura se suele fundamentar la dignidad en la capacidad de ejercer la propia autonomía.

Así se despliegan cuestionamientos sobre si la autonomía es el fundamento de la dignidad humana y qué valor tienen aquellos que carecen de autonomía. La clasificación de las personas según su dignidad entendida sólo como capacidad de autonomía eficaz, provoca preguntas profundas sobre la esencia de la igualdad humana. La afirmación de que todos somos iguales en dignidad plantea la lógica conclusión de que merecemos un trato digno independientemente de la capacidad de ejercer la propia autonomía por sí mismo. Sin embargo, hemos de interpellarnos sobre cómo esta afirmación racional influye en la actitud hacia aquellos que enfrentan limitaciones en sus funciones superiores e inferiores.

Si subrayamos que la dignidad no es una cualidad otorgada por otros ni dependiente de su capacidad del ejercicio de la autonomía, sino consustancial al ser humano, independiente de condicionamientos étnicos, de género o sociales, la dignidad humana se revela como un valor interno e insustituible. Por consiguiente, en sí mismo presente siempre y no dependiente de si es o no otorgado. La dignidad, como concepto fundamental, exige el ser tratado con respeto, generando así un círculo virtuoso.

Desde una perspectiva más clásica Boecio nos señala la naturaleza racional de la persona, definiéndola como una “**sustancia individual de naturaleza racional**”. Se destaca aquí que la persona no es solo razón o conciencia, o capacidad de ejercer su racionalidad, sino que pertenece a una naturaleza con potencialidad para ambas, pero sin exigencia de capacidad actual. ¿Una persona dormida deja de tener dignidad durante el sueño? ¿Una persona con necesidades de apoyo para ejercer su autonomía deja por esto de ser digna? ¿Un recién nacido que no ejerce su autonomía porque aún no tiene madurez para ello, es por eso indigno? ¿Y el nasciturus? ¿El cuerpo de una persona fallecida, o su legado biográfico, han dejado de participar de la dignidad inherentemente reconocida cuando vivía?

San Juan de Dios entiende la dignidad desde el respeto debido a la condición de hijos de Dios. La creación a imagen de Dios otorga a cada ser humano una dignidad indiscutible, siendo la base de su valor ante otros y ante sí mismo.

En última instancia, este análisis revela la dinámica interconexión entre dignidad y vulnerabilidad.

Al reconocer y abrazar la vulnerabilidad como parte inherente de la condición humana, la dignidad emerge como un faro guía en todas las interacciones, iluminando el camino hacia una sociedad más compasiva, respetuosa y ética<sup>3</sup>.

### 3/

## Dignidad en la Práctica de la Hospitalidad.

El concepto de dignidad se traslada a la práctica de la Hospitalidad, destacando esta experiencia como promotora de la alteridad. La hospitalidad se convierte en un espacio donde el respeto y el cuidado responsable hacia otros se materializan, se practican, reconociendo así su dignidad.

La hospitalidad, en su compromiso con la vulnerabilidad, se erige como un terreno fértil para cultivar este enfoque humanitario. Es de justicia reconocer la dignidad inherente de cada individuo y responder con un trato que refleje respeto, comprensión y empatía, llevando consigo la promesa de una sociedad basada en la igualdad y la equidad. Se introduce el concepto de “**Buen Trato**” como el estilo de atención inspirado en la visión de San Juan de Dios. La dignidad orienta esta visión holística basada en un enfoque de derechos, delineando la obligación de garantizar y defender el respeto a la vida, la supervivencia, el bienestar, la salud, el desarrollo, la participación y la no discriminación de las personas más vulnerables.

La vulnerabilidad implica una situación de riesgo, y la hospitalidad, como compromiso ético, debe garantizar una “**casa segura**”. Esto implica identificar los distintos riesgos a los que se enfrentan las personas vulnerables y los factores que pueden propiciar el abuso o maltrato. La construcción de esta “**Casa Segura**” se convierte en una tarea esencial para la ética de la hospitalidad<sup>4</sup>.

En esta tarea preventiva de los riesgos inherentes a la vulnerabilidad es importante tener presente que el abuso y maltrato abarcan no solo la violencia física, sino también amenazas a la

3. Anibal Urrutia R. La dignidad humana: Un Faro que ilumina Nuestro Camino hacia una Sociedad Justa y Equitativa. Disponible en: <https://arielanibalurrutia.blogspot.com/p/la-dignidad-humana-un-faro-que-ilumina.html>

4. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (2022). Hospitalidad Casa Segura. Archivo Museo San Juan de Dios Casa de los Pisa: Granada. Disponible en: [https://sjd.es/wp-content/uploads/2022/10/Hospitalidad-Casa-segura-SanJuandeDios\\_2022.pdf](https://sjd.es/wp-content/uploads/2022/10/Hospitalidad-Casa-segura-SanJuandeDios_2022.pdf)

integridad personal, abandono, negligencia en el cuidado, abuso verbal, psicológico, sexual, patrimonial, económico, y cualquier otro que atente contra los derechos fundamentales de la persona, incluyendo la dignidad, intimidad, datos, y su propia imagen.

### 4/

## El Agente entre Dignidad y Trato: La Misericordia.

La percepción de la dignidad en el contexto de la vulnerabilidad exige sensibilidad social y puede ser reconocida a través de lo que se ha denominado “**misericordia**” y ser materializada mediante la práctica de la humanización en el contexto de la hospitalidad. Este acto de reconocimiento sensible desencadena una movilización ética, una acción destinada a prevenir o restaurar la integridad en riesgo o pérdida. Lleva a una conducta que da respuesta a la necesidad identificada.

La vulnerabilidad, cuando alcanza niveles que comprometen la integridad, ha de generar actitudes éticas de proximidad. Reconocer la dignidad vulnerada impulsa a acciones preventivas o de recuperación, en un esfuerzo por contrarrestar los efectos negativos de la vulnerabilidad.

Entre la dignidad y el trato, se sitúa un agente crucial, el profesional o el voluntario, encargado de reconocer la dignidad y traducir ese reconocimiento en intenciones, actitudes y conductas coherentes con ella. El buen trato, como expectativa básica de la humanidad vulnerable y vulnerada y la constatación de que no siempre se logra ese buen trato y de que a veces se cae en el mal trato, plantea la pregunta sobre la capacidad universal para este reconocimiento

y respuesta ética. ¿Cualquier persona es capaz de identificar la necesidad de un buen trato y posee las actitudes competencias y conductas adecuadas para proporcionarlo acertadamente? ¿Es una capacidad innata o aprendida? ¿Conlleva motivaciones intrínsecas de la propia persona o se ve exigida de un modo extrínseco por su entorno, por la institución o contexto donde desarrolla su profesionalidad?

La sensibilidad moral para reconocer la dignidad y ofrecer un trato digno se convierte en un imperativo ético<sup>5</sup>. Es decir, la sensibilidad moral en la práctica conlleva o deriva en un llamado a la compasión y ésta, guiada por la razón, mueve a la acción. El trato humanizado, según la Orden, se fundamenta en una relación de ayuda que aborda aspectos cruciales como la información, autonomía e intimidad. La atención integral se visualiza como holística, centrada en la persona y justa, incorporando también dimensiones espirituales. La espiritualidad se destaca como un componente vital de la atención integral, abarcando el acompañamiento en la apertura a la trascendencia, la creación de un contexto ambiental de sentido vital, la activación de potencialidades para el crecimiento personal y la generación de esperanza, paz y soporte vital<sup>6</sup>.

San Juan de Dios, fue un observador sensible a la realidad, y demostró su sensibilidad moral ante el maltrato a los enfermos mentales que él vivió en su propia persona:

“¡Oh traidores enemigos de virtud!  
¿por qué tratáis tan mal y con tanta  
crueldad a estos pobres miserables y  
hermanos míos? ¿No sería mejor que  
os compadeciesedes dellos y de sus  
trabajos, y los limpiasedes y diesedes  
de comer con más caridad y amor que  
lo hacéis; pues los Reyes Católicos  
dexaron para ello cumplidamente  
la renta que era menester?”<sup>7</sup>.

5. Rest, J.R. (1986). Moral development: Advances in research and theory. Minneapolis: University of Minnesota Press.

6. López-Tarrida, Á.C. (2023). Cuidando con sentido: la atención de la dimensión espiritual de la persona en el entorno clínico. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Sevilla, Sevilla.

7. Castro, F. (1585) Historia de la vida y santas obras de Juan de Dios y de la institución de su Orden y principio de su Hospital. Granada. Disponible en <https://www.bibliotecavirtualdeandalucia.es/catalogo/es/consulta/registro.do?id=6277>

En su caso, se capacitó para ofrecer un buen trato al tomar conciencia de ser amado por Dios, lo que le dio un impulso irrefrenable a salir de sí y ofrecer su persona al servicio a los más vulnerables. La experiencia de ser amado por Dios supuso en él la base para dar un trato radical y apasionado mostrando un ingenio, una fuerza, un alcance y una perseverancia tan inusitadas que han generado un modelo de atención que perdura cinco siglos tras él. Es relevante fomentar entre los agentes que actúan al servicio de la persona vulnerable que se cultiven cualidades como apertura, acogida, capacidad de escucha y diálogo, actitud de servicio y sencillez. Estas cualidades se consideran esenciales para establecer un ambiente propicio para la atención integral.

Así la hospitalidad permite la humanización que se presenta como una acción que orienta a todas las facetas de la asistencia hospitalaria. Desde la atención centrada en la persona hasta la accesibilidad y confort de las instalaciones, se destaca la importancia de tratar a los pacientes con calidad y humanidad demostrando la conexión intrínseca entre dignidad, hospitalidad y un trato característico. La hospitalidad, según la Orden, se manifiesta a través de actitudes y gestos fundamentales, entre ellos el servicio humilde, paciencia, responsabilidad, respeto, fidelidad, comprensión, benevolencia y abnegación. Estas actitudes son consideradas esenciales para ofrecer una atención integral.

Para **San Juan de Dios** los valores de hospitalidad, respeto, responsabilidad, calidad y espiritualidad están interrelacionados y juntos pueden formar un marco ético y moral que guíe las acciones individuales y organizacionales.

La hospitalidad y el respeto van de la mano, ya que recibir a alguien de manera hospitalaria implica respetar su dignidad, necesidades y deseos. Ser hospitalario en la atención implica la responsabilidad de garantizar que las personas asistidas se sientan bienvenidas y atendidas adecuadamente. Proporcionar servicios de calidad implica asumir la responsabilidad de cumplir con los estándares profesionales, seguir las mejores

prácticas y garantizar un entorno seguro. La calidad en la atención puede incluir consideraciones espirituales al reconocer y respetar las dimensiones espirituales de los pacientes o usuarios. El respeto por la espiritualidad implica reconocer y respetar las creencias y prácticas espirituales de los individuos, contribuyendo a su bienestar holístico. La hospitalidad en entornos de atención asistencial puede extenderse a la espiritualidad al proporcionar un espacio acogedor para expresiones espirituales y religiosas<sup>8</sup>.

Más que un simple respeto a los derechos, se busca una actitud empática, comprensiva y compasiva, desplegando respuestas multidimensionales ajustadas a necesidades, y moduladas por la autonomía, la no maleficencia y la justicia.

En conjunto, estos valores forman un marco integral que busca cultivar entornos de atención médica que sean acogedores, respetuosos, responsables, de calidad y sensibles a las dimensiones espirituales de los individuos. Integrar estos valores en la práctica clínica contribuye a una atención más humanizada y centrada en el bienestar integral de las personas.

La Orden destaca en relación con el logro de la atención integral, la necesidad de la interprofesionalidad ejercida a través del trabajo en equipo. El trabajo en equipo interprofesional se plantea como la respuesta de conjunto necesaria para abordar las complejidades de las necesidades de salud de la población atendida. Es por tanto necesaria, no sólo una práctica ética individual, sino también colectiva. La ética interprofesional, basada en valores compartidos, se presenta como un enfoque imprescindible en la actualidad. Es posible abordarla desde diferentes perspectivas, destacando la importancia de “**virtudes comunes**” y principios éticos universales para sustentar las relaciones entre las profesiones<sup>9</sup>.

Algunos principios fundamentales de la ética interprofesional en salud incluyen<sup>10</sup>:

8. OpenAI. (2024, 10 de febrero). Qué relación entre los valores hospitalidad, respeto, responsabilidad, calidad, espiritualidad. ChatGPT [Modelo de lenguaje GPT-3.5]. Recuperado de [https://chat.openai.com/c/47f3ff9f-3cf7-4d6b-b5b6-e738d06185ac]

9. Interprofessional Education Collaborative. (2023). IPEC Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Version 3. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative. Disponible en: https://www.ipeccollaborative.org/assets/core-competencies/IPEC\_Core\_Competencies\_Version\_3\_2023.pdf

10. OpenAI. (2024, 10 de febrero). Algunos principios fundamentales de la ética interprofesional en salud incluyen. ChatGPT [Modelo de lenguaje GPT-3.5]. Recuperado de [https://chat.openai.com/c/47f3ff9f-3cf7-4d6b-b5b6-e738d06185ac]

## Profesionales y voluntarios son clave en reconocer y traducir la dignidad en acciones coherentes, cuestionando la universalidad y motivaciones del buen trato ético

1. Colaboración y trabajo en equipo: Fomentar la colaboración efectiva entre profesionales de la salud o de servicios sociales de diferentes disciplinas para proporcionar una atención integral y coordinada.
2. Respeto y comprensión: Reconocer y respetar las habilidades, conocimientos y roles de cada miembro del equipo asistencial, valorando la diversidad de perspectivas y experiencias.
3. Comunicación abierta y efectiva: Establecer canales de comunicación claros y abiertos entre los profesionales de la salud y de servicios sociales para facilitar la transferencia de información relevante y mejorar la toma de decisiones compartida.
4. Énfasis en el paciente o usuario: Priorizar el bienestar del paciente o usuario y centrarse en sus necesidades, valores y preferencias en la toma de decisiones y la planificación del cuidado.
5. Responsabilidad compartida: Reconocer la responsabilidad colectiva del equipo asistencial en la prestación de atención de calidad y la mejora continua de los resultados para los pacientes o usuarios.
6. Aprendizaje continuo: Promover un ambiente que fomente el aprendizaje y la mejora continua, alentando la actualización constante de conocimientos y habilidades.
7. Ética y valores compartidos: Establecer y adherirse a principios éticos y valores compartidos que guíen la conducta de los profesionales en su colaboración interprofesional.
8. Autonomía y toma de decisiones compartida: Fomentar la participación activa de los pacientes o usuarios en la toma de decisiones sobre su atención y respetar su autonomía, trabajando con ellos en lugar de simplemente para ellos.

de atención sanitaria, social y sociosanitaria moderno y complejo, donde la colaboración efectiva entre diversos profesionales contribuye a una atención más completa y eficiente para los pacientes. Además, se alinea con la importancia de abordar los desafíos éticos y morales que pueden surgir en la práctica clínica y promover una cultura de respeto mutuo y trabajo en equipo.

La dignidad y su reconocimiento por todos los componentes del equipo resulta de guía para lograr una actuación ética integrada por estar centrada en la persona al orientar los intereses y conductas al fin de la actuación del equipo: la atención holística de la persona vulnerable.

La ética interprofesional es esencial en un entorno



02/

# Las enfermedades del presente siglo.

**Julio Sánchez Martín,**

Especialista en Medicina Familiar y Reumatólogo.  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Durante el siglo XX, se experimentó un aumento significativo en la esperanza de vida y un optimismo respecto a la erradicación de enfermedades. Sin embargo, eventos como la aparición del VIH/SIDA y el aumento de enfermedades crónicas replantearon la definición de salud, incorporando dimensiones como el bienestar espiritual. En el siglo XXI, el envejecimiento poblacional y la llegada de nuevas pandemias han planteado desafíos para los sistemas de salud. Como consecuencia se observa una polarización en las actitudes de los pacientes, desde la colaboración proactiva hasta la confrontación demandante. El modelo biopsicosocial reconoce la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud, facilitando un enfoque holístico en la atención médica y la promoción del bienestar.

*Palabras clave: Esperanza de vida, Enfermedades infecciosas, Relación médico-paciente, Modelo biopsicosocial*

In the 20th century there was a significant increase in life expectancy and an optimism regarding the eradication of illnesses. Events such as the appearance of HIV/AIDS, however, and the increase of chronic illnesses made it necessary to reconsider the definition of health, adding such dimensions as spiritual wellbeing. Now, in the 21st century, the ageing of the population and the arrival of new pandemics have posed challenges for our health systems. As a result, a polarisation may be observed in patients' attitudes, between proactive cooperation and highly demanding confrontations. The biopsychosocial model recognises the interaction of biological, psychological and social factors in health, thus favouring a holistic approach in medical care and the promotion of wellbeing.

*Key words: Life expectancy, Infectious diseases, Doctor-patient relationship, Biopsychosocial model*

A lo largo de la primera mitad del siglo XX, una fuerte euforia social fue configurándose en el terreno de la lucha contra la enfermedad, pues si la expectativa media de vida era de unos treinta y cinco a cuarenta años en el siglo anterior, esta empezó a crecer hasta llegar a una esperanza superior a los setenta años en la década de los 60: El desarrollo de la higiene pública y el aumento del nivel de vida supusieron un incremento paulatino en la longevidad media del ser humano.

En las décadas de los años 60 y 70 del siglo XX, parece que la humanidad, al menos en el Occidente desarrollado, está a punto de llegar a la total erradicación de la enfermedad. Las enfermedades infecciosas pueden ser combatidas eficazmente gracias al poderoso arsenal de antibióticos; en cuanto a las neoplasias o enfermedades malignas, aunque sigue el desconocimiento de sus causas desencadenantes, parece que las investigaciones siguen un buen camino y no parece descabellado pensar que en un futuro no muy lejano sea posible la prevención y curación de las mismas.

No en vano, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, definió la salud en aquellos años como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud, que es capaz de conseguir, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La promoción de una política sanitaria

encaminada a la salud del conjunto de la población se convierte en una obligación moral que todo estado debe imponer. A menudo, el resultado es una lucha frenética por la salud y por posponer la muerte a cualquier precio.

Sin embargo, este estado ideal y final de bienestar, no acaba de alcanzarse. En 1981 se diagnostican los primeros casos de una enfermedad hasta entonces desconocida: “**El síndrome de Inmunodeficiencia humana**”. Las enfermedades infecciosas, aparentemente superadas y desaparecidas vuelven a hacer su aparición. Así mismo, aumenta el consumo de drogas o las lesiones o muertes en accidentes laborales y de circulación. Ante ello, la definición de salud planteada por la OMS se replantea. En esta nueva definición, el hombre no mantiene ya esta posición de dominio de la naturaleza, sino que reconoce que la salud no es un concepto absoluto, sino relativo y que depende de un estado de equilibrio con la naturaleza.

Llegados ya al siglo XXI, la mayor esperanza de vida en los países desarrollados y el progresivo envejecimiento de la población es un hecho incuestionable. Un fenómeno relativamente nuevo con una consecuencia principal: el marcado incremento de las enfermedades crónicas, la nueva pandemia. Cada año, 35 millones de fallecimientos en el mundo derivan de estas patologías, el 60% de las muertes por todas las causas. Los problemas cardiovasculares, la diabetes, los trastornos respiratorios y el cáncer son las cuatro patologías crónicas fundamentales. Las necesidades actuales ya no sólo se reducen a las medidas preventivas, los trastornos crónicos se han hecho un hueco importante y se hace imprescindible el cambio de mentalidad. No basta con propiciar el abandono del hábito de fumar, por ejemplo. Ya hay ciudadanos con cáncer o una enfermedad respiratoria que, lejos de curarse, les va a acompañar toda la vida. Ahora toca gestionar una serie de casos crónicos que, en España, consumen cerca del 70% del presupuesto sanitario. El incumplimiento del tratamiento y la excesiva frecuentación de las consultas médicas son

algunas de las principales señales de alerta del inadecuado funcionamiento del sistema sanitario.

Como consecuencia, la definición de salud de la OMS se replantea y complementa cada vez más con la cuarta dimensión: la salud espiritual. En términos generales, la salud espiritual implica un sentido de plenitud y satisfacción con la propia vida, sistema de valores, autoconfianza y autoestima, autoconsciencia y presencia, paz y tranquilidad con equilibrio emocional dinámico. Los profesionales de la salud, y los representantes políticos también, necesitan saber qué es lo que la propia gente percibe como las cuestiones más importantes en relación con la salud, en particular lo que la salud es, y qué factores en la vida de las personas constituyen la salud.

Actualmente vivimos en un entorno digital, y observamos que el género y la edad influyen tanto en las percepciones de salud de las personas como sus antecedentes y factores ambientales. En general, la perspectiva laica sobre la salud parece estar caracterizada por tres cualidades: totalidad, pragmatismo e individualismo. La **totalidad** está relacionada con la salud como un fenómeno holístico. La salud es un aspecto entrelazado con todos los demás aspectos de la vida, laboral, familiar y comunitaria.

La ausencia de enfermedad no es suficiente: se debe tener en cuenta la situación de la vida como un todo. El **pragmatismo** refleja la salud como un fenómeno relativo. La salud se experimenta y evalúa de acuerdo con lo que la gente considera razonable esperar, dada su edad, condiciones médicas iniciales y situación social. La mayoría de las personas son realistas en sus expectativas de vida. Finalmente, el **individualismo** se relaciona con la salud como un fenómeno altamente personal. La percepción de la salud depende de quién eres como persona. Además, los valores son individuales y, como cada ser humano es único, las estrategias para mejorar la salud deben de individualizarse.

Frente a las perspectivas y demandas del paciente, podemos apreciar en el momento actual una

A pesar de avances, el siglo XXI enfrenta desafíos como el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas, lo que redefine la noción de salud y requiere una adaptación en los sistemas de salud

falta de respuesta por parte del sistema sanitario de salud (**SNS**), con tres grandes grietas en su estructura: la **crisis de la atención primaria**, en la que la desinversión crónica, las malas condiciones de trabajo y la jubilación masiva, ha roto la tradicional accesibilidad, continuidad y atención longitudinal, los tres atributos esenciales para una buena medicina y enfermería del primer nivel de atención; la **crisis moral de los profesionales del SNS**, su desafección y desilusión forma parte de un grave problema pues rompe el contrato social implícito en el que se anclan los valores que sustentan el compromiso y la fidelización; la **crisis de la cobertura pública**, que está llevando a parte de las capas medias de la sociedad a escaparse al aseguramiento privado para sortear las crecientes esperas y dificultades de la sanidad pública.

Todo esto nos lleva a fijarnos por fin en la propia relación médico-paciente propiamente dicha. Podría decirse que la relación establecida entre el profesional sanitario y el paciente ha sido siempre asimétrica. Con el paso del tiempo y unido a la evolución experimentada por la ciudadanía, esta relación ha cambiado en algunos aspectos. Hoy día, la población tiene acceso a un gran volumen de información sobre salud, proporcionada no sólo por los profesionales sanitarios, sino obtenida también a través de otros canales, como son las asociaciones de pacientes, los medios de comunicación o internet. A su vez, el ciudadano medio actual ha adquirido un nivel de formación más elevado al de hace décadas y entiende su salud como un bien individual ante el que puede tomar sus propias decisiones.

De esta forma, la relación establecida entre médico y paciente pasa a ser más colaboradora, apareciendo la figura del paciente informado, que se responsabiliza y se implica en cuidar su salud. Se trata de un paciente consciente de su enfermedad o situación, comprometido para mejorar su condición clínica y su calidad de vida, y que suele cumplir mejor con el tratamiento indicado. Colabora más con los profesionales que lo tratan y, siendo de esta forma

“paciente-maduro”, puede ayudar a otros pacientes a formarse y a contribuir a la mejora de los servicios sanitarios.

Frente a esta actitud más comprometida por parte de algunos pacientes, existe en contraposición otro tipo de actitud más reivindicativa, basada en la resolución aguda de problemas por parte del médico tratante y menos en su implicación activa como máximo responsable del acto médico, con poca o ninguna tolerancia a la frustración y un mal manejo de la información adquirida por otros medios. Es el llamado “paciente-adolescente”. Este paciente es un reto para el médico, no solo porque exige un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico sino porque además precisa de un manejo diferente, más basado en el razonamiento e incluso en la negociación, así como de una mayor mesura en el trato. Así pues, podríamos resumir que en el siglo actual la actitud del paciente se ha polarizado en estos dos tipos de personas. Estas dos actitudes diferenciadas las observo fundamentalmente en los pacientes con dolor crónico de diverso origen, a cuyo diagnóstico y tratamiento he dedicado los últimos doce años de mi vida profesional.

Existen muchos factores de diversa índole que pueden influir en la actitud del paciente frente a su enfermedad y en el tipo de trato y respuesta que nos provocan o exigen a los que somos sus médicos, factores que conforman lo que conocemos hoy día como el modelo **biopsicosocial de la salud**, que está cada vez más presente en el acto médico. Los factores biológicos estarían relacionados con la propia enfermedad y cómo afecta a los procesos biológicos y físicos del organismo.

Los **factores psicológicos** desempeñan un papel fundamental en este modelo, ya que influyen de manera significativa en la salud y el bienestar emocional de las personas. Estos factores están relacionados con los procesos mentales, emocionales y cognitivos que afectan a la percepción, al comportamiento y a la forma en que las personas enfrentan y gestionan la enfermedad.

La motivación, la autoeficacia y la capacidad para manejar el estrés pueden influir en la disposición de una persona para seguir las indicaciones médicas, lo que a su vez puede afectar a la efectividad del tratamiento y al resultado de la enfermedad. Asimismo, la forma en que las personas perciben y gestionan sus emociones puede influir en su capacidad para enfrentar situaciones difíciles y recuperarse de enfermedades.

Los **factores sociales**, como el estatus socioeconómico, el nivel educativo, el apoyo social y las conexiones comunitarias, tienen un impacto directo en la salud.

Las desigualdades sociales pueden influir en el acceso a recursos y oportunidades de salud, lo que a su vez puede afectar negativamente a nuestra calidad de vida y bienestar. Además, la cultura desempeña un papel importante en cómo percibimos la enfermedad, buscamos ayuda y nos relacionamos con los demás.

Las creencias, valores y prácticas culturales pueden influir en nuestras actitudes hacia la salud, en cómo tomamos decisiones relacionadas con nuestra salud y en cómo nos relacionamos con los proveedores de atención médica.

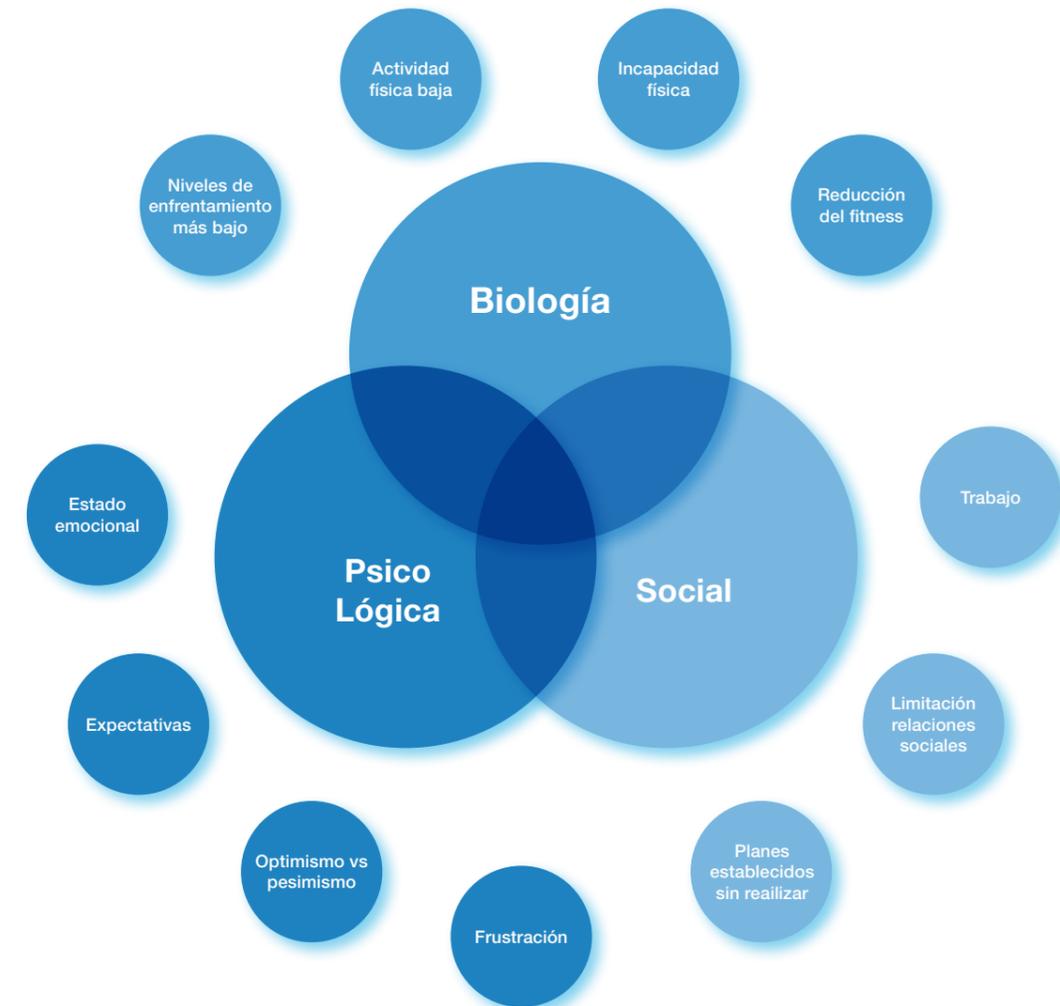
El modelo biopsicosocial adquiere una relevancia especial en la atención a personas con discapacidad y enfermedades crónicas. La comprensión integral de los factores biológicos, psicológicos y sociales permite abordar de manera más efectiva las necesidades de estas personas y promover su bienestar.

En el ámbito de la rehabilitación, el enfoque biopsicosocial se utiliza para diseñar planes de tratamiento que incluyan intervenciones médicas, terapias físicas y ocupacionales, así como el apoyo emocional y social.

Además, este modelo también se ha aplicado en la prevención y gestión de enfermedades crónicas, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares. Al considerar los factores biológicos, psicológicos y sociales, se promueve una visión

Desde la colaboración proactiva hasta la confrontación demandante, las actitudes de los pacientes reflejan una diversidad de enfoques en la gestión de la salud, desafiando a los profesionales médicos a adaptarse a diferentes estilos de interacción

Ámbitos del modelo biopsicosocial (tomado de Bonilla, 2019)



más holística de la salud y se fomentan estrategias de autocuidado y cambios en el estilo de vida que favorezcan una mejor calidad de vida.

En conclusión, la salud es el resultado del proceso de adaptación general de un individuo y de la sociedad. Tomada como variable dependiente del proceso de adaptación de un organismo, la salud oscila a través del tiempo, con valores máximos y mínimos y depende de las variaciones del ecosistema y del grado y rapidez de adaptación

del individuo. El abordaje biopsicosocial de la salud ha contribuido directamente al aumento en la comprensión del papel jugado por diversas variables comportamentales sobre la etiología y la progresión de la enfermedad, mediante la influencia de factores como el estrés sobre los sistemas nervioso, inmunitario o endocrino y del efecto de técnicas como el biofeedback y la relajación entre otros.



03/

## Sobre el ser humano, la ética y la espiritualidad en la salud.

**Ángeles C. López-Tarrida,**

Médico.

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.

Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

La vida está hecha de experiencias que van transformando a la persona constantemente, expuesta a estímulos y vicisitudes que provocan una continua adaptación y que le muestra su propia vulnerabilidad. La interconexión global, los avances científico-técnicos, los movimientos migratorios y la heterogeneidad cultural engendran un mundo incierto e inestable.

La Medicina, que evoluciona pareja a esta realidad, también está sometida a estos influjos, y es contingente que dé una respuesta y amplíe su mirada a la hora de escuchar las necesidades de la persona cuando en este contexto actual solicita atención clínica.

¿Qué nos define como ser humano? ¿Qué se trastoca en la adversidad de una crisis existencial producida por la enfermedad, la pérdida o ante los últimos días de vida? En este escenario, la pérdida de sentido y significado vital trasciende más allá de un componente filosófico y sólo abordable en la intimidad de la persona, sino que afecta en la toma de decisiones clínicas y supone un factor decisivo en el afrontamiento de la enfermedad y la muerte en el entorno clínico.

La clave tal vez está en el cuidado de la dimensión espiritual que se muestra como necesidad que atender y cuidar, pero también como fuente permanente de recursos para enfrentarse a las dificultades venideras.

*Palabras clave: Espiritualidad, Humanización, Profesional sanitario, Ética, Bioética*

Life is made up of experiences that are constantly transforming the person, exposed to stimuli and vicissitudes that provoke a continuous adaptation and show their own vulnerability. Global interconnection, scientific and technical advances, migratory movements and cultural heterogeneity create an uncertain and unstable world.

Medicine, which is evolving along with this reality, is also subject to these influences, and it is contingent that it should respond and broaden its outlook when listening to the needs of the person in this current context when seeking clinical care.

What defines us as human beings, what is disrupted in the adversity of an existential crisis brought about by illness, loss or the last days of life? In this scenario, the loss of meaning and significance of life transcends a philosophical component that can only be addressed in the privacy of the individual, but affects clinical decision-making and is a decisive factor in coping with illness and death in the clinical setting.

Perhaps the key lies in the care of the spiritual dimension, which is shown as a need to be attended to and cared for but also as a permanent source of resources to face the difficulties to come.

*Key words: Spirituality, Humanization, Health professional, Ethics, Bioethics.*

Contrasta con los milenios que precisó para entender, discernir, adaptarse al mundo y asentar su identidad.

Un entorno en el cual repercute esta influencia voluble es el sanitario. Éste ha tenido un gran empuje y desarrollo gracias a los descubrimientos de la ciencia y las mejoras de instrumentos técnicos que han aumentado la precisión y la eficacia de los diagnósticos y tratamientos.

El método científico y la medicina basada en la evidencia aportan rigor y generan protocolos establecidos que casi sin reflexión alguna mecanizan las respuestas y los resultados provocando a su vez que el sistema sea rígido. Sin embargo, ciencia y tecnología no son siempre infalibles y mucho menos en cuestiones relacionadas con las personas.

Al mismo tiempo, los sistemas sanitarios se ven influidos por cambios sociales supeditados a los movimientos migratorios, al intercambio cultural y a la pluralidad axiológica que ha traído la globalización, volviéndolo más complejos por el influjo de factores e intereses tanto sociales como económicos.

Para la persona, el abordaje de su salud ya no es sólo cuestión de una alteración biológica que hay que reestablecer, sino que se unen otros aspectos que abarcan desde la interpretación mental de lo que le ocurre, el sentido que atribuye al mismo o cómo afecta al rol que se ha granjeado en la sociedad.

En el ámbito sanitario, tener orden y concierto basado en normas y reglas hace que se pueda tener una falsa idea de control al nombrar, identificar y medir todos los elementos de cualquier ecuación que se ponga por delante; lo cierto es que en la mayoría de los casos existen imponderables y cuestiones no medibles a las que hay que atenerse. Los registros, los estándares y las evidencias campan a sus anchas originando un contexto en el que, si no hay pruebas, demostraciones y certezas de algo, no existe porque no es tangible.

Miles de años de evolución se sucedieron para que el ser humano se convirtiera en el individuo que es hoy en día.

Debieron ocurrir infinidad de cambios y procesos integrados y paulatinos en el trascurso de cientos de años a nivel fisiológico, social y cultural para que el ser humano descubriera que su relación con el entorno no sólo se basaba en lo que éste le proporcionara, sino que también podía ser modificado, mejorado y puesto a su servicio.

Su inquietud por conocer el mundo y su inventiva para crear nuevas cosas le sirvieron a la hora de afrontar los retos y las preguntas que esta interacción provocaba. Fue desarrollando conocimiento como ciencia e instrumentos de los que valerse como técnica.

Mientras, las cuestiones derivadas de los porqués y los para qué de su existencia le fueron acompañando a lo largo de su devenir. Ciencia y tecnología, ambos signos de civilización y de saber adquirido desde la observación, favorecieron que se explicara lo que acontecía incluso aquello que ocurría en su propio cuerpo.

El ser humano hoy, se enfrenta a un ritmo vertiginoso en el que la ciencia y la tecnología, parecen haber tomado el mando. En apenas cien años, la velocidad de avance de los conocimientos científicos y del progreso tecnológico originan un recambio constante de pareceres y perspectivas lo cual hace que el ser humano experimente una existencia lábil e inestable.

En verdad, cuando una persona en la vorágine del día a día, en la que sus roles la condicionan, con una visión personal y propia de lo que es su existencia, sufre el impacto de una enfermedad, necesita certezas, y la ciencia y la técnica ayudan a esta cuestión. No obstante ¿qué sucede cuando hay interrogantes que no son posibles de contestar con tanta rigurosidad y que quedan en suspenso?

Ocurre que el sistema de salud creado por, para y alrededor del ser humano, cuyo fin es la mejora de su calidad de vida y el afrontamiento de la enfermedad, lo ha dejado relegado pasando a un segundo e incluso tercer plano en cuestiones que le incumben de forma directa. Esta coyuntura le puede llegar a generar aún mayor sufrimiento al centrarse sólo en los datos que se obtienen y los registros que aportan información objetiva sin considerar aquello que no es visible.

La persona, cuando enferma, no es solo un campo de experimentación, de toma de datos y de comprobaciones, sometida al trajín de pruebas diagnósticas y tratamientos; es un ser individual y único el cual se interpela por lo que es su vida y su lugar en el mundo hasta ese momento de crisis o de oportunidad y por lo que vendrá después.

En este entorno cambiante y acelerado precisa de algo que la sostenga, permanente e inalterable y que va más allá de las influencias y las variaciones que pueda experimentar, ya sean de carácter intrínseco o extrínseco.

## 1/

### Salud y humanización.

Pierluigi Marchesi O.H. ya destacaba en la década de los ochenta del siglo pasado la importancia del respeto a la dignidad de la persona

en los entornos clínicos y acuñó el término “humanizar” y “humanización”. Lo definía como el proceso de restablecer la alianza con el que sufre en el encuentro humano que se produce en el entorno clínico, considerando al mismo en todo su ser (si la persona no es el centro, otros ocupan su puesto). Se trata pues de una tarea significativa y profunda en el acompañamiento de la persona sufriendo por una crisis de enfermedad, de pérdida o ante la muerte tan habitual en el ámbito sanitario.

Cuenta una conocida anécdota atribuida a la antropóloga Margaret Mead que cuando un alumno le interrogó sobre cuál era el inicio de la civilización ella respondió que se trataba del hito de ayudar a alguien más a superar las dificultades.

Al parecer se basó en el resto de un fémur roto y curado encontrado en un yacimiento arqueológico. Para esta científica era la evidencia de que alguien se tomó el tiempo de cuidar y curar a la persona herida. Bajo este prisma, ¿no es la medicina una disciplina que no sólo es ciencia sino también es humana por el hecho de atender y cuidar a otro?

En la complejidad de la esfera de la salud el profesional sanitario se enfrenta a desafíos que abarcan la enfermedad y la muerte, el dolor o el sufrimiento. Para acompañar a la persona en estos procesos sin duda necesita de habilidades científico-técnicas cada vez más precisas y avanzadas, pero también de la capacidad de ser gestor empresarial, y sobre todo y a la vez, de no perder su humanidad en el caos de la diversidad de otros factores coincidentes en la relación clínica.

La humanización sanitaria como proceso implica, además de estas consideraciones, otras relacionadas con la organización, la estructura, la dinámica asistencial y los recursos humanos y materiales en el sistema de salud que ayuden a establecer relaciones significativas, base del cuidado humanizado, sustentado en un abordaje compasivo y respetuoso (Bush y col, 2019).

Decía ya [Hipócrates](#) que

“Es más importante saber qué tipo de persona tiene una enfermedad que saber qué tipo de enfermedad tiene una persona”.

Aunque la realidad de entonces dista mucho de la que viven los sanitarios hoy, su idea continúa presente puesto que la motivación del sanitario, aquello a lo que está llamado a ser, es a la vocación de servicio y a una verdadera relación de ayuda en sus funciones científica, humanista, social y ética. Lo único a considerar es que probablemente haya que ajustarse a la realidad en la que se encuentra, en cómo se articulan y se llevan a cabo de forma apropiada sus acciones. Es en las áreas transversales que integran la humanización en la asistencia sanitaria centrada en la persona, en concreto en el aspecto relacional, donde la atención espiritual toma mayor relevancia como parte del enfoque holístico.

Frente a la preponderancia de la ciencia y la tecnología, de intereses económicos y flujos sociales, parece que se contraponen el aspecto humano más relevante y significativo para equilibrar la balanza, pero ¿verdaderamente es así?, es más ¿se confrontan o se solapan?

## 2/

### Espiritualidad y salud.

Algunos autores refieren que frente a las enfermedades antes incurables que se han vuelto crónicas y no letales, aún hoy parece que la medicina se centra en la finitud de los cuerpos, en la dimensión física y biológica; no es capaz de ampliar su mirada a la persona en su totalidad y

por completo. Se precisa considerarla como un ser en relación donde la enfermedad, la pérdida o hallarse ante el final de su vida afecta a sus conexiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales simultáneamente como partes de un mismo ser. Para ello defienden el modelo biopsicosocial y espiritual, holístico, fundamento de una verdadera humanización de la atención clínica, de una asistencia integral ([Sulmasy, 2002](#)).

En los noventa, los desafíos que la Medicina comenzó a enfrentar y las presiones de diferente índole (sociales, culturales, políticas, económicas...) propiciaron una reformulación de la realidad de la Medicina (entendida globalmente como ciencias de la salud) y de sus objetivos. Se consideró que entre sus deberes éticos se encontraba responder a las necesidades existentes y actualizar el concepto tradicional hasta entonces imperante. El [Hastings Center](#) elaboró un documento llamado [Los Fines de la Medicina](#), en el que se establecieron cuatro objetivos fundamentales:

- La prevención de enfermedades y lesiones, la promoción y conservación de la salud
- El alivio del dolor y el sufrimiento.
- La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
- La evitación de una muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Respecto al alivio del dolor y el sufrimiento habría que considerar un matiz previo con respecto a sus significados como refiere [Eric Cassel](#) en su libro [La naturaleza del sufrimiento](#) y los Fines de la Medicina: mientras que el dolor es y ocurre en tiempo real, el sufrimiento tiene una connotación más subjetiva, ligado a aspectos psicológicos, emocionales e incluso trascendentes que pueden emerger y modular una respuesta somática y por tanto biológica.

También es ostensible, en la línea de la atención y curación de los enfermos, en el cuidado de

## La humanización en la atención médica restablece la alianza con el paciente, considerándolo en su totalidad y acompañándolo en momentos difíciles con enfoque compasivo y respetuoso

aquellos que no tienen cura y en el final de la vida, donde el cuestionamiento sobre preguntas existenciales emerge más si cabe, que es relevante no relegar la atención en esta esfera. Varios autores han mostrado que los pacientes con enfermedades terminales desean que los médicos exploren sus necesidades espirituales ([Post y col, 2000](#); [Chochinov & Cann, 2005](#); [Alcorn y col, 2010](#)).

Estas incluyen ayuda y acompañamiento para afrontar sus miedos, encontrar esperanza y significado a sus vidas, hallar recursos espirituales, tener a alguien con quien hablar sobre la vida y la muerte ([Moadel y col, 1999](#)), así como apoyo familiar, emocional, necesidad de comprensión, de reducción de la soledad, necesidades religiosas ([ritos y oración](#)), consuelo, significado y restablecimiento de un sentido de normalidad ([Nixon & Narayanasamy, 2010](#)).

En la práctica clínica, a los profesionales se les interpela sobre el sufrimiento en el más amplio sentido de la palabra. Se establece una relación interpersonal con una peculiaridad implícita: se trata de un encuentro persona-persona, en condiciones de simetría moral, lo cual hace que el profesional se enfrente a su propia condición, a su propia vulnerabilidad y en algunos, genera reticencia.

La sociedad actual, cada vez más globalizada y plural demanda una atención de su salud adecuada y congruente en este sentido con lo cual es contingente dar una respuesta: no puede ni debe estar supeditada una capacidad profesional a una inclinación personal hacia la espiritualidad ([Moestrup & Hvidt, 2016](#); [Liefbroer et al, 2019](#); [Stripp et al, 2023](#)).

[Henri Nowen](#) revisa en su libro [El sanador herido](#), esa condición humana de fragilidad que se evidencia por ambas partes en el encuentro clínico. Por un lado, la acogida que experimenta la persona que sufre basada en la compasión (reconocer en el otro un igual vulnerable que genera una acción que nos mueve a aliviar el sufrimiento del otro como refiere [Feito \(2021\)](#)

y del otro lado, el clínico que se abre a esa vulnerabilidad identificándola en sí mismo y afrontándola, lo cual se sustenta en sus propias convicciones, creencias y valores arraigados en su propio aspecto espiritual. Así lo demuestran estudios en los que se ha evidenciado que la espiritualidad es un recurso para salvaguardar la integridad de uno mismo ([Doolittle y col, 2013](#); [Badanta y col, 2022](#); [de Diego y col, 2022](#); [Harris & Tao, 2022](#)).

En consecuencia, la dimensión espiritual se hace patente en ambas partes de la relación clínica. Se trata de dos personas entre las cuales se establece un vínculo no sólo a nivel profesional, sino también en otro más profundo y humano.

Cómo se ven a sí mismos, su relación con el mundo y con los demás, fundamentará un diálogo significativo entre el profesional y la persona que atiende, brindándole además aquel sus conocimientos científicos, sus habilidades técnicas y su experiencia, para poder tomar decisiones consensuadas adecuadas y dirigidas al bienestar de la persona atendida contemplando sus necesidades y creencias.

En este contexto, se considera que la dimensión espiritual, además de ser origen de necesidades, también puede ser fuente de recursos para el afrontamiento de la adversidad, proporcionando a la persona mayor resiliencia. ([Walsh, 1999](#); [Lorenzo, 2018](#))

Este hecho pivota de una persona a otra en el encuentro clínico, ya que el sufrimiento no es exclusivo de la persona que es atendida, sino que también lo padece el sanitario que se expone constantemente a esta circunstancia, ¿sabe el profesional atender y atenderse respecto a la faceta espiritual?

### 3/

## Espiritualidad y ética profesional.

La **Universidad de Harvard** ha publicado recientemente en la prestigiosa revista científica **JAMA** una investigación que demuestra de forma tajante el impacto beneficioso que el cuidado de la dimensión espiritual tiene sobre la salud. Verifica la relevancia que tiene su incorporación en la atención de esta en los sistemas sanitarios (**Balboni y col, 2022**). Tras revisar más de 15.000 artículos de los últimos 25 años que vinculan la espiritualidad y la salud, culminan que

“Orientarse en la espiritualidad en el cuidado de la salud significa cuidar a la persona en su totalidad, no solo a su enfermedad”.

Este estudio pone de manifiesto la preocupación práctica que se tiene en Medicina por aliviar enfermedades y promover el bienestar humano desde formas de encontrar significado, propósito, valor o trascendencia, lo cual define la espiritualidad en su conjunto y mejora la calidad de vida de las personas, acorde a los últimos descubrimientos científicos.

Por otro lado, la vocación de servicio, valor incuestionable en la profesión sanitaria aun en los tiempos que corren y desde el respeto de la dignidad de la persona, base de la humanización de la asistencia, son primordiales para atender la dimensión espiritual en la complejidad de las diferentes vertientes que conforman a la misma en la atención clínica. Se trata pues de un imperativo ético de la profesión sanitaria cuidar de la dimensión espiritual, supeditada

a la continua actualización de los nuevos hallazgos científicos y fundada en el germen de la profesión que es el alivio del sufrimiento y la salvaguarda de los derechos de la persona.

Todas las personas son espirituales, aunque cada cual vive la espiritualidad según su momento vital, su trayectoria biográfica, sus creencias y sus convicciones. Ante la enfermedad y la muerte tiene una actitud y una conducta que, en los entornos clínicos, hay que valorar como responsabilidad ética profesional por su íntima relación con la singularidad de la persona y en la preservación de su dignidad por su carácter único. La principal característica ética en la atención sanitaria es la confianza basada en el respeto, lo cual favorece el diálogo en temas delicados como son cuestiones espirituales o existenciales. Las personas que se encuentran enfermas son vulnerables y tienen comprometida su integridad albergando el deseo de que sus cuidadores se comprometan en garantizar su bienestar (**Winslow & Wehtje-Winslow, 2007**).

Aunque la Medicina debe estar actualizada, en relación con las demandas de la sociedad imperante no es un ente aislado segregado de la realidad, sino que evoluciona al unísono al contexto social, cultural e histórico en el que se ubica, existe una clara tendencia a medicalizar todos los problemas que afectan a la salud, un escollo que sortear. Esto invita a la ponderación continua de cuáles son los fines de la Medicina en el momento vigente, lo que implica una reflexión ética continua. Ante una realidad sanitaria cambiante, sujeta a avances científicos y técnicos que mejoran la respuesta y la precisión de los diagnósticos y tratamientos y condicionada por los movimientos sociodemográficos de un mundo cada vez más globalizado, son necesarios anclajes que mantengan al profesional en una conducta ética para mantenerse entre todas estas vicisitudes.

El cuidado espiritual en la práctica, si la contemplamos desde los **Principios Fundamentales de la Bioética** propuestos por **Beauchamp y Childress (1994)**, se apoya en la pretensión de

La dimensión espiritual en la atención médica reconoce las necesidades espirituales del paciente y proporciona un cuidado que contemple sus creencias y valores, contribuyendo al bienestar humano y la mejora de la calidad de vida

promover una adecuada conducta sobre la vida y la salud. Si la persona considera pertinente ser atendida en términos espirituales para el cuidado de la salud, el sanitario debe proporcionar atención a dicho aspecto, sustentado en el **Principio de Beneficencia**. Así, conocedor de los avances en investigación al respecto y proveedor de la asistencia clínica en un contexto social secularizado, ha de incluir las creencias para tomar decisiones sobre la salud sin imponer las propias convicciones, basándose en las evidencias científicas existentes que demuestran el efecto beneficioso del cuidado espiritual (**Polzer & Engebreston 2012, Panzini y col, 2017, Dewi & Hamzah, 2019**).

En relación con el **Principio de No Maleficencia** (primum non nocere), debe “proteger” evitando causar perjuicio en la persona atendida. En el caso de que el profesional no se encuentre capacitado en este sentido, debe considerar la posibilidad de derivar a la persona a expertos cualificados en estas cuestiones proporcionando así el cuidado apropiado (**Galek et al, 2007; Poncin et al, 2020; Badanta et al, 2022**).

La omisión del cuidado espiritual por el sanitario, puede vulnerar este principio ya sea por su propia incomodidad o incapacidad para abordar dicha atención, sobre todo si se trata de aspectos de vital importancia para el paciente.

El **Principio de Autonomía** radica en la dignidad del ser humano, contemplando sus valores y sus convicciones implícitos en su capacidad de decisión. Estos han de ser reconocidos en todo lo que compete a su práctica asistencial, implicando así a la persona en el restablecimiento de su salud, en la mejora de su calidad de vida y en su fortaleza ante la adversidad. Que el profesional ayude a la persona a encontrar significado y esperanza desde esa visión, favorece su integridad y su autonomía y mejora la relación clínica (**Carey & Cohen, 2015**).

Desde la perspectiva de la ética del cuidado (**Gilligan, 1982**) se sigue la tradición de la ética de las virtudes y la responsabilidad y se vertebra

en el aspecto relacional del encuentro clínico. La raíz y origen de la práctica del cuidado es el ser humano en su esencia y está intrínsecamente ligado a él. El cuidado es una conducta y no solo se sirve de los medios físicos para dicha actitud sino de una faceta basada en la responsabilidad con el otro, nutrida de la compasión.

**Torralba** señala la trascendencia de la ética del cuidado fundamentalmente en reconocer la vulnerabilidad del ser humano el cual requiere cuidados para desarrollar dignamente su vida (**Torralba, 2002**). **Lévinas** en este sentido, ahonda en que la experiencia ética se basa en la vivencia del otro (alteridad) en descifrar su contexto vital y acudir a su llamada para poder ayudarlo (**Lévinas, 1993**). Por esta razón, cuando la persona sufre una enfermedad, se afecta en toda su globalidad, por lo que se han de paliar sus necesidades (también las espirituales) y favorecer el desarrollo de sus capacidades latentes. No se trata de una actitud paternalista ni subyugante sobre la persona asistida, sino que el fin de la atención es su desarrollo humano, su autorrealización.

Por esto es importante identificar los procesos para el mismo y requiere de una formación profesional apropiada y específica que promueva aspectos que ayuden a mantener o restablecer su salud, fomentando el autocuidado, teniendo en cuenta los aspectos espirituales.

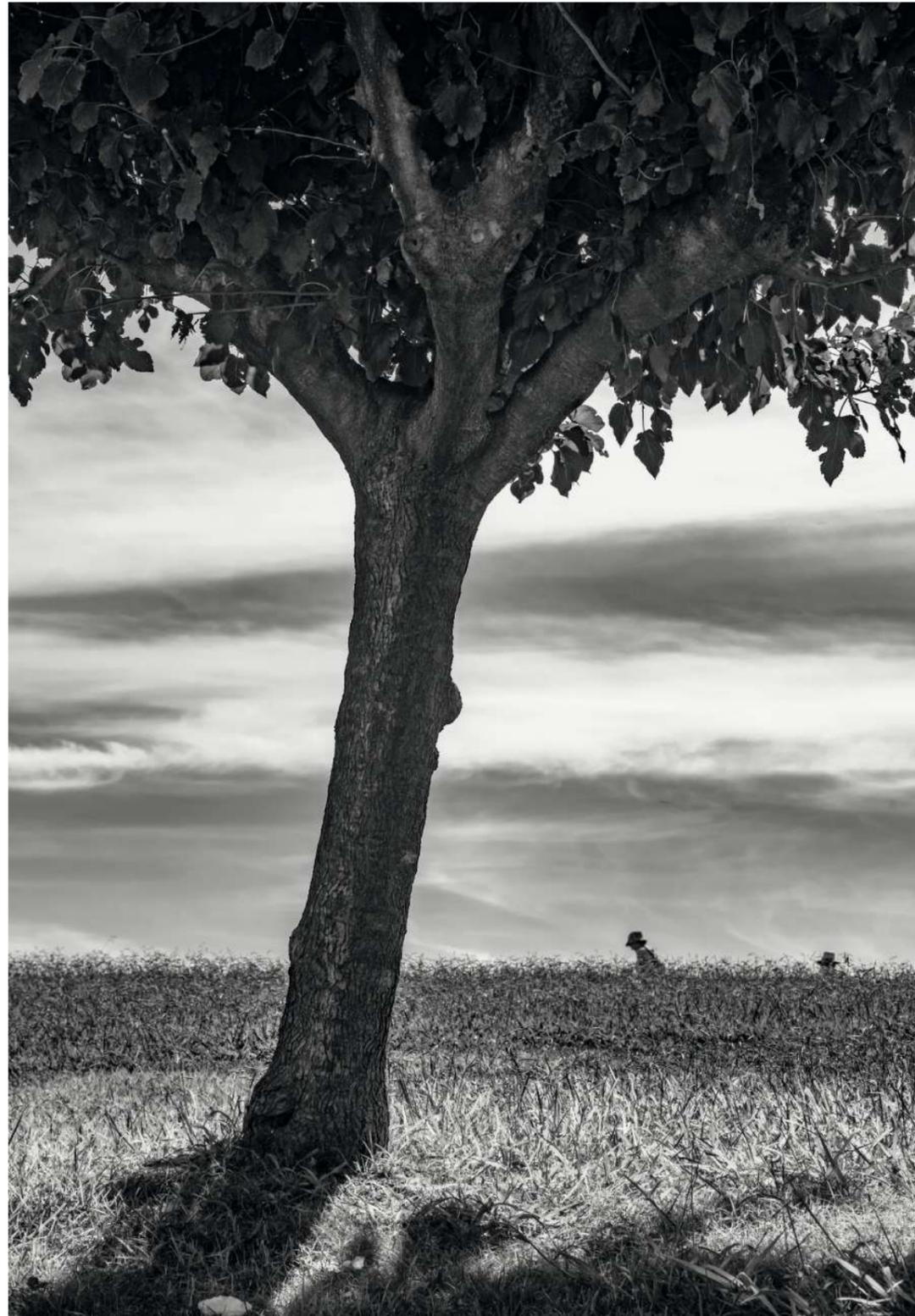
La realidad es que, cuando se interroga a los profesionales en este sentido, valoran la importancia de la atención espiritual como un factor que ayuda en el restablecimiento de la salud y mejora la calidad de vida, aunque parece estar sujeta a una iniciativa de índole personal y no profesional el atenderla. Los profesionales sanitarios con una espiritualidad más cuidada, tienen mayor sensibilidad al cuidado del aspecto espiritual, un matiz que tiene su connotación ya que debería atenderse con igual rigor que el aspecto físico, psicológico y social, para lo cual es primordial una formación específica en este campo (**López-Tarrida y col, 2020; López-Tarrida y col, 2021; de Diego y col, 2022**).

Ante la pregunta sobre qué sostiene a la persona ante la adversidad en la relación clínica, es patente que la espiritualidad es primordial, ya se sea el profesional o el paciente, puesto que dota a la persona de la manera de encontrar significado, esperanza y paz interior en la vida, a través de la religión, la música, el arte, la conexión con la naturaleza y el mundo, los principios, los valores y las convicciones propias. Algunos autores incluso no la consideran una faceta más del ser humano estructurada con los aspectos físico, psicológico o social sino imbuida en el fuero interno de la persona proporcionándole capacidad de gobierno y acción vital (Van de Geer & Leget, 2012).

El futuro que aguarda en los entornos clínicos es que se podrá seguir avanzando en el saber de la ciencia y en la tecnología desarrollando mediciones más precisas y sofisticadas, continuarán los movimientos migratorios y surgiendo nuevos y modernizados valores sociales que sigan acarreado inestabilidad y fluctuaciones.

No obstante, lo esencial del ser humano es inmanente e inalterable: cada ser humano, ya sea por ser imagen de Dios o por ser único e irrepetible en la historia del mundo, ha de tener una vida significativa sustentada en valores y convicciones más profundos que le den amparo. Es el bien máspreciado y valioso, y al que siempre hay que proteger y cuidar para garantizar su calidad de vida y su salud en la asistencia sanitaria.

La espiritualidad es el aspecto humano que en un mundo cambiante y voluble se mantiene inalterable en el espacio y el tiempo, y puede que sea la respuesta a qué lo sostiene y lo reconcilia consigo mismo.



## Bibliografía

- Alcorn, S. R., Balboni, M. J., Prigerson, H. G., Reynolds, A., Phelps, A. C., Wright, A. A., ... & Balboni, T. A. (2010). "If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today": religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. *Journal of palliative medicine*, 13(5), 581-588.
- Badanta, B., Rivilla García, E., Lucchetti, G., & de Diego Cordero, R. (2022). *The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review*. *Nursing in Critical Care*, 27(3), 348-366.
- Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N., Ferrell, B. R., Fitchett, G., & Koh, H. K. (2022). *Spirituality in serious illness and health*. *JAMA*, 328(2), 184-197.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. E. (1994). *Principles of biomedical ethics*. Ediciones Loyola.
- Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. *Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review*. *Patient*. 2019 Oct; 12(5):461-474. doi: 10.1007/s40271-019-00370-1. PMID: 31203515.
- Carey, L. B., & Cohen, J. (2015). *Pastoral and spiritual care*. *Encyclopaedia of global bioethics*, 1-14.
- Cassel EJ. *The nature of suffering and the goals of medicine*. *N Engl J Med*. 1982 Mar 18;306(11):639-45. doi: 10.1056/NEJM198203183061104. PMID: 7057823.
- Chochinov, H. M., & Cann, B. J. (2005). *Interventions to enhance the spiritual aspects of dying*. *Journal of palliative medicine*, 8(supplement 1), s-103.
- Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. *Los fines de la medicina – N.º 11 –* (2004).
- de Diego-Cordero, R., López-Gómez, L., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2022). *Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic*. *Nursing outlook*, 70(1), 64-77.
- de Diego-Cordero R, López-Tarrida AC, Linero-Narváez C & Galán González-Serna JM. 2023. "More Spiritual Health Professionals Provide Different Care": A Qualitative Study in the Field of Mental Health" *Healthcare* 11, no. 3: 303.
- Dewi, D. S. E., & Hamzah, H. B. (2019, October). *The relationship between spirituality, quality of life, and resilience*. In 6th International Conference on Community Development (ICCD 2019) (pp. 145-147). Atlantis Press.

Doolittle, B. R., Windish, D. M., & Seelig, C. B. (2013). *Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians*. Journal of graduate medical education, 5(2), 257–261.

Feyto, L. “Compasión” en Gual, A.; Monés, J.; Morlans, M. y Palés, J. (2019) *Valores del médico*. Fundación Educación Médica.

Galek, K., Flannelly, K. J., Koenig, H. G., & Fogg, S. L. (2007). *Referrals to chaplains: The role of religion and spirituality in healthcare settings*. Mental health, religion and culture, 10(4), 363-377.

Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

Levinas, E. (1993). *Humanismo del otro hombre*. Siglo XXI.

López-Tarrida, Á.C., Ruiz-Romero, V., & González-Martín, T. (2020). *Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional*. Revista Española de Salud Pública, 94, 202001002.

López-Tarrida, Á. D. C., de Diego-Cordero, R., & Lima-Rodríguez, J. S. (2021). *Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues?* Journal of Clinical Medicine, 10(23), 5612.

Harris, S., & Tao, H. (2022). *The impact of US nurses' personal religious and spiritual beliefs on their mental well-being and burnout: A path analysis*. Journal of religion and health, 61(3), 1772-1791.

Liefbroer, A. I., Ganzevoort, R. R., & Olsman, E. (2019). *Addressing the spiritual domain in a plural society: What is the best mode of integrating spiritual care into healthcare?* Mental health, religion & culture, 22(3), 244-260.

Lorenzo, D. (2018). *La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria*. Revista Iberoamericana de Bioética, (8), 01-11.

Sitio oficial Orden Hospitalaria San Juan de Dios.  
*La Humanización de Pierluigi Marchesi*:  
<https://www.ohsjd.org/Objects/Pagina.asp?ID=1418>

Moadel A, Morgan C, Fatone A, Grennan J, Carter J, Laruffa G, et al. *Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population*. Psychooncology. 1999 Sep-Oct; 8(5): 378-85. PubMed PMID: 10559797. Eng

Moestrup L, Hvidt NC. *Where is God in my dying? A qualitative investigation of faith reflections among hospice patients in a secularized society*. Death Stud. 2016 Nov-Dec;40(10): 618-629. doi:10.1080/07481187.201.1200160. Epub 2016 Aug 25. PMID: 27560705.

Nixon A, Narayanasamy A. *The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective*. J Clin Nurs. 2010 Jun. PubMed PMID: 20529167. ENG.

Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2017). *Quality-of-life and spirituality*. International Review of Psychiatry, 29(3), 263-282.

Poncin, E., Niquille, B., Jobin, G., Benaim, C., & Rochat, E. (2020). *What motivates healthcare professionals' referrals to chaplains, and how to help them formulate referrals that accurately reflect patients' spiritual needs?* Journal of health care chaplaincy, 26(1), 1-15.

Polzer Casarez, R. L., & Engebretson, J. C. (2012). *Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice*. Journal of clinical nursing, 21(15-16), 2099-2107.

Post, S. G., Puchalski, C. M., & Larson, D. B. (2000). *Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics*. Annals of internal medicine, 132(7), 578-583.

Stripp, T. A., Wehberg, S., Büssing, A., Koenig, H. G., Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., & Hvidt, N. C. (2023). *Spiritual needs in Denmark: a population-based cross-sectional survey linked to Danish national registers*. The Lancet Regional Health–Europe.

Sulmasy, D. P. (2002). *A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life*. The gerontologist, 42(suppl\_3), 24-33.

Torralla, F. (2002). *Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas*. Institut Borja de Bioètica.

Van de Geer, J., & Leget, C. (2012). *How spirituality is integrated system-wide in the Netherlands Palliative Care National Programme*. Progress in palliative Care, 20(2), 98-105.

Walsh, F. (1999). *Religion and spirituality: Wellsprings for healing and resilience*. In F. Walsh (Ed.), *Spiritual resources in family therapy* (pp. 3–27). Guilford Publications.

Winslow, G.R.; Wehtje-Winslow, B.J. *Ethical boundaries of spiritual care*. Med. J. Aust. 2007, 186, S63–S66.



04/

## La humanización: un camino de ternura al encuentro con el otro.

**M<sup>a</sup> Dolores Mansilla Pozuelo,**

Profesora de Psicología.

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios"

Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Este texto explora la necesidad innata de cuidar y ser cuidados desde tiempos ancestrales, reflexionando sobre la compasión humana y el acto de donación hacia los demás. Se aborda el tema de la mirada auténtica y la importancia de aprender a ver más allá de lo evidente, así como la necesidad de compartir nuestras vulnerabilidades para conectar verdaderamente con otros. La autora expone el concepto de madurez y su relación con el cuidado hacia los demás, destacando la importancia de valores como la empatía, el respeto y la generosidad. También explora las habilidades comunicativas necesarias en la relación de ayuda, haciendo énfasis en la atención, la observación, la escucha activa y la respuesta compasiva. Finalmente, reflexiona sobre el poder transformador de la esperanza en la superación del sufrimiento y la promoción del bienestar emocional.

*Palabras clave: Cuidado, Humanización, Valores, Madurez, Esperanza, Respeto*

This article explores the innate need to provide and to receive care that humans have felt since ancestral times, and reflects on human compassion and the act of giving oneself to others. The subject of the authentic gaze and the importance of learning to see beyond the evident is broached, as is the need to share our vulnerabilities in order to connect truly with others. The author discusses the concept of maturity and its relation to taking care of others, highlighting the importance of such values as empathy, respect and generosity. She also explores the communication skills required in the helping relation, placing emphasis on attention, observation, active listening and compassionate response. Lastly, she reflects on the transformative power of hope in overcoming suffering and on the promotion of emotional wellbeing.

*Palabras clave: Care, Humanisation, Values, Maturity, Hope, Respect*

## 1/

# Describiendo un itinerario vital.

En las siguientes páginas pretendemos abordar las lindes de un misterio tan antiguo como el origen de la humanidad: la necesidad de cuidar y ser cuidados.

Nos es fácil poner en palabras el entramado de sentimientos, actitudes, expectativas, temores y angustia, que se ubican entre esa mano que pide y esa mano queda.

Si echamos la vista atrás, vemos que el surgimiento de lo que llamamos civilización, tiene mucho que ver con elaborar conductas de cuidado hacia los otros (De la Torre, Julio)<sup>1</sup>.

Nos podríamos preguntar si es algo inherente a lo humano esa compasión por el que sufre y esa donación de sus recursos para atenderte. No es fácil posicionarse cuando la historia está llena de hechos terribles donde el horror y el maltrato se hacen presentes. Más bien creo que no nos damos la oportunidad de ver a los otros, no solo mirarlos. Cuando pasamos del plano de la “información” al de la “emoción” se producen sin duda cambios significativos en nuestra conducta. “Si decides ver, aprende a actuar”.

Es una defensa infantil cerrar los ojos cuando no quieren ser descubiertos en una travesura, de alguna manera perciben que la verdad se va por los ojos y que lo mejor es no ver.

“Tenemos la vida gracias al don de otras personas, a través de la procreación, la gestación y el alumbramiento. Vivimos gracias a las bondades de la naturaleza y gracias al trabajo, la generosidad y la compañía de otros seres humanos. Somos educados merced a la donación de sí mismos que hicieron nuestros maestros. Somos sustentados, constantemente gracias a una serie de dones: el amor, el perdón, la reconciliación y el placer. Nuestra vida entera es el fruto de los dones recibidos y nosotros mismos contribuimos con nuestros dones a la vida de los demás” (W. Countryman)<sup>2</sup>.

## 1/1

### Mirar, ver, actuar.

Cuantas veces en nuestras vidas respondemos, ante la realidad demandante de una persona con un: “no lo sabía”, “a mí no me ha dicho nada”, “parecía que no le pasaba nada”. Los que captaron su sufrimiento, tampoco lo sabían, ni les habían dicho nada, simplemente se habían tomado el tiempo y el interés en mirarla.

“Tenemos distintas maneras de vivir bloqueados, de escondernos. Podemos escondernos detrás de las palabras, de los conocimientos. Me escondo detrás de un sentimiento de superioridad, me escondo detrás de una función, podemos ponernos máscaras, justamente para que no

1. De la Torre Montero J.C. El cuidado desde lo humano .Labor Hospitalaria .Volumen LIV.N 336 337. Mayo-Diciembre 23

2. Countryman,W en López Villanueva, M. Ungidas itinerario de oración con relatos de mujeres. Sal Terrae. Santander 2011

descubras quien soy, para que no descubras esas partes pobres que hay en mí. Pero lo que de verdad nos hace comulgar con otros no es ocultar nuestra vulnerabilidad ni nuestros miedos, es compartirlos, es vivir juntos con ellos” (J. Vanier)<sup>3</sup>.

Aprender a mirar y a ver, tal vez sea un aprendizaje a lo largo de nuestra vida. El/la niño/a observa como en su familia se “mira” y es ese modelado con gestos lo que le irá configurando una actitud. Se damos un repaso a nuestro entorno sociocultural, observaremos que todo es susceptible de ser aprendido a través de expertos: “Taller de gestión de las emociones”, “Taller de conversaciones empáticas”, “Taller de cultura del movimiento”. Pareciera que cada vez hubiera menos espacio a que nos surgiera de nuestro ser más íntimo: mi carácter, mis enfados, mis recursos, mis carencias. Todo lo que llevo en la mochila y que debo integrar y trabajar cuando me dirijo hacia los otros, incluso a mí mismo.

Ya hemos dicho más arriba que un encuentro humano es un complejo entramado de emociones, no siempre fácilmente reconocibles, identificamos algunos rasgos:

## 1/2

### Desde mí: una mirada a mi interior.

- ¿Cuál es mi historia personal en la relación los demás? ¿me siento como alguien cercano, abierto y dispuesto?

- ¿En el fondo me interesan los problemas de las personas? ¿trato de ir más allá de lo que meramente se dice?

- ¿Soy generoso/a con mi tiempo?, ¿doy la imagen de ir siempre deprisa, corriendo de un lado a otro muchas veces sin rumbo?

- ¿Practico lo que yo llamo “el falso mito de la privacidad”, “No hay que meterse en la vida de nadie...allá cada uno”? Esto llega a dimensiones insospechadas cuando somos testigos de auténticas tragedias en la vida de las personas, que pensamos que son cosas personales. Hace poco escuché que del luto solo nos quedan las gafas negras. Actualmente los duelos y los tanatorios son un acto social más donde todo el mundo disimula o niega o esconde los sentimientos.

- ¿Cuándo me acerco a las personas, soy de los que hago rápidamente una foto instantánea? A este fenómeno se le llama en Psicología Social, Primeras Impresiones y son una buena manera de equivocarnos con los otros. Son rápidas, están basada en pocos datos, son muy evaluativas y muy resistentes al cambio. Es fácil suponer que responden al mito del psicólogo: “Ya te estarás dando cuenta de cómo soy”.

Desde las Primeras Impresiones nos convertimos en personas con prejuicios, que se mueven desde estereotipos, que encajan a los otros en esquemas aprendidos y no les dejamos que se muestren como verdaderamente son y están.

Acompañar la vida de los otros, requiere un intenso trabajo previo con nosotros mismos. No pocas veces actuamos desde nuestras necesidades y proyectamos nuestros miedos y deseos en la persona que tenemos enfrente. No es infrecuente que “usemos” a los demás para mejorar nuestra autoestima o nuestra inseguridad, llegando a depender de ellos y convirtiendo la relación en un entramado de sentimientos confusos.

“Para vivir de verdad necesitamos viajar al interior de nosotros mismos. Asistir con asombro a nuestra continuidad discontinua, a nuestra identidad que se re-crea a través de un crecimiento personal y social. Necesitamos conocernos para desde

3. Vanier, J en López Villanueva, M. Ungidas: un itinerario de oración con relatos de mujeres. Sal Terrae. Santander 2001

ahí dialogar, con verdad, con el entorno, vivir en autenticidad nuestros pasos por los distintos caminos de la historia. ¿Por qué necesitamos viajar al interior de nosotros mismos? Porque “todo fluye”. Al río de la vida no le puedes frenar con un dique (ideológico, afectivo, existencial, religioso...). Tu vida nace de su fuente, sigue su cauce y si quieres ser consciente tienes que fluir con ella sin que te asusten los rápidos y cascadas, sabiendo descansar en sus remansos, alimentar sus acequias, recibir sus afluentes y dirigirte con una conciencia serena hacia el mar. No debes anclarte en ninguna idea, persona, situación, experiencia que te impida el fluir, navegar, abrirte a la vida que tú haces y a LA VIDA que te hace... Viajar al interior de tu persona es buscar la identidad que te permita decir tu palabra auténtica a la vida” (J.A. García-Monge)<sup>4</sup>.

Es claro que necesitamos prepararnos a fondo para poder acercarnos a la vida de los demás, a su dolor, a sus necesidades. Corremos el riesgo de las respuestas automatizadas, este es un proceso individualizado, personalizado, hecho a la medida de la persona que tenemos delante.

Yo, hace tiempo aludía que hacia el encuentro con los demás se puede ir “en carne viva” con “armadura” y que las distintas posiciones en ese continuo configuran la verdadera calidad del encuentro. Saber de qué está hecha mi carne viva y de que está hecha mi armadura nos dará claves para optimizar la relación.

### 1/3

#### Hacia los otros: una aventura fascinante.

“Las cosas no son como las ven los ojos sino como las hacen las palabras. Y las palabras son como piedras que construyen el edificio de la Verdad cuando en él habita el bien y la Belleza que nos justifica y nos trasciende”. (F. Jiménez. A corazón abierto)<sup>5</sup>

Desde que venidos al mundo y cuando nos vamos de él, esperamos ser acompañados por las palabras de los otros, expresadas verbalmente o a través de gestos y silencios. Cuando el niño pronuncia sus primeras palabras, espera que estas sean recogidas y celebradas por las personas de su entorno.

Son ellas las que le van haciendo persona ante los otros. A través de nuestra vida y especialmente en situaciones de carencia, nuestras palabras se van modulando, modificando y escondiendo muchas veces bajo la experiencia de dolor.

Necesitamos que alguien adivine lo que nos cuesta decir, traduzca lo que en el fondo sentimos, y eso tiene que ver con una habilidad largamente trabajada por nuestra parte.

La clave es crear una atmósfera de acogimiento, de verdad, como dice F. Jiménez para que el otro sienta que lo importante es lo suyo, lo que resuena y emerge desde el fondo de su corazón.

Cuantas veces, por suerte, hemos tenido la experiencia de ser verdaderamente acogidos y otras veces nos hemos perdido en lo que el otro parecía que nos “tenía que contar”

4. García-Monge, J.A. Treinta palabras para la madurez. Descleé de Brouwer. Bilbao 1997

5. Jiménez Hernández Pinzón, F. A corazón abierto. Descleé de Brouwer. Bilbao 2001

El camino hacia la humanización parte de un respeto reverencial por 'hacer más humanas nuestras intervenciones', generar un marco de ternura donde brillen las necesidades de los demás

## 2/

### La humanización: una relación de ayuda desde los valores.

C. Rogers (1987)<sup>6</sup> define así la relación de ayuda:

“ Toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada...En otras palabras, podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir en una o en ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más racional de estos”.

Tiene por objeto posibilitar a la persona enferma o con problemas, la constatación y comprensión de que hay diferentes maneras de enfrentarse a una situación o problema, diferentes formas de ver una misma realidad, diferentes caminos para llegar a un mismo lugar.

Si nos damos cuenta, este concepto parte de la confianza que tenemos en que la otra persona puede cambiar, puede mejorar, puede enfrentar la vida de una mejor manera. Todos, por muy drástica que sea la situación que vivimos conservamos una pequeña lucecita por la que se puede colar un soplo de vida.

En la maravillosa película “Amar la vida”, la paciente en situación del final de su vida, descubre sus sentimientos, largamente ocultados y nega-

dos a lo largo de toda su existencia. Se muere “más viva” que haya estado nunca con la ayuda de esa enfermera que no la dio por imposible y estuvo a su lado “adivinando sus necesidades”.

El camino hacia la humanización parte de un respeto reverencial por “hacer más humanas nuestras intervenciones”, generar un marco de ternura donde brillen las necesidades de los demás. Para ello es fundamental apelar a nuestros valores a las fuerzas que guían nuestra motivación y nos hacen responsable de nuestras decisiones.

### 2/1

#### Cuidar de los otros: una tarea de madurez.

Los autores humanistas que abordan el tema de la madurez insisten en valores que nos acercan a los demás.

Así Maslow, al describir a las personas maduras alude al “centro de atención fuera de ellos mismos”. Freud se centra en “persona capaz de amar y trabajar”. Fromm nos habla del “pensamiento productivo”. Jung indica la importancia de “La aceptación y tolerancia con la naturaleza humana en general”. Allport aporta el factor de “relación cálida con los demás”. Finalmente Frankl añade como parte del sentido de la vida “transcender la preocupación por sí mismo”<sup>7</sup>.

No es fácil el camino hacia la madurez o hacia dosis razonables de la misma. Nadie podría afirmar que es totalmente maduro, siempre y en todo momento. Como ya hemos indicado, la introspección y el contacto con nosotros mismos es el mejor indicativo para explicarlos el momento en el que estamos y lo que necesitamos también nosotros.

Vemos que el precio de la madurez es caro, y sin duda hay “tentaciones de hacerlo más barato”. Presentamos algunos de los dilemas que pueden aparecer en nuestro horizonte y alertarnos de lugares no productivos:

6. Rogers, C. El camino del ser. Kairós Barcelona 1987

7. García-Monge, J.A. Op. Cit.

### Trabajo-Pasividad.

Vivimos en el mundo de la hiperactividad. Parece como si nuestro valor radicara en las “**muchas cosas que tenemos que hacer**”, saludamos a alguien y mientras se aleja nos dice “**lo agobiado que está**”. No nos estamos refiriendo al aspecto laboral y a la tarea que nos sustenta, sino a la actitud ante “**el hacer**”.

El trabajo maduro es el que nos remite a participar a través de él en que las cosas funcionen mejor, en hacer un mundo más habitable. Desde cualquier lugar, desde el saludo al compañero al empezar la mañana, hasta pararnos en los pasillos cuando vemos a alguien con mala cara.

Si caemos en el error de esperar siempre el agradecimiento y que esta actitud nos sea rentable, iremos caminando hacia la “**pasividad**”: “**No merece la pena, ellos no lo harían por ti**”.

### Riesgo-seguridad.

Ser capaz de arriesgar nuestro tiempo, nuestro prestigio y nuestra imagen sin fisuras, es, sin duda una tarea de madurez.

### Soledad-Colgarse de los otros.

Ahora escuchamos mucho hablar de luchar contra la soledad no deseada, contra la situación de muchas personas que no escuchan pronunciar su nombre a nadie a lo largo del día. Claro que hay que responsabilizarse de esta realidad, pero aquí nos referimos a la capacidad de estar solos, de recogerse, de hacer silencio.

La compulsión a mirar constantemente el móvil en busca de mensajes, que en la mayoría de los casos no son para nosotros, nos habla del pavor a no estar presentes y respondemos de manera irrelevante solo para que aparezca nuestro nombre.

Saber estar solo, apela a la capacidad de hacer espacio saludable para que entren los otros.

### Elegir-Que elijan por mí.

Si hay algo verdaderamente difícil es tomar decisiones. Decidir es renunciar, valorar y diseñar cursos de acción. Si no lo hago, la vida me arrastrará y la de las excusas. “Si me hubieran dejado, “Si hubiera tenido esto o aquello”. Nos libra de la culpa y del fracaso, pero nos reseca por dentro.

### Asumir el dolor-Vivir en la constante queja.

El dolor es un compañero de viaje a lo largo de la vida y es poco lo que hacemos para prepararnos a integrarlo. No entra en nuestros planes que las cosas salgan mal y nos creamos la falacia de que todo depende de nosotros. Así vemos frecuentemente la confusión en la persona que lo padece, muy especialmente en condiciones de enfermedad.

“**Nadie ha visto nunca al dolor, de él solo percibimos la queja**”. Hay múltiples formas de quejarse, a veces tan encubiertas que tenemos difícil conseguir ayuda.

### Saber-Ignorar

Ya hemos indicado antes que arriesgarnos a ver, es impulsarnos a actuar. “**Yo no sabía nada**” es el lugar perfecto para no hacerse cargo de lo que le pasa a los demás. Una vez que lo sabemos, nos debemos sentir impelidos a hacer algo.

### Compartir-Guardar

Probablemente aquí radique uno de los ejes fundamentales de la humanización: la certeza de que mi intención es ofrecer mis recursos: tiempo, formación, etc. Guardar lo que tengo solo para mí hace que incluso lo que tengo lo llegue a perder. Las cualidades se multiplican en la medida que se ejercen.

### Asumir el fracaso-Echar culpas fuera.

El recurso infantil del “**yo no he sido**”, nos puede acompañar a lo largo de toda la vida.

Es vital reconocer, que, pese a nuestras buenas intenciones, a veces fracasamos de forma ostensible. Aceptar el fracaso desde la humildad es un buen aprendizaje vital, y nos cuesta mucho. Nos dejaría tranquilos el saber “**Quien ha tenido la culpa**” y eso no es fácil de descubrir.

A veces cuesta seguir con el mismo entusiasmo después de fracasar y podemos necesitar ayuda para ello, pero lo que es claro es que merece la pena.

### Convivir con tu fracaso

Tal vez tu fracaso sea la oportunidad para darte cuenta de que no sabes dónde vas.  
Tal vez tu fracaso te ponga en la pista de tu verdadera realidad.  
Tal vez tu fracaso te ablande y tus lágrimas refresquen tu piel reseca.  
Tal vez tu fracaso te haga volver los ojos a los que ya nacen fracasados.  
Tal vez tu fracaso te indique caminos en los que nunca habían soñado.  
Tal vez tu fracaso te acerque a las manos que nunca conociste.  
Tal vez tu fracaso te ponga en contacto con lo mejor de ti mismo.  
Tal vez tu fracaso te haga mirar la vida del lado de la ternura.  
Tal vez tu fracaso te enseñe que lo que más vale es gratuito.  
Tal vez tu fracaso te devuelva una imagen más sincera de ti mismo.

Tal vez, y ojalá,  
tus fracasos te sean provechosos  
y puedas sentir que después de las  
brumas y tinieblas  
vienen los más maravillosos y

cálidos días de sol,  
que después de la marcha de las personas  
vienen otras y otras diciendo tu nombre  
con ternura,  
que después de la fama perdida  
viene el abrazo del que te acepta como eres.

Tal vez, y ojalá,  
tus fracasos formen parte de tu historia  
y puedas sentir que, del conjunto  
de páginas escritas,  
hay muchas de risas y juegos y complicidades,  
muchas en las que estás  
sonriendo  
viviendo  
compartiendo  
luchando  
y en definitiva, siendo la persona  
maravillosa que tú eres.  
(M.D. Mansilla, 2013)

### 2/2

Destrezas comunicativas en  
relación de ayuda: concretando  
nuestro estar con los otros.

Tal vez nos ayude el tener en mente una serie de conceptos muy sencillos, que nos impidan olvidar, la imagen de respeto, cercanía y confianza que queremos generar.

Basándonos en el modelo de comunicación de [Carhkuff\(1980\)](#), podríamos señalar las siguientes destrezas:

### La destreza de atender.

Ya hemos aludido a la importancia de mirar y ver. Atender apela a poner en juego todas nuestras actitudes para garantizar a la persona nuestro interés por ella. Una atención personal alude a conocer algo de la vida de la persona, darle la imagen de que sabemos quién es, de que en este momento el encuentro está diseñado exclusivamente para ella.

Todos tenemos la experiencia de lo gratificante que resulta que nos llamen por nuestro nombre, en definitiva, que nos vean como persona que somos.

La atención contextual implica que, aunque a veces no sea fácil, tratemos de transmitir a través del entorno nuestro respeto y acogida. En un estudio realizado con profesionales que trabajan en cuidados paliativos<sup>8</sup> vemos como uno de los factores les afectan emocionalmente son “los olores y los tumores que deforman”. Generar un ambiente lo más agradable posible es todo un reto.

La atención postural tiene que ver con la actitud de nuestro cuerpo, nuestros gestos y movimientos, nuestro contacto corporal. El paciente, o la persona a la que estemos atendiendo nos observa. ¿Qué le estamos transmitiendo?

#### La destreza de observar.

¿Cómo podemos ordenar y dar sentido a esa multiplicidad de mensajes que nos envía la persona a través de su mirada, su postura, sus movimientos, el tono en el que pronuncia las palabras, su silencio?

Observar es situarnos en el marco real de la persona. Cualquier pequeño gesto puede ser muy significativo, darnos la clave de cómo está.

#### La destreza de escuchar.

Tanto hemos hablado, desde los psicólogos humanistas, en especial C. Rogers de la importancia de saber escuchar de los beneficios que se derivan del ser escuchado

#### La aventura de escuchar

Si me escuchas seguro que buscaré espacio en mi equipaje una sonrisa. No importa que esté revuelto, lo haré lo mejor que pueda.

Si me escuchas me darás valor para decirte cosas que ni a mí misma me digo, y eso aligerará la carga que a veces siento como pesada.

Si me escuchas sabrás que muchas de mis cosas enganchan con las tuyas y así podemos aprender juntos.

Si me escuchas te saldrá la sonrisa tierna de quien se pone en contacto con lo más frágil e indefenso del otro.

Si me escuchas te mirarás de otra forma y te verás cómo alguien capaz de ofrecer recursos a los demás.

Si me escuchas abandonarás la obsesión por las palabras y sabrás que tu presencia ya contiene en sí misma un río de mensajes de acogida y cercanía.

Si me escuchas me darás valor, apoyarás mis palabras sólo porque son mías y me habitan.

Si me escuchas tendrás cada vez más ganas de escuchar y te pondrás a tiro de que otros te elijan.

Si me escuchas caerás en la cuenta de que necesitas ser escuchado y eso te animará a buscar interlocutores.

Si me escuchas cada vez estarás más convencido de la magia que fluye en todo encuentro humano y que disponemos, aunque a veces no lo sepamos, de múltiples antenas para recoger datos nuevos.

Si me escuchas estarás conmigo y sentiré que lo que mío, por muy absurdo que parezca, conecta con alguien que está dispuesto a ofrecer un rato de su tiempo y toda su atención, para llenar de contenidos mi imagen y mi nombre. (M.D Mansilla. Febrero 2013)

8. Martínez Cruz, M.B. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Elsevier. Madrid 2022 (2ª edición)

Escuchar es entrar en el mundo de la otra persona, ver la vida con sus ojos y tratar de entender cómo se sitúa en sus circunstancias actuales. No es fácil, requiere una gran energía y ser capaz de dejar de lado todo lo que existe en mí en ese momento para dejar que resuene lo que me dice el otro

Escuchar es entrar en el mundo de la otra persona, ver la vida con sus ojos y tratar de entender cómo se sitúa en sus circunstancias actuales. No es fácil, requiere una gran energía y ser capaz de dejar de lado todo lo que existe en mí en ese momento para dejar que resuene lo que me dice el otro.

Es importante recordar la razón por la que se escucha, el objetivo que perseguimos, evitar las distracciones y situar en nuestra mente los contenidos que nos van llegando.

#### La destreza de responder.

Después de este recorrido, constatamos que nosotros, los acompañantes, no hemos dicho prácticamente nada. Hemos tratado de estar, de la manera más clara y coherente posible al lado de quien nos necesita.

Nuestra respuesta tiene que estar hecha de empatía, de apoyo emocional, de pequeños detalles que nos hagan más agradable la situación, de asegurarnos de que nuestra presencia es un bálsamo.

Sin duda, el peor peligro es el de juzgar, valorar desde mis prejuicios, desde lo que considero correcto no, desde lo que yo creo que se debería hacer. Desde aquí llegamos a afirmar la ineficacia de los consejos, aunque sean dados con la mejor voluntad. La pregunta es: ¿Qué le impide a esta persona seguir los muchos buenos consejos que le han dado a lo largo de su vida? Buscamos una solución que parta de él.

#### No juzgues

No eres el juez, ni la policía, ni un detective que sigue los pasos del otro, no juzgues.

No tienes todas las verdades, no sabes las soluciones, no posees un caleidoscopio emocional, no juzgues.

No puedes controlar el futuro, no lo sabes todo del otro, tú también estás cargado de dudas, no juzgues.

No eres más que nadie, no has pasado por esa situación, no actúas siempre bien, no juzgues.

No eres tan poderoso/a, no tienes soluciones mágicas, no eres un ejemplo, no juzgues.

No conoces todas las esquinas de su vida, no se dice siempre todo, no te construyas tu teoría, no juzgues.

No apliques lo tuyo como el único ungüento, no todos tenemos la misma piel, no hagas algo que no se te ha pedido, no juzgues.

No emplees todas tus palabras, no te escuches a ti mismo en el diálogo, no te confundas con tus ruidos, no juzgues.

No te muestres como el mago equilibrista, no saques la chistera de los trucos, no alardees de que ya lo sabes, no juzgues.

No creas que esto ya lo has escuchado antes, no olvides que esa sería la historia de otro, no hables de memoria, no juzgues.

Muestra el corazón, las manos y la mirada abiertas. Busca un sitio desocupado para el encuentro, no desperdices ni un registro de su vivencia: dile un Estoy aquí con toda el alma. (M.D. Mansilla, enero 2015)

### 3/

## Para terminar: llevando la bandera de la esperanza.

Nos dice **V. Frankl** que el concepto de desesperanza surge del sufrimiento sin propósito. Cuando somos capaces de dar un sentido a nuestro sufrimiento, este disminuye e incluso pueda actuar como un vector de cambio en nuestra vivencia personal. Ayudar a una persona a situarse ante el sufrimiento, es sin duda uno de los ejes fundamentales de la humanización.

#### La esperanza

La esperanza ilumina los ojos cuando a veces la noche es muy negra y nos hace soñar con caminos que serán posibles cuando la luz venga.

La esperanza nos hace mejores menos recelosos, menos resentidos simplemente a veces lo vemos difícil y creemos que algo va contra nosotros.

La esperanza se puede lograr siempre hay un rincón donde ver lo bueno donde recordar que existen recursos y aparecen gestos que creíamos muertos.

Está en la sonrisa, en tender la mano en pensar la vida en la mejor clave no es ser un iluso, ni ser ignorante, es mirar las cosas pensando en mejoras.

La esperanza es pensar que con poco que yo a ella le aporte, se vendrá hacia mí siempre es necesario ver lo que tenemos aunque sea guardado en fondo del arca.

Vivir la esperanza es llevarla dentro

y darla a los otros con una sonrisa pues al darla crea, brisas de alegría y se vuelve suave nuestro corazón.  
(M.D. Mansilla, 2-6 diciembre 2019)

#### Bibliografía

▶ **Cibanal J.L.**

*Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud.*  
Elsevier. Madrid 2002.

▶ **Jiménez Hernández Pinzón, F. A**

*corazón abierto.*  
Descleé de Brouwer. Bilbao, 2001.

▶ **López Villanueva, M.**

*Ungidas: un itinerario de oración con relatos de mujeres.*  
Sal Terrae. Santander 2011.

▶ **Martínez Cruz, M.B. (Ed.).**

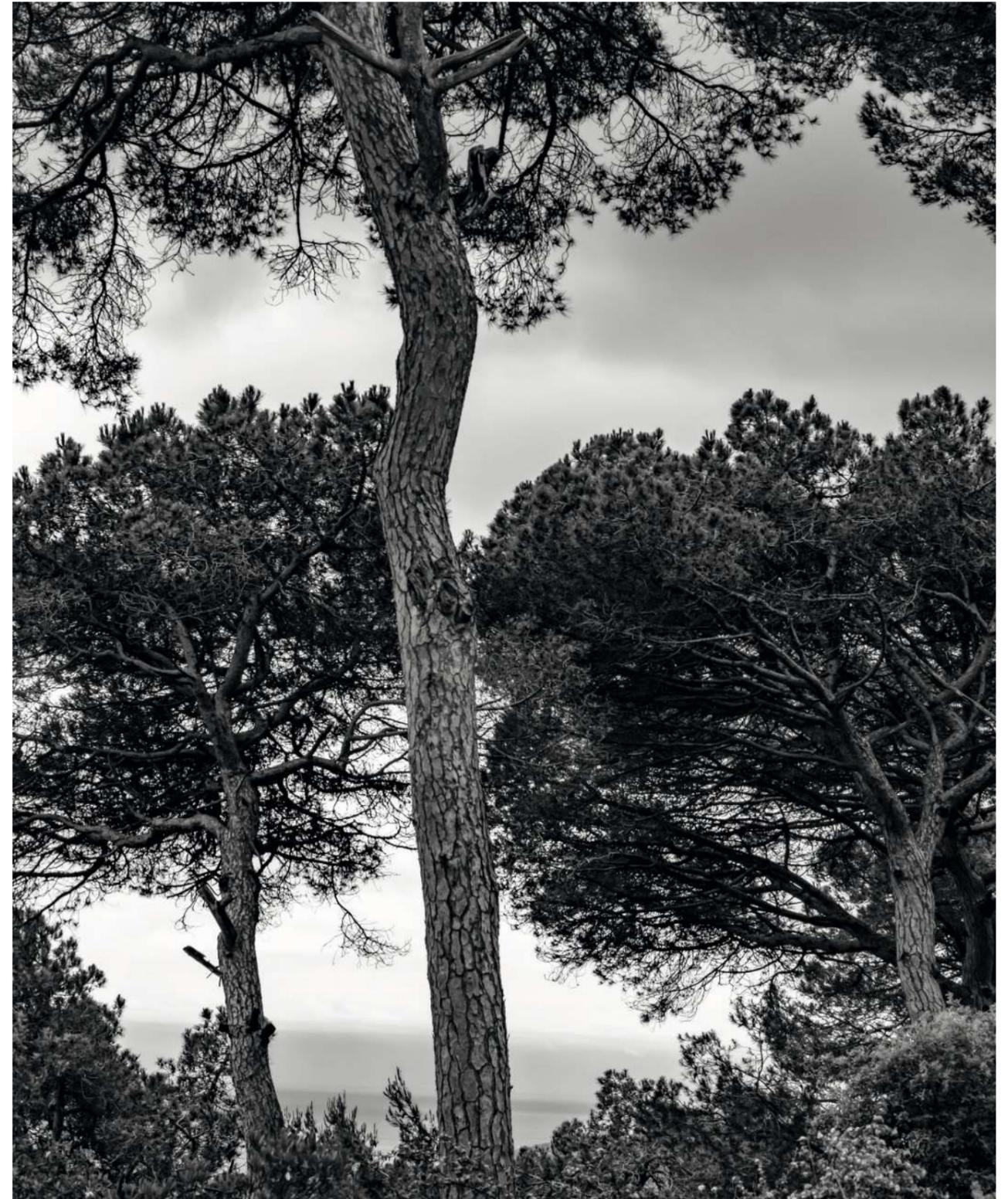
*Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida.*  
Elsevier. Madrid 2022. (2ª edición).

▶ **Nieto Munuera, J. et al.**

*Psicología para ciencias de la salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad.*  
MC Graw Hill. Interamericana. Madrid 2004.

▶ **Rothschid, B.**

*Ayuda para el profesional de ayuda. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario.*  
Descleé de Brouwer. Bilbao 2009.





**05/**

# **El sufrimiento** (suicidio y las autolesiones) en la población española infantojuvenil: una mirada profunda.

**Luisa del Campo,**

Psicóloga General Sanitaria.  
CEO y fundadora [www.vivetuvida.es](http://www.vivetuvida.es) Madrid.

*"Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre"*  
Joaquim Callabed

La salud mental de la población infantojuvenil es un tema de creciente preocupación en la sociedad contemporánea. Uno de los aspectos más sombríos de esta preocupación es el aumento de los casos de suicidio y autolesiones entre los jóvenes en España. Este artículo tiene como objetivo explorar las causas, datos epidemiológicos, mitos y proporcionar alguna pista sobre cómo acompañar a las personas que sufren en los diferentes campos relacionados con el suicidio y las autolesiones en esta población.

*Palabras clave: Suicidio, Autolesiones, Prevención, Acompañar*

The mental health of the child and youth population is a subject of growing concern in contemporary society. One of the most sombre aspects of this concern is the increase of cases of suicide and self-harm among young people in Spain. This article focuses on exploring the causes, epidemiological data and myths in this field, providing some clues about how to accompany the suffering population dealt with here in the different spheres relating to suicide and self-harm.

*Key words: Suicide, Self-harm, Prevention, Accompaniment*

## 1/

### Factores que influyen en las conductas suicidas y las autolesiones en población infanto-juvenil.

Entender las causas y los factores que están detrás del suicidio y las autolesiones en la población infantojuvenil es un primer paso fundamental para abordar este complejo problema. Nos va a permitir comprender y escuchar, sin juzgar.

Desde antes de la pandemia por COVID, ya veníamos observando una tendencia ascendente preocupante (desde 2018). Si bien es cierto que el confinamiento (marzo 2020) supuso un factor estresante para toda la población, en los jóvenes y adolescentes también causó un fuerte impacto emocional, ya que se vieron privados del acceso a su mayor referente y fuente de energía psicológica y social: los iguales (los amigos, los compañeros de colegio, equipos de deporte y lugares de encuentro social).

Si algo he aprendido en mi trayectoria profesional, es que las personas somos poliédricas, es decir, que tenemos muchas facetas, y no se nos pueden reducir a una. Para mirar en profundi-

dad el sufrimiento, necesitamos abordar todos los factores que actúan sobre este problema, por lo tanto, necesitamos tener en cuenta:

- **Factores biológicos** (genética y epigenética)
- **Factores psicológicos**
- **Factores sociales:** en un sentido amplio, englobando aquí la familia nuclear y extensa, el colegio, el barrio, la parroquia, las redes sociales, la cultura, las diferentes “tribus” y referentes con los que viajamos.

En primer lugar, cuando hablamos de suicidio y autolesiones ¿qué queremos decir?

**Suicidio** se considera, según la OMS, “como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal, quitarse la vida”.

**Autolesiones** “son cualquier daño realizado por una persona sobre su propio cuerpo sin o con la intención de suicidarse”. La automutilación es un acto compulsivo que se puede llevar a cabo para liberarse de dolor emocional, furia o ansiedad, para rebelarse en contra de la autoridad, para jugar con comportamientos arriesgados o para sentirse en control.

En algunos casos, el comportamiento no tiene relación con el control emocional sino con un trastorno neurológico o metabólico. Este comportamiento no es aceptado socialmente, ni es parte de una tradición religiosa o forma de arte.

Tenemos que tener en cuenta que los factores de riesgo rara vez identifican los casos de intento de suicidio o de muerte por suicidio. (Franklin et al. 2017). Sin embargo, debemos conocerlos para tener mayor sensibilidad en nuestra escucha.

Los factores de riesgo más comunes incluyen:

**Trastornos mentales:** la presencia de un trastorno mental, como la depresión, el trastorno

bipolar, la esquizofrenia, la ansiedad u otros trastornos de salud mental. Estos trastornos pueden llevar a sentimientos abrumadores de desesperanza, desesperación y sufrimiento emocional.

**Historial de intentos previos de suicidio:** las personas que han intentado suicidarse en el pasado tienen un mayor riesgo de intentos futuros.

**Historial familiar de suicidio:** la genética y el entorno familiar pueden desempeñar un papel en el riesgo de suicidio. Tener familiares cercanos que hayan cometido suicidio puede aumentar el riesgo.

**Abuso de sustancias:** el abuso de alcohol y drogas puede aumentar el riesgo de suicidio, ya que puede contribuir a la depresión y la impulsividad.

**Acceso a medios letales:** tener acceso a armas de fuego, medicamentos letales u otros medios para suicidarse puede aumentar la probabilidad de un intento exitoso.

**Sentimientos de aislamiento:** el aislamiento social, la soledad y la falta de apoyo social, pérdida de status social, pueden contribuir a la ideación suicida.

**Experiencias traumáticas:** el abuso sexual, el abuso físico, el acoso, el bullying, situación laboral, presión académica y otros traumas pueden aumentar el riesgo de suicidio, especialmente si no se abordan adecuadamente.

**Problemas de salud crónicos:** las enfermedades crónicas, el dolor crónico y la discapacidad pueden contribuir a la ideación suicida, especialmente si afectan la calidad de vida de manera significativa.

**Problemas financieros o legales:** las dificultades financieras, las deudas abrumadoras y los problemas legales pueden generar estrés adicional y desesperación.

**Identidad de género u orientación sexual:** las personas LGTBIQ+ pueden enfrentar discrimi-

nación, estigmatización y rechazo que aumentan el riesgo de suicidio.

**Desesperanza y falta de propósito:** sentirse sin esperanza, sin un sentido de propósito en la vida o sin metas a largo plazo puede contribuir a la ideación suicida.

**Cambios importantes en la vida:** eventos como la pérdida de un ser querido, el divorcio, la jubilación, el desempleo u otros cambios significativos pueden desencadenar crisis emocionales.

**Encarcelamiento o institucionalización.**

**Género:** ser varón (3/4) (en el caso de las conductas suicidas, aunque en población adolescente tiende a equipararse 1:1) y ser mujer en el caso de las conductas autolesivas.

## 2/

### Datos epidemiológicos en España.

Los datos epidemiológicos proporcionan una visión clara de la magnitud del problema en España:

Cuarto año consecutivo de máximos históricos de defunciones por suicidio (fuente: [Fundación Española para la Prevención del Suicidio www.fsme.es](http://Fundación Española para la Prevención del Suicidio www.fsme.es))

En 2022, según los datos provisionales publicados por el INE el 26 de junio de 2023, han fallecido por suicidio 4.097 personas en España, una media de 11,2 personas al día; un 74% de ellas varones (3.042) y un 26% mujeres (1.051). Por primera vez en su historia, los suicidios de varones superan las 3.000 defunciones.

Respecto a 2021 (año en el que produjeron 4.003

defunciones por este motivo), en 2022 se ha registrado un 2,3% más.

Por primera vez desde 2008, el suicidio deja de ser la principal causa externa de muerte en España, siéndolo ahora el ahogamiento, la sumersión y la sofocación accidentales; aunque, bajo estas causas (y el resto de accidentes), pueden ocultarse muertes por suicidio que, por distintos motivos, no son asignados a este origen.

Afortunadamente, han disminuido casi a la mitad los suicidios de niños menores de 15 años (de 22 en 2021 a 12 en 2022), algo que nos había alarmado en 2021.

Entre los 15 y los 29 años, el suicidio es la principal causa absoluta de muerte. Provoca 333 defunciones anuales frente a las 314 de los accidentes de tráfico o las 274 de los tumores.

A las muertes por suicidio hay que añadir los intentos y la ideación suicida. Según cálculos de la **OMS**, existirían unos 20 intentos por cada suicidio, mientras que, según otros estudios epidemiológicos la ideación podría afectar a lo largo de la vida, entre el 5% y el 10% de la población española.

Eso significa que en un año podrían producirse en torno a 80.000 intentos de suicidio al año en España y que entre casi 2,5 y 5 millones de personas posean ideación suicida a lo largo de su vida. España sigue sin poseer ningún plan o estrategia específica estatal para la prevención del suicidio.

### 3/

## Mitos sobre el Suicidio y las Autolesiones.

Para abordar eficazmente el suicidio y las autolesiones, es esencial desmitificar **algunas creencias erróneas comunes**:

- 1. El suicidio/autolesión es una llamada de atención:**  
El suicidio es un acto extremo y generalmente no busca atención, sino alivio del dolor emocional.
- 2. Hablar sobre el suicidio puede inducirlo:**  
Hablar abiertamente sobre el suicidio no fomenta este comportamiento, sino que puede ser un primer paso hacia la búsqueda de ayuda.
- 3. Las autolesiones son solo un capricho adolescente, por imitación de las redes sociales:**  
Las autolesiones son una forma de lidiar con el dolor emocional y deben ser tomadas en serio. Expresan en la piel lo que no pueden expresar verbalmente.
- 4. Todas las personas que mueren por suicidio sufren un trastorno mental:**  
La muerte por suicidio indica un gran malestar y sufrimiento emocional pero no necesariamente un trastorno mental. No todas las personas con trastorno mental intentan suicidarse ni todas las personas que se quitan la vida tienen una enfermedad mental. El dolor intenso conduce a pensar que la única solución posible es la muerte.
- 5. La persona que se suicida desea morir:**  
Las personas que realizan tentativas y un acto suicida suelen estar ambivalentes acerca de la vida o la muerte. Algunas personas mueren al intentarlo, pero hubieran preferido seguir viviendo.

Entender las causas y los factores que están detrás del suicidio y las autolesiones en la población infantojuvenil es un primer paso fundamental para abordar este complejo problema

Estas personas quieren librarse definitivamente del malestar emocional que sienten.

### 6. Todas las personas que hayan intentado suicidarse alguna vez, nunca dejarán de intentarlo:

Es cierto que hay personas que intentan suicidarse en varias ocasiones en un periodo corto de tiempo, pero los pensamientos suicidas no son permanentes. En algunos casos no vuelven a aparecer jamás.

### 7. Las personas que dicen que van a quitarse la vida no lo van a hacer:

El 75% aproximadamente de personas que consuman el suicidio hicieron alguna advertencia previamente a la acción. Estas personas no quieren llamar la atención. Jamás hay que ignorar este tipo de mensajes. Hablar de ello puede ser una forma de pedir ayuda.

### 8. Hablar del suicidio en los medios, puede incitar a alguien a hacerlo:

El estigma alrededor del suicidio es muy grande. La mayoría de personas que contemplan el suicidio no saben con quién compartirlo. Hablar de ello puede ser en realidad una oportunidad para prevenirlo, permite ofrecer una nueva y alternativa visión de la situación. Pero del tratamiento que le demos en los medios, sí nos debemos hacer responsables e informar con rigor, sin fomentar el estigma, ni el morbo.

### 9. El suicidio no puede prevenirse, ya que es un acto impulsivo:

El porcentaje de casos donde no se observaron síntomas, factores de riesgo o indicadores previos es muy bajo. Estos casos ciertamente son muy difíciles de evitar, pero en la mayoría de casos existen numerosos indicadores de las conductas suicidas. Por tanto, la prevención es la mayor contribución posible para ayudar a estas personas.

Es cierto que, en la edad adolescente, las señales son difíciles de detectar, pero la escucha activa y la comunicación honesta, respetuosa y empática

pueden ayudarnos a ver más allá de las conductas disruptivas o desafiantes.

Todos podemos hacer algo para ayudar y acompañar el sufrimiento de los demás.

### 4/

## Prevención y acompañamiento.

La prevención del suicidio y las autolesiones en la población infantojuvenil requiere un enfoque multidimensional.

El sufrimiento se puede prevenir o se puede llorar. Todos hemos visto cómo las campañas realizadas por la **DGT** para disminuir el consumo de alcohol durante la conducción han disminuido las víctimas mortales, o nos han educado a usar el cinturón de seguridad. O políticas de salud pública han conseguido que no se fume en espacios tales como colegios, hospitales etc. Por lo que podemos afirmar que una Plan nacional para la prevención del suicidio, o medidas públicas como mejorar la red de profesionales y recursos para atender la salud mental (Hospitales, Centro de Día, Centros de salud mental, grupos de apoyo etc), nos permitiría gozar todos de mejor salud. Salud a secas, porque no hay salud sin salud mental, ni hay salud mental sin unas condiciones de salud física mínimas.

Podrían ayudar medidas como las siguientes:

### Acceso universal al apoyo psicológico y psiquiátrico:

Los jóvenes que luchan con problemas de salud mental necesitan acceso a terapia y tratamiento adecuados y sus familias (madre, padre y hermanos... abuelos, tíos y primos) y sus amigos y sus compañeros de colegio, también.

Los supervivientes a una conducta suicida, viven una realidad tan desbordante, que ellos mismos califican como “**bomba atómica**”, por lo que van a necesitar lidiar con emociones muy intensas.

**Educación y sensibilización:**

Las escuelas y comunidades deben promover la educación sobre la salud mental y reducir el estigma. Nos falta formación en aspectos básicos de educación emocional, enseñar técnicas de autorregulación, expresión e identificación emocional sería de gran ayuda.

Colegios, parroquias, asociaciones de padres, asociaciones deportivas, son lugares de encuentro de los adolescentes y allí podemos acudir a formar y sensibilizar. Elaborar guías para difundir cómo hablar de este tema a nivel de medios de comunicación, en RRSS etc.

**Apoyo familiar y social:**

Las familias juegan un papel crucial en el apoyo emocional y el acceso a la ayuda profesional. La conducta suicida no puede tratarse como un problema individual, sino que necesitamos atender al sistema familiar y social y ver qué fortalezas y debilidades poseen como familia, como tribu, y cómo proporcionarles herramientas para aliviar ese sufrimiento.

La familia es un pilar fundamental de los jóvenes (a pesar de su necesidad de autonomía y diferenciación de sus padres), necesitan de la presencia auténtica y plena de sus progenitores y para ellos es necesario tomar medidas especiales para permitir la conciliación laboral real, permisos especiales cuando un hijo se enferma, favorecer el apoyo y acompañamiento a nivel social de la familia, ya que llevan una carga de sufrimiento extraordinaria.

**Acceso a líneas de ayuda:**

Se deben proporcionar recursos de emergencia como líneas telefónicas de ayuda y servicios de chat en línea.

Presencia en Redes Sociales de agentes de salud, Teléfono 024, Teléfono de la **Fundación ANAR**,

**Teléfono de la Esperanza**, deberían estar colgados forrando las paredes de los espacios donde convivan menores para que estén accesibles en todo momento.

**Restricción de acceso a métodos letales:**

Es fundamental controlar el acceso a medios letales, como armas de fuego, navajas, medicamentos.

**Ocio:**

Los adolescentes no tienen espacios de encuentro y, los que les ofrecemos, son de poca calidad. Proporcionarles acceso a polideportivos, lugares de ocio nocturno sanos, alternativas a la noche, promover las actividades artísticas (música, teatro, museos, danza) y deportivas a precios asequibles es urgente.

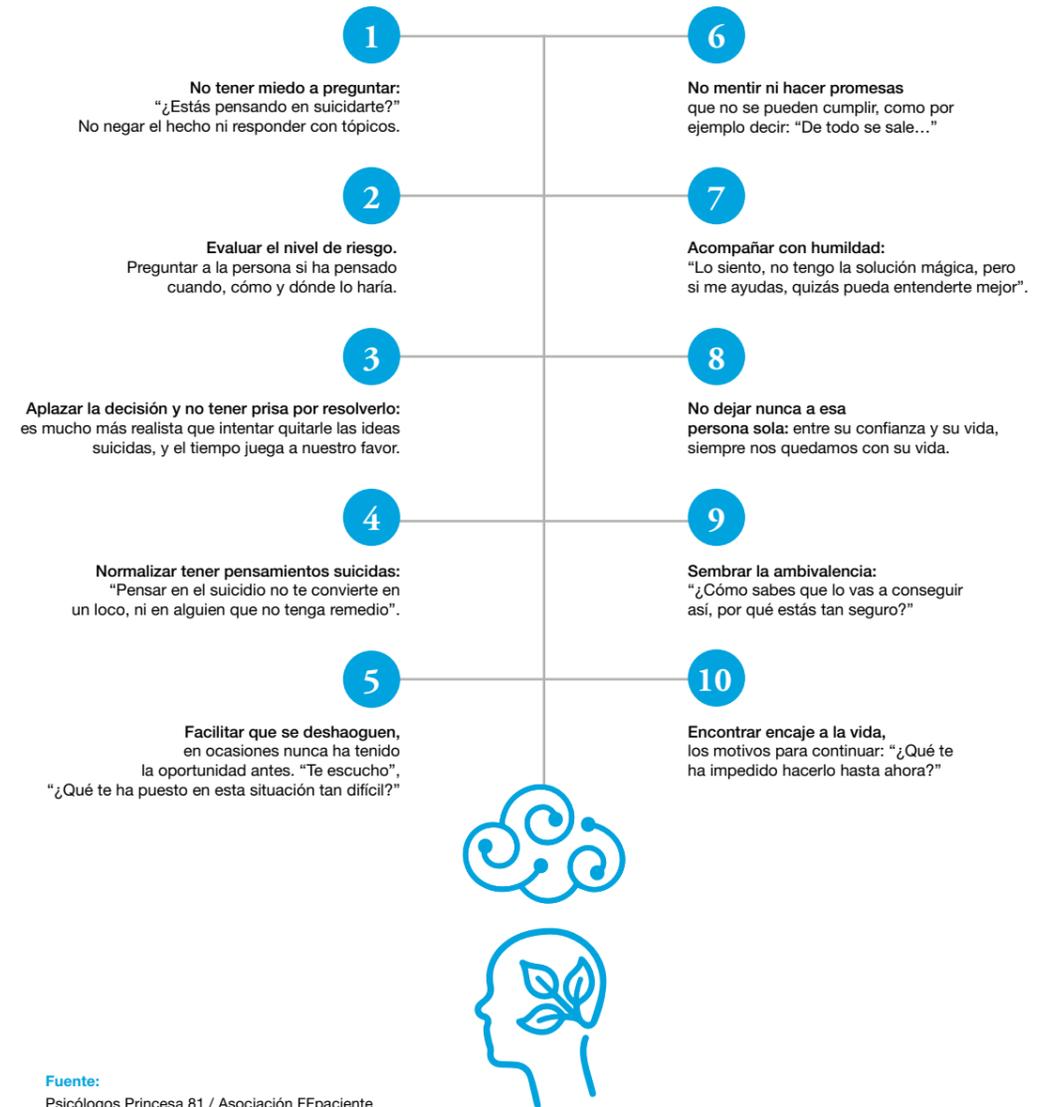
**5/**

**Pautas para acompañar en caso de percibir autolesiones y/o ideas suicidas.**

“Hablar prolonga la vida”  
**Dr. Rojas Marcos**

Todos podemos hacer algo para ayudar y acompañar el sufrimiento de los demás

**Pautas en caso de percibir ideas suicidas**



- **Ante todo, prudencia y calma.** No hacer ruido ni difundir mitos o creencias irracionales. Pararse a pensar y, si es necesario, buscar un profesional que nos asesore. No sabemos cuáles son los factores precipitantes de la conducta (puede ser un padre, una madre, un abuelo...). Nuestra propia angustia nos puede hacer ser agentes de más sufrimiento.

- **Hablar del tema sin miedo a preguntar,** no negar la situación, a menudo frente a una situación que nos produce mucha angustia tendemos a negar, a hacer como que no existe y mirar hacia otro lado. “¿has pensado en hacerte daño? ¿has valorado alguna vez quitarte de en medio?”

- **Evaluar el nivel de riesgo**, ver si tiene un plan de actuación, un cómo, un dónde, un cuándo, si esconde objetos, se pone ropa para tapar las extremidades etc.
- **Hablar con la persona tratando de hacer que aplace la decisión**, no de convencerle para que no lo haga. Suena paradójico, pero ganar tiempo ayuda a irle proporcionando otras herramientas y así ganar un día más.
- **Normalizar la ideación suicida o los pensamientos autolesivos**, muchas personas en muchas ocasiones han pensado en quitarse la vida, pero es no les convierte en una persona “loca” ni desequilibrada ni “sin arreglo”. Relativizar y aliviar la culpa.
- **Facilitar la expresión y descarga emocional**, que sienta que le escuchamos incondicionalmente, sin juicio, sin etiquetas. Con toda nuestra presencia.
- **No generar falsas expectativas**, ni mentir, no somos salvadores de nadie; podemos acompañar, pero, probablemente haya cosas en sus vidas que no tengan arreglo y no les podemos prometer lo contrario.
- **No dejar a la persona sola**; entre su confianza o su vida nos quedaremos con su vida.
- **Encontrar anclajes a la vida**. Factores en su vida que le han permitido llegar hasta aquí. Sin dar nada por supuesto, puede ser la familia o no, la pareja o no, los amigos o no.
- **Proporcionar teléfono y chats de ayuda:**  
[900 20 20 10](tel:900202010), [024, 717 003717](tel:024717003717)

<https://www.anar.org/>  
<https://telefonodelaesperanza.org/madrid/>  
[www.fsme.es](http://www.fsme.es)

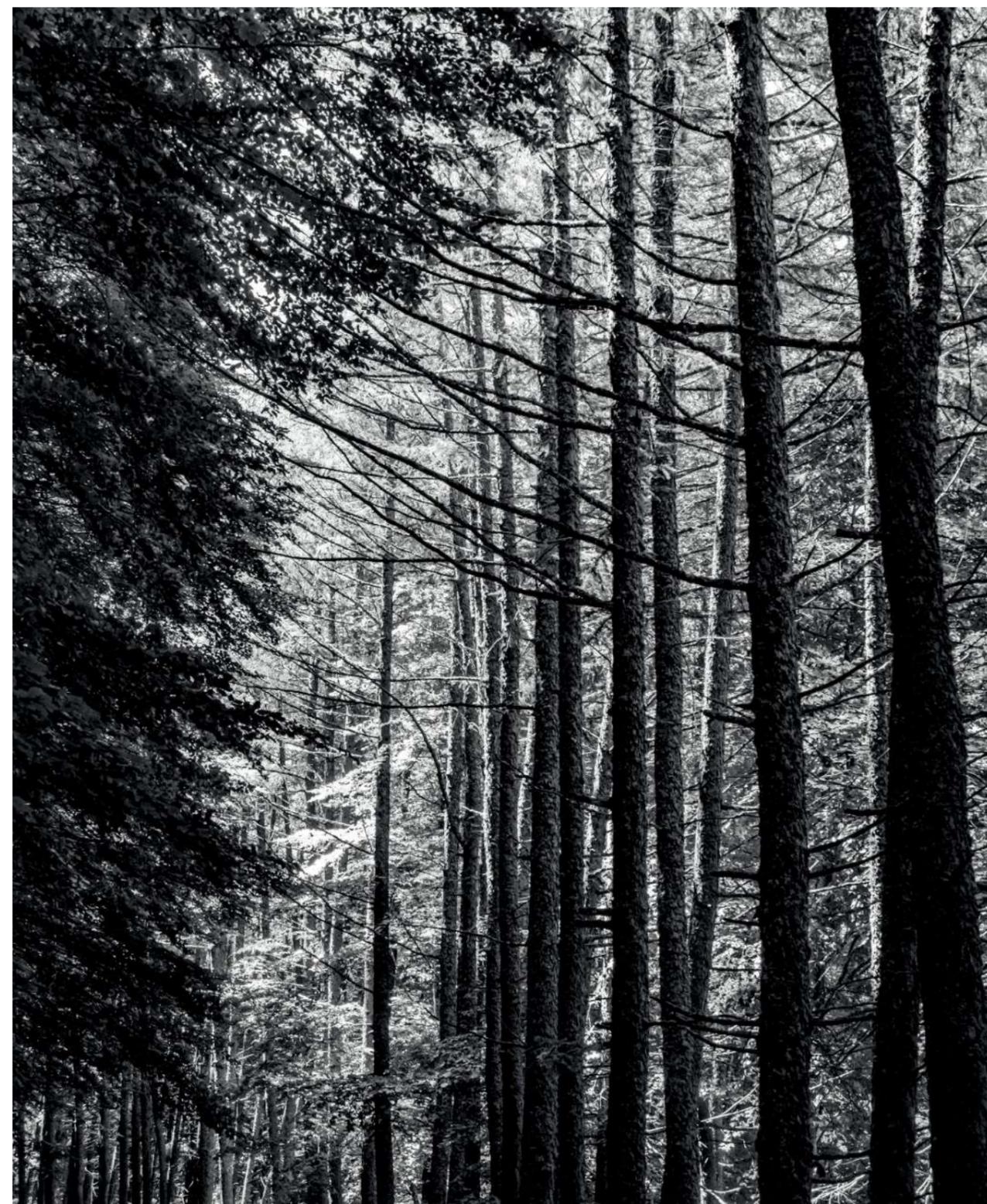
**Psicólogos Princesa 81**  
<https://psicologosprincesa81.com/>

**Centro de atención a la infancia (CAI)**  
y **Centros de atención a la familia (CAF)**

**Centro Orientación Familiar**  
<https://cofmadrid.com/>

**Centros de Salud Mental**  
y de **Atención Primaria y tfno. 112**

---





06/

# Retos de la humanización de los cuidados en salud mental penitenciaria.

**Bernabé Robles del Olmo,**

Servicio de Neurología y coordinador de la Unidad de Bioética del Parc Sanitari Sant Joan de Déu-Hospital. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

**José Manuel Fernández Rodríguez,**

Supervisor de enfermería del ámbito penitenciario del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Con independencia del modelo con el que cada sociedad se aproxime a las penas de prisión (punitivo, rehabilitador o mixto), aparece siempre la responsabilidad de humanizar dicha situación. Este compromiso se acrecienta, si cabe, cuando la persona presa está enferma.

Por supuesto, la genuina humanización entronca con todos los principios bioéticos, pero especialmente con los de autonomía y vulnerabilidad. ¿Cómo conseguir respetar la autonomía cuando hemos restringido ésta mediante una sentencia? La clave reside en seguir considerando persona (“prójimo”) a aquella que ha cometido un acto que la sociedad ha considerado censurable.

Revisaremos en este artículo diversas iniciativas que se han puesto en marcha desde los centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios para balancear respeto y protección, tanto de la persona presa como del resto de la sociedad.

*Palabras clave: Prisión, Humanización, Salud mental, Derechos Humanos*

Regardless of the model with which each society approaches prison sentences (punitive, rehabilitative or mixed), there is always the responsibility to humanize this situation. This commitment increases, if possible, when the imprisoned person is sick. Of course, genuine humanization connects with all bioethical principles, but especially with those of autonomy and vulnerability. How can we achieve respect for autonomy when we have restricted it through a sentence? The key lies in continuing to consider a person (“neighbor”) someone who has committed an act that society has considered reprehensible.

In this article we will review some initiatives that have been launched from the centers of the Hospitaller Order of the Brothers of Saint John of God to balance respect and protection, both for the imprisoned person and the rest of society.

*Key words: Prison, Humanization, Mental health, Human Rights*

Con no pocas dificultades, a pesar de las demandas de ciertos sectores sociales en la línea de un endurecimiento global de las penas, la aproximación exclusivamente punitiva parece en franca regresión en nuestro contexto. Un modelo exclusivamente punitivo deja de lado a la persona, una persona culpable seguramente, pero también extremadamente vulnerable cuando ingresa en un centro penitenciario. En estas situaciones, la sociedad restringe su libertad de movimientos, y ello genera diversas inquietudes éticas que se pueden distribuir en dos ejes: por un lado, respeto y por otro, responsabilidad. Indisociable de su carisma, los centros de la **Orden Hospitalaria** se han comprometido siempre por la humanización de esta experiencia vital.

## 1/

### Aproximación a la salud penitenciaria en nuestro entorno.

El **Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD)** es la institución que gestiona los servicios de atención en salud mental a las personas que están en situación de privación de libertad en los centros penitenciarios de Cataluña.

Diversos estudios sobre prevalencia de patología mental en estos centros indican un aumento creciente de la población reclusa que presenta un trastorno mental grave. Los problemas de salud mental en prisión están condicionados y modulados por las características, situaciones y circunstancias particulares que comporta la situación de privación de libertad. A pesar de la heterogeneidad de diseños y de metodologías, los estudios científicos publicados concluyen que la prevalencia de problemas de salud mental en prisiones es superior al conjunto de la población no reclusa.

Según los estudios realizados desde la década de los 90 a nivel mundial, se concluye que las personas privadas de libertad tienen entre 4 y 6 veces más de probabilidad de sufrir un trastorno psicótico o depresión grave, entre otros, comparado con la población general y alrededor de 10 veces más de probabilidad de ser diagnosticados de un trastorno antisocial de la personalidad. A esta elevada incidencia de trastornos de salud mental entre la población privada de libertad en España (5 veces más alta que la población general), cabe añadir la alta comorbilidad en relación al consumo de sustancias psicoactivas.

La salud penitenciaria es una de las profesiones sanitarias más desconocidas. En materia de salud mental, es frecuente hablar del doble estigma que sufren las personas reclusas con patología mental tanto por su situación de privación de libertad como por la propia enfermedad.

La población reclusa en Cataluña ascendía en 2022 a 7.713 personas según datos oficiales de la **Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima** de diciembre de 2022: 476 mujeres (6,2%) y 7.237 varones (93,8%). Por grupos de edad, la franja de 31 a 40 años es la más numerosa con 2.279 internos (un 29,5%) seguida de la franja de 41 a 50, con un total 2.044 (un 26,5%). La media de edad se sitúa en los 45,4 años. El tiempo promedio de estancia en prisión de los internos en el momento actual es de 301,3 días para los presos preventivos y de 1.190,6 para los penados.

El **Departament de Justícia, Drets i Memòria** gestiona catorce centros penitenciarios entre los que se distinguen centros preventivos (donde la persona está a la espera de una sentencia), centros de penados (donde las personas ya han tenido una condena por sentencia firme) y también los centros abiertos (donde las personas se encuentran en un régimen de semilibertad).

## 2/

### La apuesta de Sant Joan de Déu por la humanización.

La **“Xarxa de Salut Mental”** del PSSJD gestiona los servicios de salud mental para toda la población penitenciaria de Cataluña. En 2001 acontece un hecho clave para la atención de estas personas en Cataluña dado que se establece un convenio entre el **Departament de Salut**, el **Departament de Justícia** y la Orde Hospitalària de Sant Joan de Déu, para crear el plan de atención a las necesidades en el ámbito de la salud mental penitenciaria.

Este convenio fue redactado por una comisión de expertos en salud mental a propuesta del **Departament de Salut** y el **Departament de Justícia**. Hasta ese momento, el modelo de atención en salud mental en los centros penitenciarios en Cataluña era similar al del resto del estado español con enfermerías psiquiátricas dentro de los centros penitenciarios; es decir, estructuras arquitectónicas funcionalmente similares a módulos residenciales que no constituían unidades sanitarias y a cargo de personal sanitario perteneciente al **Departament de Justícia**.

Con la firma del convenio se alcanzan dos hitos históricos:

1. El personal que atiende a la salud mental dentro de los centros penitenciarios pasa a pertenecer a una entidad puramente sanitaria, que es **Sant Joan de Déu -Serveis de Salut Mental-**, proveedor del sistema de salud público, con gestión privada, siguiendo el modelo de provisión de servicios sanitarios más habitual de Cataluña.
2. La implementación de una serie de estructuras de carácter sanitario como alternativa a las enfermerías en el ámbito penitenciario:
  - Puesta en marcha de la Unidad Polivalente del **Centro Penitenciario Quatre Camins (CPQC)**, en el año 2001.
  - Inauguración en el año 2003 de la **Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (UHPP-C)**, ubicada en el **Centro Penitenciario Brians 1 (CPB1)**.

La apertura de la UHPP-C en el CPB1 es el gran logro sanitario de este convenio, pues se trata de una unidad de gestión clínica 100% sanitaria, con servicios de urgencias, agudos, subagudos, media estancia, y tránsito a la comunidad, jurídicamente catalogada como hospital, mixto, y con carácter supra sectorial, por lo que atiende a toda la población penitenciaria de Cataluña, que se encuentra en régimen cerrado.

En 2006, se publica el **Decreto 399/2006**, de 24 de octubre, que asigna al **Departament de Salut** las funciones para el cuidado de la salud de las personas privadas de libertad y se integran en el sistema sanitario público los servicios sanitarios penitenciarios y de justicia juvenil.

A partir de este momento, se desarrolla la red de salud mental penitenciaria en Cataluña centrada en la promoción de la atención en la comunidad de las personas judicializadas.

En el año 2007, se abre el **Centro Penitenciario Brians 2 (CPB2)** y en el año 2009 se abre en dicho centro la **Unidad de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva de**

**Cataluña (UHRPI-C)**, con carácter supra sectorial, con una dotación inicial de 22 plazas. Durante el año 2018, se amplía a un total de 80 plazas para personas internas en proceso de rehabilitación y de tránsito a la comunidad, tanto en cumplimiento de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico, como en cumplimiento de pena.

En el año 2017, el gobierno de Cataluña prioriza la necesidad de mejorar la atención de la salud mental en el ámbito penitenciario, impulsándose desde el Departament de Salut y el Departament de Justícia, la creación de una cartera de servicios de atención en salud mental que garantice el abordaje, en la comunidad, integral y con equidad, de la atención a las personas con problemas de su salud mental. Se llevan a cabo diversas acciones de relevancia significativa por su impacto positivo, como las que se describen a continuación:

1. Se cierra la prisión Modelo de Barcelona. La atención a la salud mental de la población interna se traslada a la UHPP-C.
2. Se amplía de 22 a 80 plazas la UHRPI-C.
3. Se cierra temporalmente la enfermería del CPQC para reconvertirla en unidad sanitaria.
4. Se implementa un programa de soporte ambulatorio a los centros penitenciarios de Cataluña, como parte del Programa de Soporte a la Primaria (PSP).
5. Se implementa el Programa de Servicios Individualizados (PSI) en el ámbito penitenciario, dirigido a las personas internas que presentan un trastorno mental grave y se encuentran en régimen de semilibertad, ya sea en centro abierto, sección abierta o unidad dependiente.

En el año 2024, aún está pendiente la reapertura de la unidad de rehabilitación del CPQC para completar la oferta de atención sanitaria en salud mental de las personas judicializadas.

Actualmente, la oferta en la atención en salud mental penitenciaria de esta institución se desarrolla en tres ámbitos de actuación:

- Régimen de hospitalización psiquiátrica, en los centros penitenciarios CPB1 y CPB2 y en el **Centro Educativo “Els Til·lers” (CEET)**.
- Atención ambulatoria en los centros penitenciarios CPB1, CPB2, CPJ, CPQC, **Centro Penitenciario de Joves (CPJ)** y **Centro Penitenciario Wad Ras (CPWR)** y en los centros educativos de **Justicia Juvenil CEET**, **Centro Educativo “La Alzina” (CELA)** y **Centro Educativo “Can Llupià” (CECLI)** a través del servicio de atención ambulatoria en salud mental, basado en el modelo de atención integral centrado en la persona, orientado a conseguir la máxima autonomía y recuperación.
- Atención a la persona cuando se encuentra en tercer grado penitenciario o en situación de libertad condicional, dentro de la red de Salud Mental Comunitaria desde el PSI.

En estos ámbitos de actuación la atención es prestada por un equipo asistencial multidisciplinar compuesto por psiquiatras, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, médicos de familia, educadores sociales, integradores sociales, trabajadores sociales, personal administrativo y profesionales de enfermería (enfermeras de salud mental y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería). El modelo de atención se basa en el modelo de atención integral centrado en la persona, orientado a conseguir la máxima autonomía y recuperación.

La aproximación exclusivamente punitiva en la atención a personas privadas de libertad está en retroceso, evidenciando una necesidad de considerar la vulnerabilidad y la dignidad humana incluso en contextos de reclusión

### 3/

## Algunos datos epidemiológicos.

La siguiente tabla muestra la distribución por diagnósticos de las personas atendidas en los

centros penitenciarios durante el año 2021. Esquizofrenia y trastornos psicóticos son frecuentes en las unidades de rehabilitación mientras que los trastornos depresivos y por ansiedad prevalecen entre las personas de género femenino y entre las personas jóvenes.

Entre las primeras y en las unidades de agudos y subagudos, los trastornos de la personalidad clúster A son también habituales (**Calcedo-Barba, 2023**).

Diagnósticos Prevalentes (2021)	CPB1	CPB2	CPQC	CPWR	CPJ
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	11%	22%	25%	10%	3%
Rastorno bipolar	3%	4%	3%	2%	
Rastornos depresivos	16%	15%	9%	21%	25%
Rastornos de ansiedad	17%	13%	9%	22%	21%
Rastorno obsesivo compulsivo	1%	1%			
Rauma y otros trastornos relacionados con actores de estrés	1%			2%	1%
Rauma y otros trastornos relacionados con actores de estrés		1%			
Rastornos de la alimentación				2%	
Rastornos del sueño-vigilia (insomnio)		2%	1%	1%	1%
Rastornos del control impulsos y otras conductas disruptivas	2%	2%	3%	2%	16%
Rastorno por uso de sustancias	17%	21%	23%	9%	25%
Rastornos del neurodesarrollo	7%	7%	18%	2%	
Rastornos neurocognitivos	1%				
Rastorno de la personalidad clúster A	11%	2%	1%	2%	1%
Rastorno de la personalidad clúster B	8%	10%	6%	20%	1%
Otros diagnósticos				3%	
Sin diagnóstico	1%	1%	2%	1%	2%

Fuente: Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España (2023).

### 4/

## Bioética y prisiones.

El hecho de que la sociedad haya censurado y/o decidido castigar conductas previas de la persona

que ingresa en prisión, no cambia los retos éticos que, por ejemplo, también aparecen cuando recurrimos a la institucionalización de personas con otros objetivos como, por ejemplo, optimizar su cuidado. En estas situaciones, ser “culpable” o, simplemente, “necesitado” no debería lesionar lo más mínimo su dignidad personal. Continúan siendo sujetos de derechos. Por tanto, una perspectiva humanizadora de la reclusión debería

contemplar que la persona solo sufra las restricciones que marque su sentencia, añadiéndose únicamente aquellas que queden muy bien justificadas por los condicionantes que implica una convivencia en confinamiento con otras personas.

¿Qué derechos pierde un preso, ya vulnerable solo por eso, pero aún más si necesita hospitalización psiquiátrica penitenciaria? En estas unidades se conjugan ambos caminos, el punitivo y el asistencial, el castigo y el cuidado. Se pueden dar conflictos de doble rol, o de doble responsabilidad a la hora de respetar la autonomía de las personas institucionalizadas.

La seguridad suele pesar intensamente como argumento y, por ello, la responsabilidad de custodia ha producido, en no pocas ocasiones, restricciones de derechos fundamentales que van mucho más allá de la libertad de circulación. Un ejemplo claro son las situaciones de rechazo de tratamientos por parte de personas presas.

Si estas situaciones ya son complejas en el caso de pacientes no encarcelados, la tensión se exagera cuando participa una “sentencia judicial” en la indicación de ingreso. La excelencia debe buscar siempre un marco de decisiones informadas, dentro y fuera de la prisión, sin aprovechar la autoridad para imponer valores de forma no suficientemente justificada.

Además, aunque ésta sea una situación muy visible, no sería el único foco de tensión ética. Existen otros muchos más “velados”. Dentro de la reclusión se produce aislamientos, restricciones de movimientos dentro de la unidad (la restricción dentro de la reclusión), limitaciones de contacto con familiares o, al contrario, una imposición “de facto” a compartir el espacio personal con otras personas.

Desde una reflexión histórica, hace más de cinco siglos, la moral **sanjuandediana** nace de la constatación de la deshumanización social de los enfermos mentales, que “**estorbaban**”, “**asustaban**” o, simplemente, “**producían sorna o repul-**

**sión**” en el medio social “**normal**” (a menudo olvidamos que nadie es “**normal**” del todo).

El carisma **sanjuandediano** buscaba ofrecerles un hogar, sacándolos de la calle y del ostracismo. Sin embargo, con el tiempo, la respuesta social efectiva a dicha inspiración moral fue más bien de confinamiento, un confinamiento poco cuidado, “**de beneficencia**” (¿qué mala palabra cuando se utiliza desde la asimetría!).

Así las cosas, los derechos individuales de la persona podían ser pisoteados porque “**bastante hacíamos con permitir que siguiesen con vida y cubrir sus necesidades básicas**”. Exportamos el modelo de los delincuentes a los enfermos mentales, sin una genuina hospitalidad. Y si eras preso y enfermo mental a la vez, aún exagerábamos más nuestras agresiones a la dignidad.

La única opción hospitalaria ante este panorama era rebelarse desde el respeto, con calidad y con calidez, ofreciendo a toda persona, con independencia de sus supuestas limitaciones, o de sus actos (el perdón es nuclear a la moral cristiana), un trato que no vulnerase más derechos que aquellos imprescindibles para, de un lado, proteger a la comunidad, y del otro, permitir la convivencia digna del resto de “reclusos”, fuesen estos delincuentes o no.

Por tanto, no existe más aproximación posible a la institucionalización que la humanización, huyendo de cualquier residuo de venganza, repulsión o desprecio en nuestras actividades hospitalarias.

La hospitalidad conjuga, como decíamos, respeto y responsabilidad. Por tanto, es una buena receta para ocuparse de personas dependientes y/o desadaptadas al medio social “convencional”. Pero para ello valores como la calidad, la solidaridad y la espiritualidad son irrenunciables.

Además, la hospitalidad, en sí misma, impulsa a buscar alternativas a la institucionalización clásica o a la reclusión, flexibilizándolas, reinventándolas o, incluso, reduciéndolas a su mínima

La humanización en la atención penitenciaria, basada en el respeto y la responsabilidad, implica ofrecer cuidado integral, considerando tanto la seguridad como la rehabilitación e integración de la persona más allá de su condena

expresión, mediante sociedades más inclusivas, que integren mejor la diversidad y el respeto a cualquier ser humano.

La psiquiatría penitenciaria debe luchar, si quiere humanizar, contra el doble estigma de control social que se atribuyó desde sus inicios, tanto en el caso de los enfermos mentales como en el caso de los delincuentes diagnosticados de dichos problemas. Existe también un estigma de violencia, peligro o intimidación que pesa sobre estas personas, y que una atención hospitalaria debe ayudar a mitigar.

Por supuesto un ingreso en salud mental penitenciaria debe perseguir la seguridad de la comunidad y del resto de presos, pero, sobre todo, la rehabilitación y la integración de la persona atendida, viendo a la persona más allá de su condena. Por supuesto no todos los objetivos serán siempre alcanzables, pero esto no justifica desviar nuestro foco hacia la agresión, la restricción y la vulneración de derechos.

Como decíamos antes, la mayoría de los reclusos sólo tienen restringido el derecho a la libertad de movimientos, ninguno más. No debemos dar por hecho que su voluntad, su intimidad o sus preferencias ya no cuentan para nada.

Restringir de forma prudente la libre circulación sin coartar la voluntad es el equilibrio que debe buscar la excelencia en el cuidado en estos contextos complejos. Una “**cálida calidad**” sería la clave, si se nos permite el juego de palabras. Si no lo hacemos así sólo conseguiremos generar sentimientos de desarraigo, cuando no venganza y/o hastío social.

La soledad es otro reto de la hospitalidad. Rodeada de personas en circunstancias similares, a veces incluso hacinados, la persona presa puede quedar paradójicamente aislada y sola, privada de sentido.

El modelo asistencial en prisiones debe perseguir cuidar también el sentido existencial, o su recuperación si ello es preciso. Es el único ca-

mino para preservar las oportunidades para una vida futura, extramuros.

## 5/

## Conclusiones.

Incluso cuando la reclusión y la restricción de libertad acontece asociada a un delito, la hospitalidad sanjuandediana debe aspirar siempre a cuidar de la persona enferma sin atar y con las mínimas barreras imprescindibles, a cuidar si prohibir ni imponer, a proteger sin suplantar. Para ello, la sociedad debe entender que el riesgo cero no existe, para ninguno de sus ciudadanos, y que todos ellos tienen el derecho al error, y al perdón.

No debemos olvidar que el entorno penitenciario complica los esfuerzos para acercar a estas personas los recursos para su recuperación, reintegración y cuidado. Queda incluso pendiente una reflexión sobre si el medio penitenciario es realmente el más adecuado para atender a estas personas enfermas.

Transformar el modelo de atención penitenciaria, ha sido el propósito de nuestra institución desde hace ya muchos años. Desinstitucionalizar con prudencia, calidad y calidez, sin olvidar ni negligir, es el reto siempre renovado de la hospitalidad sanjuandediana, siempre respetuosa y responsable.



# 07/ El fenómeno migratorio: retos ético-asistenciales.

**Salvador Maneu Marcos<sup>1</sup>,**

Director Sant Joan de Déu Serveis Socials Barcelona  
Coordinador del àmbit social. Província San Juan de Dios España

La escultura "Ángeles Inconscientes" de Timothy Schmalz, ubicada en la Plaza de San Pedro del Vaticano, es un poderoso homenaje encargado por el Papa Francisco a todas las personas inmigrantes y refugiadas a lo largo de la historia. Representa 140 figuras humanas en una barcaza, simbolizando el desafío evangélico de acoger a los forasteros. Esta obra invita a los visitantes a reflexionar sobre la esperanza y el sufrimiento de aquellos que buscan un futuro mejor en Europa, enfrentándose a dificultades y a menudo a tratos inhumanos. A través de ejemplos concretos, el autor critica la tendencia de Europa a endurecer sus políticas migratorias y aboga por una mayor humanidad en la atención a los migrantes y refugiados. La reflexión se extiende a los retos éticos y prácticos que plantea la integración de estas personas en la sociedad. En este contexto, Salvador Maneu cuestiona la justicia de algunas leyes migratorias y aboga por programas de acogida y asistencia que respeten la dignidad humana y promuevan la convivencia en la diversidad. Finalmente, destaca la importancia de enfrentar el desafío de la pobreza y la exclusión social como problemas estructurales que afectan a toda la sociedad.

*Palabras clave: Migración, Pobreza, Exclusión social, Integración*

The sculpture Angels Unawares by Timothy Schmalz, located in St. Peter's Square in the Vatican and commissioned by Pope Francis, is a powerful homage to all the people who have been immigrants and refugees over the course of history. It depicts 140 human figures in a barge, symbolising the evangelical challenge of showing hospitality to strangers. This work of art invites visitors to reflect on the hope and suffering of people who seek a better future in Europe, facing numerous difficulties and often inhuman treatment. Through specific examples, the author criticises Europe's trend of toughening its migratory policies, and advocates greater humanity in the assistance shown to migrants and refugees. This reflection extends to the ethical and practical challenges posed by the integration of these people in society. In this context, the author questions the fairness of some migratory laws and advocates hospitality and assistance programmes that respect human dignity and promote positive coexistence in diversity. Lastly, he points out the importance of facing the challenge of poverty and social exclusion as structural problems affecting society as a whole.

*Key words: Migration, Poverty, Social exclusion, Integration*

Impresiona encontrarse en la plaza de San Pedro del Vaticano la enorme escultura **Angels Unwares** (podríamos traducir por **ángeles sin darse cuenta** o **ángeles inconscientes**) del artista canadiense **Timothy Schmalz**, encargada por el Papa Francisco. Es un homenaje a todas las personas inmigrantes y refugiadas de la historia de la humanidad presente en la plaza del Vaticano desde 2019, para recordarnos el desafío evangélico de la acogida a los forasteros. Son 140 personas, tantas como las columnas de Bernini, subidas a una barcaza.

Recomiendo al visitante acercarse a la plaza de San Pedro en algún momento del día con poca afluencia de público y permanecer en silencio ante la escultura unos minutos observando los detalles de cada una de las 140 personas subidas a esta barca de la esperanza. Es imposible no emocionarse.

En los rostros de la escultura bien podríamos identificar a niños y jóvenes africanos que huyen de Senegal y desembarcan en las costas de Canarias; a familias enteras que han huido de conflictos bélicos como el de Rusia contra Ucrania, de Afganistán o de Siria; a ciudadanos latinoamericanos que lo dejan todo atrás para comprarse un billete de avión y aparecer en el aeropuerto de Barajas o El Prat con un visado de turista; a las familias que deciden viajar a España para salvar a su bebé enfermo de alguna enfermedad rara o de difícil curación en su país; a personas procedentes del Magreb, especialmente de las zonas más empobrecidas del norte de Marruecos; a inmigrantes y refugiados climá-

ticos; y, por supuesto, a personas que han perecido en el intento de cruzar fronteras terrestres o marítimas.

Todos ellos huyen de la miseria, del callejón sin salida en que se ha convertido sus vidas. Todos ellos creen vislumbrar un futuro de esperanza viajando a Europa, agarrándose en muchas ocasiones a estafas, engaños y tratos inhumanos y degradantes. Todos conocemos experiencias de auténticos éxodos penosos hacia un anhelado futuro más digno<sup>2</sup>, aunque lleno de incertidumbres.

Europa y, por extensión, los países receptores, han ido endureciendo sus posiciones, abandonando con demasiada frecuencia el respeto y la defensa de los derechos humanos y abordando la carpeta migratoria como moneda de cambio en el complejo tablero internacional.

Europa, entendida como espacio geográfico y también como concepto de lo que representa el **primer mundo**, en los últimos años ha invertido una gran cantidad de dinero para amurallarse, para atrincherarse militarizando el control de fronteras por tierra, mar y aire.

Esas fronteras físicas son un elemento más visible y efectista que eficaz. Además, Europa parece decidida a externalizar sus fronteras a terceros países, muchos de los cuales carecen de garantías de protección de los derechos humanos<sup>3</sup>.

Algunos ejemplos para ilustrar a qué me refiero: Gran Bretaña intentó sin éxito habilitar campos de acogida de inmigrantes en Ruanda, ..., han leído bien ... ¡En Ruanda!; más adelante, el gobierno británico se planteó habilitar un barco con habitaciones en contenedores frente a sus costas para frenar la llegada de migrantes a Dover procedentes de Calais; Italia pagará una suma astronómica a Albania para que retenga a los inmigrantes en sus fronteras; Francia ha decidido recientemente cambiar el status de los residentes de la isla francesa de Mayotte situada en el canal de Mozambique para frenar las nacionalizaciones de los niños nacidos bajo

1. Nota de agradecimiento: A Javier Prieto González, Teresa Bermudez Sánchez, Marta Tello Montoya y Tófol Marqués Benejam, colaboradores de Sant Joan de Déu Serveis Socials Barcelona, por su lectura crítica, reflexiones y aportaciones.

2. Tomo prestado la referencia bíblica del éxodo del discurso de la hermana Anabela Carneiro, superiora general de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón en la apertura del I Congreso de Inclusión Social de las provincias europeas de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón y de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, celebrado en Viena el 16 de junio de 2023.

3. El autor Wendy Brown desarrolla esta idea de la Europa amurallada en Estados amurallados, soberanía en declive. Ed. Herder, 2015.

## ¿Es justo negar la regularización a personas con antecedentes policiales no penales?

### 1/

## No todas las leyes son justas.

territorio francés; En España continúan abiertos los denominados centros de internamiento de extranjeros, que acumulan numerosas prácticas de trato degradante que atentan contra la dignidad humana; Marruecos y España han incorporado históricamente el fenómeno migratorio en sus negociaciones comerciales, pesqueras y territoriales; y un largo etcétera.

La escultura del artista canadiense se inspira en el pasaje bíblico de **Hebreos, 13,2**:

“No olviden la hospitalidad, pues por ella algunos, sin saberlo, albergaron ángeles”.

Sin duda, este pasaje bíblico y la llamada explícita del Papa toca con fuerza a las puertas de la Orden Hospitalaria, que ha venido incrementando en los últimos años las iniciativas de acogida y acompañamiento a personas migrantes y refugiadas en prácticamente todos los centros de la Orden en España y también de manera notable en las otras provincias europeas, ya sea con proyectos pensados explícitamente para estas personas ya sea con una adaptación y actualización de los programas de atención social y sanitaria. Y es que hablar de migración y refugio en nuestra institución es casi siempre sinónimo de sufrimiento, de pobreza, de vulnerabilidad y exclusión social.

Los retos asistenciales y éticos que plantea este fenómeno son diversos. Voy a procurar plantear los que a mi juicio son más relevantes y que requieren de un debate sereno y, a ser posible de un posicionamiento de la institución que debería orientar nuestro modelo de atención y nuestro posicionamiento ante las administraciones públicas y ante la sociedad en su conjunto.

Las leyes que regulan los flujos migratorios se rigen por un interés superior, que no es otro que el de proteger a la población autóctona. Ello es muy evidente en las normas de control de fronteras, de autorización de residencia y trabajo o de infracciones y sanciones.

Ese supuesto interés superior se manifiesta en la sostenibilidad del sistema de pensiones en riesgo por la pirámide de edad invertida, en la falta de mano de obra para algunos sectores económicos como el primario y, en general, en empleos físicamente muy exigentes. Con frecuencia, prima un interés utilitarista despojado del más mínimo sentido de humanidad. Todas las normas vienen revestidas lógicamente del principio de legalidad, pero no siempre podemos afirmar que sean justas. ¿Es justo negar la regularización de una persona por tener antecedentes policiales, y no penales? ¿Es justo condenar a una persona recién llegada a mal vivir durante tres años en España hasta que pueda iniciar los trámites de regularización? ¿Es justo exigir condiciones laborales a la población inmigrante que quiere regularizar su situación que son inalcanzables para una mayoría de la población española, como, por ejemplo, disponer de contratos indefinidos?

El marco legal que sustenta algunos programas públicos de acogida a personas migrantes y refugiadas, y que la Orden a través de numerosos centros gestiona, cumple escrupulosamente con la legislación vigente, aunque en no pocas ocasiones genera dilemas éticos cuando lo analizamos bajo el prisma de principio de hospitalidad. Nuestro compromiso con las personas nos exige seguramente ir más allá de lo estrictamente financiado.

## 2/

### Programas específicos para personas migrantes y refugiadas versus programas generalistas para toda la población.

¿Cuándo deben articularse programas específicos para personas migrantes y refugiadas, y cuándo no se justifica esta discriminación positiva? En mi opinión, los programas específicos para personas migrantes o refugiadas deberían ser los imprescindibles y siempre con una vocación de temporalidad y transitoriedad hacia recursos universales para el conjunto de la población en situación de vulnerabilidad y/o riesgo de exclusión social.

Un exceso de protección de las personas migrantes o refugiadas puede esconder en ocasiones una incapacidad, una prevención o temor para gestionar el fenómeno migratorio y, a su vez, puede acabar alimentando discursos xenófobos infundados que son muy preciados para posiciones políticas populistas.

En sentido contrario, algunos programas promovidos por las administraciones públicas adolecen de una consistencia mínima, se plantean con presupuestos insuficientes, o se focalizan en la emergencia olvidando el medio y largo plazo.

La orientación debería ser siempre la conexión entre redes asistenciales y la normalización de los recursos siempre que sea posible para todo tipo de población que lo requiera, autóctona o foránea. En todo caso, sí que es más necesario que nunca introducir una mirada transcultural en todos los ámbitos asistenciales de la Orden (hospitales, social, discapacidad, salud

mental, cronicidad y dependencia, docencia e investigación) y asegurar, en consecuencia, un adecuado manejo de la competencia cultural<sup>4</sup> por parte de los colaboradores voluntarios y profesionales.

## 3/

### El desafío de la acogida, la integración y la convivencia.

Las personas migrantes y refugiadas sueñan con volver, aunque casi nunca lo hacen. Se atribuye a **Willi Brandt**<sup>5</sup> una frase brillante que resume esta idea: “Queríamos trabajadores y llegaron personas”. Esa fantasía de querer circunscribir el fenómeno migratorio a un asunto estrictamente laboral continúa protagonizando el espíritu de muchas legislaciones y políticas gubernamentales.

La acogida inicial adolece de muchas carencias, pero sin duda la asignatura no aprobada sigue siendo la integración, la convivencia de todos aquellos ciudadanos que no regresarán a sus países de origen. ¿Hasta cuándo podemos etiquetar a una persona como inmigrante? ¿En qué momento damos por finalizado su proceso migratorio y la aceptamos como un ciudadano más?

Existen experiencias preciosas e iluminadoras, pero predomina la mera coexistencia especialmente en el espacio público y en las principales instituciones de socialización (sanidad, educación y mercado laboral) bajo los principios de tolerancia y respeto mutuo, no sin ciertas dificultades y fricciones.

La **Orden de San Juan de Dios** puede y debe ejercer de puente hacia el diálogo, la armonía en

4. El Dr. Francisco Collazos, jefe del área de salud mental del hospital de San Rafael de Barcelona y miembro del equipo de psiquiatría del Hospital Vall d'Hebron, define la competencia cultural como la capacidad de interactuar eficazmente, con personas de diferentes culturas y orígenes. Implica desarrollar conocimientos y habilidades que permitan apreciar, respetar y adaptarse a las diferencias en normas, valores y comportamientos culturales.

5. Destacado político alemán, canciller de la República Federal de Alemania entre 1969 y 1974 y Premio Nobel de la Paz en 1971.

### El desafío continuo de integración y convivencia de los inmigrantes en la sociedad receptora, plantea interrogantes sobre el momento en que una persona deja de ser considerada inmigrante y se acepta como ciudadano pleno

la diversidad y la comprensión mutua. Debemos aprovechar nuestra reputación para jugar un rol activo en la comunidad y ofrecer la hospitalidad como punto de encuentro.

Ese encuentro presidido por la hospitalidad juanediana nos permite abandonar la idea de “yo te acojo a ti” por “yo no soy sin ti”, “yo soy en la medida que tú también eres”, “nosotros somos en la medida que vosotros también sois”.

Una comunidad comprometida, una comunidad hospitalaria, permitirá superar las limitaciones de la legislación vigente y de las agendas políticas evolucionando el concepto de inmigración entendido como un mero capital económico y laboral hacia una idea de la inmigración entendida como un capital humano que enriquece a la sociedad en su conjunto.

## 4/

### El desafío de la sostenibilidad de nuestro sistema del bienestar.

Es difícil medir el sufrimiento humano y establecer categorías jerárquicas, pero parece que ante una limitación de recursos públicos no hay más remedio que atender a unas causas sociales en detrimento de otras. En campos, como el de salud, ya hace años que se utiliza el sistema de triaje para racionalizar la demanda.

En el terreno de la inclusión social y, específicamente cuando hablamos de inmigración y refugio, también es necesario categorizar la demanda para hacerla sostenible. Esta adaptación necesaria a los recursos disponibles no debería ser un obstáculo para solicitar un incremento de recursos, porque en ocasiones el triaje no

atiende a razones objetivas sino única y exclusivamente a aquellas de índole económica<sup>6</sup>.

Desde luego, este desafío a la sostenibilidad no lo provoca la inmigración que sigue aflorando un saldo neto positivo para la economía española. Este desafío lo provoca la pobreza y la exclusión social, lo genera la inequidad, lo acelera la falta de oportunidades laborales para toda la población, lo empeora un mercado inmobiliario excluyente para una parte importante de la población. Sólo hace falta consultar los últimos informes de la **Fundación Foessa** o la encuesta de condiciones de vida del **Instituto Nacional de Estadística** de los últimos años.

El problema no son las personas inmigrantes, no son los pobres. El problema es la pobreza y la exclusión social como realidad social estructural y normalizada. Aquí conviene recordar, parafraseando a **Martin Luther King** cuando hablaba del racismo, que la pobreza y la exclusión no sólo atenta contra la dignidad de las personas que la sufren, sino que corroe al conjunto de la sociedad que la tolera.

Acabo este artículo como lo empecé, recomendando al lector una mirada atenta a la escultura de la Plaza de San Pedro de Roma, para poner rostro al sufrimiento y, sobre todo, para poner rostro a todas aquellas personas que han dejado atrás su tierra anhelando una vida con plenitud y sentido.

6. Las posiciones de rechazo a la población inmigrante suelen alimentarse justamente en la idea de un consumo excesivo de recursos públicos en detrimento de la población autóctona que también los necesita.



**08/**

# **La ética** en la Inteligencia Artificial generativa.

**Luis Peñas García,**

Director de Sistemas de Información.  
Provincia San Juan de Dios España.

La IA, definida como la capacidad de las máquinas para imitar la inteligencia humana y generar nuevas soluciones, incluye variantes como la Inteligencia Artificial Generativa, que produce contenido en respuesta a comandos. Sin embargo, surgen desafíos éticos similares a los del pensamiento humano, lo que destaca la importancia de guiar la IA con principios éticos.

El autor plantea preguntas clave sobre el uso de la información, la definición de algoritmos y los destinatarios de la IA. La ética se vuelve fundamental para dirigir el desarrollo y la aplicación de la IA, asegurando la justicia, beneficencia, no maleficencia, autonomía, privacidad y transparencia en su uso.

También propone algunas recomendaciones y destaca la importancia de mantener un equilibrio entre el uso de la IA y las interacciones humanas, así como de humanizar su aplicación para preservar la dignidad y la ética en el ámbito asistencial.

*Palabras clave: Inteligencia Artificial, Ética, Comités de ética, Conocimiento*

Artificial intelligence, or AI, defined as the capacity of machines to imitate human intelligence and to generate new solutions, includes such variants as generative artificial intelligence, which produces content in response to commands. Nevertheless, ethical challenges arise which are similar to those of human thought, a fact that highlights the importance of guiding AI with ethical principles.

The author poses key questions about the use of information, the definition of algorithms, and the target population of AI. Ethics takes on fundamental importance in directing the development and application of AI, ensuring the fairness, goodness, non-maleficence, independence, privacy and transparency of its use.

He also offers some recommendations and highlights the importance of maintaining a balance between the use of AI and human interactions, emphasizing the importance of humanising its application with a view to preserving dignity and ethics within the sphere of caregiving.

*Key words: Artificial Intelligence, AI, Ethics, Ethics committees, Knowledge*

En este mundo tan tecnológicamente cambiante en el que la ingeniería ocupa un rol predominante en el desarrollo de la humanidad, nos encontramos ante un nuevo paradigma que, si bien no viene a sustituir al pensamiento y raciocinio humano, sí que viene a transformar el cómo habremos de enfrentar los problemas a los que debemos buscar solución: la **Inteligencia Artificial**. Ante esta novedad tecnológica, lo primero que cabe preguntarse es qué es la inteligencia artificial y para qué puede ser usada:

Según la Wikipedia, la inteligencia artificial (IA), en el contexto de las ciencias de la computación, es una disciplina y un conjunto de capacidades cognoscitivas e intelectuales expresadas por sistemas informáticos o combinaciones de algoritmos cuyo propósito es la creación de máquinas que imiten la inteligencia humana para realizar tareas, y que pueden mejorar conforme recopilen información

extendiéndose esta definición de Inteligencia Artificial a la Inteligencia Artificial Generativa. Que, según nuevamente la Wikipedia, podría aceptarse como una definición válida la siguiente:

La inteligencia artificial generativa o IA generativa es un tipo de sistema

de inteligencia artificial (IA) capaz de generar texto, imágenes u otros medios en respuesta a comandos. Los modelos de IA generativa aprenden los patrones y la estructura de sus datos de entrenamiento de entrada y luego generan nuevos datos que tienen características similares

Teniendo esta primera definición formal y aceptada de lo que es la Inteligencia Artificial y su variante conocida como generativa, queda claro que empiezan a surgir cuestiones muy similares a las relacionadas con el pensamiento humano que habrán de guiar los siguientes párrafos, ayudando al lector a entender el porqué de dotar de herramientas a la misma a fin de gobernar correctamente los conocimientos que se vayan adquiriendo, y donde el concepto de ética habrá de cobrar una vital importancia

## 1/

### ¿Qué información será usada para inferir conocimiento?

Esta es una de las claves de la Inteligencia Artificial, es decir, qué conocimiento será usado para adquirir mayor conocimiento. Al igual que en el aprendizaje humano los sesgos de la enseñanza pueden hacer que el comportamiento de los seres humanos se decante en una dirección u otra igual pasará con los resultados que los algoritmos programados infieran.

**Ejemplo: (1)** el comportamiento de un ser adulto al que durante su infancia le educaron sobre las bondades del comunismo obviando el resto de sistemas económicos mundiales, posiblemente entenderá únicamente como válido el comunista.

## 2/

### ¿Qué son Algoritmos y quién los definirá?

Ateniéndonos nuevamente a la Wikipedia,

En matemáticas, lógica, ciencias de la computación y disciplinas relacionadas, un algoritmo es un conjunto de instrucciones o reglas definidas y no-ambiguas, ordenadas y finitas que permite, típicamente, solucionar un problema, realizar un cómputo, procesar datos y llevar a cabo otras tareas o actividades. Dado un estado inicial y una entrada, siguiendo los pasos sucesivos se llega a un estado final y se obtiene una solución. Los algoritmos son el objeto de estudio de la algoritmia.

Igualmente, como en el punto anterior, los algoritmos serán los encargados, a partir de los datos de entrada previamente seleccionados, mezclarlos de manera que puedan generar nuevo conocimiento en función de unas reglas definidas y estructuradas.

**Ejemplo: (2)** se puede definir un algoritmo que, sobre los datos de entrada seleccionados de personas, se discrimine por edad a los posibles receptores de seguro, de manera que siempre se le asigne seguro a personas con pocas probabilidades de enfermar según el criterio de la edad.

## 3/

### ¿Para qué, a quién y por quién será usada la Inteligencia Artificial?

Con un conjunto de datos adecuado y los algoritmos especificados, la máquina ya está lista para producir nueva información a partir de la previamente existente, pudiendo ser usada como nuevo origen de datos para inferir nueva información adicional. El productor de esta información con los sesgos que haya introducido a la hora de programar los algoritmos será el que decida a quien enviar dicha información, pudiendo comprometer la libertad del que la reciba al condicionar su juicio u opinión.

**Ejemplo: (3)** en función de los gustos de los telespectadores, el productor puede guiar el tipo de producciones a ser producidas y los telespectadores objetivo a fin de conseguir que siempre consuman sus productos y no los de la competencia.

Llegados a este punto, se ve claro que, si el comportamiento humano requiere de la ética para poder guiarlo, la máquina encargada de hacer razonamientos parecidos a los humanos, habrá de regirse igualmente por este conjunto de normas éticas, ya que y según vimos en los ejemplos previos, podríamos dar en el futuro como válidos pensamientos inferidos por algoritmos que llegasen a conclusiones del tipo: **(1) solo los comunistas que (2) tengan entre 25 y 50 años merecen vivir viendo (3) películas de acción que les aboquen a sentimientos belicistas**, conclusión totalmente descabellada a todos los efectos.

Llegados a este punto, el lector habrá concluido que **la ética es un concepto válido, necesario y aplicable tanto para el ser humano como para la Inteligencia Artificial Generativa.**

1. Respuesta  
aportada por la IA de  
Microsoft: COPILOT

Con esta conclusión en mente, si ahora hubiésemos de resumir lo que la ética podría resultar para la Inteligencia Artificial, podríamos acudir directamente a ella preguntándole: “**háblame de la ética e inteligencia artificial**”<sup>1</sup>, siendo un extracto de su respuesta literal la siguiente:

El rápido auge de la “**inteligencia artificial (IA)**” ha generado nuevas oportunidades a nivel global: desde facilitar los diagnósticos de salud hasta posibilitar las conexiones humanas a través de las redes sociales, así como aumentar la eficiencia laboral mediante la automatización de tareas. Sin embargo, estos rápidos cambios también plantean profundos dilemas éticos, que surgen del potencial que tienen los sistemas basados en IA para reproducir prejuicios, contribuir a la degradación del clima y amenazar los derechos humanos, entre otros. Estos riesgos asociados a la IA se suman a las desigualdades ya existentes, perjudicando aún más a grupos históricamente marginados

La respuesta de la máquina no permite duda alguna, ya que ella misma entiende la necesidad de controlar la ética de los procedimientos, algoritmos y conclusiones que pueda alcanzar. De esta forma, y ya que la conclusión es clara, el siguiente paso a gestionar es cómo impulsar esa ética sobre la Inteligencia Artificial y más en un tema tan sensible como la asistencia y cómo tratar a las personas y situaciones de vulnerabilidad, siendo las siguientes recomendaciones a tener en cuenta el objeto final de este artículo:

### 3/1

#### Principios fundamentales de la ética en la IA:

##### A. Justicia

Debe ser justa e imparcial, evitando la discriminación y el sesgo en sus decisiones.

##### B. Beneficencia

Debe ser utilizada para el bien común, buscando siempre el bienestar de las personas.

##### C. No maleficencia

No debe causar daño a las personas, ni física ni psicológicamente.

##### D. Autonomía

Las personas deben tener control sobre sus datos y sobre cómo la Inteligencia Artificial los utiliza.

##### E. Privacidad

Debe respetar la privacidad de las personas y proteger sus datos personales.

##### F. Transparencia

Los sistemas de Inteligencia Artificial deben ser transparentes y explicables, para que las personas puedan entender cómo funcionan y tomar decisiones informadas.

### 3/2

#### Impulsar y aceptar los avances legislativos que los gobiernos vayan imponiendo.

Si bien es cierto que los gobiernos no siguen el ritmo del rápido avance de las tecnologías, es cierto que han de contribuir a la correcta implantación de las mismas, razón por la que los temas relacionados tanto con la seguridad (Ciberseguridad) de los datos como de la información contenida en los mismos (RGPD), ha de regir toda actuación relacionada con la Inteligencia Artificial siendo de obligado cumplimiento. Dicho esto, es importante remarcar que, si se tiene una organización regida por

El avance vertiginoso de la Inteligencia Artificial plantea la necesidad imperativa de establecer principios éticos sólidos, respaldados por una legislación adecuada y supervisados por comités especializados, para garantizar la validez, transparencia y ética en su aplicación en diversos ámbitos

razones éticas coherentes, la implantación de los nuevos marcos legislativos no será más que un mero trámite, razón por la que cobra tanta importancia anticipar los correctos comportamientos éticos. Como marco general, no olvidemos:

- Nunca introducir datos personales propios o de terceros.
- Nunca introducir datos o informes o partes de textos sin permiso de su autor.
- Cuando tengamos que presentar un trabajo o un informe, siempre indicar la fuente de la que hemos obtenido la información.
- Revisar periódicamente las aplicaciones y sitios web que tienen acceso a los datos personales y revocar permisos innecesarios.
- Revisar y ajustar la configuración de privacidad en redes sociales y aplicaciones.

### 3/3

#### Impulsar la creación de un comité de ética asociado a la Inteligencia Artificial Generativa en nuestros Centros

Llegados a este punto, y teniendo claro que la ética ha de supervisar las acciones, procedimientos e inferencia de nueva información a través de la Inteligencia Artificial Generativa obtenida, la pregunta es obvia, ¿quién ha de velar por el correcto comportamiento ético?, siendo la respuesta para los centros asistenciales el comité bioético con el apoyo de aquellas personas con conocimiento y ascendencia técnica en dicha materia.

### 3/4

#### Dotar a estos comités de los inputs técnicos necesarios para poder llegar a conclusiones eficientes y eficaces sobre la implantación de programas concretos de Inteligencia Artificial.

Si tan importante es revisar la nueva información generada, no nos olvidemos de la importancia de la información usada para inferir esta nueva información, razón por la que los comités éticos encargados de velar por los correctos resultados, deberán validar la corrección ética de los datos usados como inputs para los algoritmos desarrollados; igualmente la definición de estos algoritmos habrán de ser supervisados para que no infieran conocimiento no éticamente validable.

### 3/5

#### Tutelar la idoneidad de los resultados alcanzados por los algoritmos asociados a los casos de uso de dicha Inteligencia Artificial.

Esta es realmente la clave del trabajo del comité de ética asociado a la Inteligencia Artificial Generativa, porque si bien es cierto que a día de hoy toda la información generada ha de ser validada por las personas al cargo de la misma, es cierto que en un futuro no muy lejano esta información no será validada, dejando al albur de la máquina el validar la validez y ética de la misma.

De esta forma, si la validación de los resultados no nace de manera ética desde el principio, difícilmente será posible que en el futuro se consiga de manera autónoma. Igualmente, este comité deberá validar que el uso de la información resultante de la Inteligencia Artificial Generativa sea correcto, como cualquiera otra generada dentro de la organización. De esta manera, se podrían introducir algunas recomendaciones básicas:

- Validación de la Información resultante
- Mantener un cuaderno de notas de IA para registrar nuevos conceptos y descubrimientos
- Implementación de medidas de transparencia: Los sistemas de IA deben ser transparentes y explicables, para que las personas puedan entender cómo funcionan y tomar decisiones informadas.
- Establecer límites de tiempo para el uso de tecnología.
- Establecer un “día sin tecnología” regular en la semana para promover actividades offline.
- Mantener un registro de las actividades sociales y offline realizadas regularmente

Finalmente podemos concluir que la Inteligencia Artificial tiene el potencial de mejorar la salud, la eficiencia laboral y las conexiones humanas, pero también puede reproducir prejuicios y amenazar derechos fundamentales. Igualmente, la seguridad de los datos, la transparencia, la diversidad y la responsabilidad son aspectos clave de la ética en la Inteligencia Artificial que habrán de ser salvaguardados con especial interés.

Precisamos introducir un enfoque de humanización, en el empleo de estas herramientas, para que no nos conduzca sin remedio a eliminar a la persona y su dignidad en el desempeño de nuestras tareas asistenciales.

### 3/6

#### Educación y Concienciación del uso de la IA Generativa.

Es importante reconocer que la Inteligencia Artificial Generativa puede ser una poderosa herramienta para aumentar la productividad en el ámbito empresarial, pero también es importante desarrollar habilidades creativas y humanas que complementen su uso, de manera que educar a los usuarios de la misma para entrenarles en las mejores prácticas técnicas partiendo de conceptos éticos válidos se convierte en un paso vital para cualquier organización que quiera implantar modelos de trabajo que soporten la Inteligencia Artificial Generativa. Desarrollar tareas como las siguientes, seguro ayudarán al correcto entrenamiento de nuestra organización:

- Participar en conferencias o grupos de estudio sobre IA.
- Explorar recursos de IA en línea como cursos, blogs y podcasts.
- Buscar oportunidades para aplicar el conocimiento de IA en proyectos personales.

Finalmente destacar el concepto de **equilibrio**, ya que se debe utilizar la Inteligencia Artificial Generativa como una herramienta para mejorar la vida cotidiana y el trabajo, pero manteniendo un equilibrio con las actividades offline y las interacciones humanas:

#### Bibliografía

Aplicación COPILOT de Microsoft.

Aplicación GEMINI de Google.

El 2º Foro Global sobre la Ética de la Inteligencia Artificial, organizado por Eslovenia bajo el patrocinio de la UNESCO, tuvo lugar en febrero de 2024. Se centró en cambiar el panorama en la gestión de la IA.

En noviembre de 2021, la UNESCO elaboró la primera norma mundial sobre la ética de la IA: la “Recomendación sobre la ética de la inteligencia artificial”.

Ethics in the Age of Disruptive Technologies: An Operational Roadmap - osé Roger Flahaux, Brian Patrick Green, Ann Gregg Skeet - Markkula Center for Applied Ethics - Santa Clara University, Santa Clara, CA.

Mensaje De Su Santidad Francisco Para La Celebración De La 57 Jornada Mundial De La Paz - 1 enero 2024 - Inteligencia Artificial Y Paz. Recomendaciones de los CIOs a los usuarios de sus empresas sobre el uso responsable de IA a nivel particular (SETESCA) – septiembre 2023.

Wikipedia:

[https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica\\_en\\_la\\_inteligencia\\_artificial](https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica_en_la_inteligencia_artificial)

<https://es.wikipedia.org/wiki/Algoritmo>

[https://es.wikipedia.org/wiki/Inteligencia\\_artificial](https://es.wikipedia.org/wiki/Inteligencia_artificial)

[https://es.wikipedia.org/wiki/Inteligencia\\_artificial\\_generativa](https://es.wikipedia.org/wiki/Inteligencia_artificial_generativa)

# 09/ Experiencias



# 09/1

## ¿Cómo hacerlo?

### Herramientas para acompañar a personas que sufren mentalmente<sup>1</sup>

Jos Moons SJ.

Facultad de Teología y Estudios religiosos.  
KU Leuven. Lovaina (Bélgica)

Les agradezco la invitación a compartir algunas de mis reflexiones. Lo hago con cierta humildad. Respecto al acompañamiento pastoral, soy más un practicante que un experto académico. Soy uno de ustedes. En francés se dice: soy un amateur, lo que significa: alguien que ama algo y que, por lo tanto, tiene cierta familiaridad con ello, pero no como un experto académico.

Antes de empezar, les aviso sobre qué tipo de ponencia voy a realizar: a saber, práctica. Estoy profundamente convencido que el acompañamiento pastoral es una habilidad práctica. Por lo tanto, necesitamos charlas prácticas, libros prácticos, formación práctica, etcétera. Intentaré compartir algunas herramientas en este sentido.

Tal vez no sean nuevas (lo cual sería una buena señal, pues significaría que tenemos intuiciones similares). Tal vez sean nuevas (y eso también sería una buena señal, ¡siempre estamos aprendiendo!). ¡Por favor, vean lo que les resulta útil y descarten lo demás!

Les propongo como menú: primero elabora cuatro ejemplos para concretizar de qué estamos hablando. Después de un recorrido muy rápido por la espiritualidad ignaciana, elaboro cinco herramientas para terminar con un ejemplo.

## 1/

### Casos concretos.

En primer lugar, quizás sea útil presentar el tipo de situaciones en las que pienso cuando hablamos de sufrimiento mental fuera del ámbito hospitalario. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Un padre de mediana edad está agotado por el cuidado de su hijo, quien tiene una discapacidad mental grave. Es profesor de secundaria, pero actualmente se encuentra de baja por enfermedad. Viene regularmente a la iglesia, y después de misa se acerca y le pregunta si puede hablar con usted.
- Segundo ejemplo: una señora mayor pierde a su marido tras 60 años de matrimonio. Tres meses después del funeral, usted la visita. Todavía está destrozada, se siente sola, triste...

1. Ponencia durante las Jornadas Nacionales de Delegados de la Pastoral de Salud (Madrid, 27 septiembre 2023). Quisiera agradecer a Ana Roda Sánchez la corrección de pruebas de la versión española de este texto.

2. Las ideas básicas que subyacen a mi método – a saber, “listen, notice, stay” (escuchar, notar, quedarse) – han sido expresadas muy bien en Ruth Holgate, “Training Spiritual Directors,” *The Way. A Review of Christian Spirituality published by the British Jesuits* 53/4 (2014), 68-78. Estas ideas fundamentales necesitan una mayor elaboración y concreción. Para una visión más desarrollada de la perspectiva ignaciana, véase mi libro sobre el acompañamiento espiritual, *Jos Moons, The Art of Spiritual Direction. A Guide to Ignatian Practice* (New York: Paulist Press, 2021), chapter 2, “Core Values: An Ignatian Perspective on Spiritual Direction.” Para una elaboración más concreta y práctica, véanse las seis herramientas desarrolladas en los capítulos 3-8. Lo que sigue a continuación es una versión abreviada y contextualizada de las mismas. El mejor artículo sobre el enfoque ignaciano en la presencia

sentida de Dios (y no donde Dios no está presente) es sin duda Robert Marsh, “Receiving and Rejecting. On Finding a Way in Spiritual Direction,” *The Way. A Review of Christian Spirituality published by the British Jesuits* 45/1 (2006), 7-21. Un libro muy reconocido sobre dirección espiritual ignaciana es William Barry, William Connolly, *The Practice of Spiritual Direction*, 2nd ed (New York: Harper Collins, 2009), que ha sido también publicado en español: *La práctica de la dirección espiritual* (Santander: Sal Terrae, 2011).

3. Carta al p. Francisco Borgia, en *Obras completas de San Ignacio de Loyola* (Madrid, 1963), 784-785.

4. Cf. *Ibidem*, “Para nosotros, por lo tanto, la dimensión religiosa de la experiencia es para la dirección espiritual lo mismo que los alimentos para la cocina. Sin alimentos no se puede cocinar. Sin la dimensión religiosa no puede haber dirección espiritual.”

- Tercer ejemplo: una mujer de unos veinte años con quien lleva un tiempo hablando, comparte su secreto: fue abusada varias veces por su tío cuando era una adolescente.

- Finalmente, último ejemplo: un hombre de unos veinte años se pone en contacto con usted a través de uno de sus amigos. Ha descubierto recientemente que es homosexual y se siente rechazado por sus padres y herido por las enseñanzas de la Iglesia.

Como ven, no son casos dramáticos. No hace falta atención psiquiátrica ni hospitalización. Ahora bien, todos son casos en los que alguien puede sentirse atrapado/paralizado y, por tanto, en estos casos – y seguramente también en casos más graves – debemos mencionar la posibilidad y quizás incluso la necesidad de recibir atención psicológica. Nosotros no somos psicólogos. De igual modo, los psicólogos no pueden realizar la tarea que nosotros hacemos).

Evidentemente, los casos mencionados anteriormente son hipotéticos, pero tienen su origen en experiencias reales. Por favor, piénsense un ejemplo de alguien de su propio contexto que esté sufriendo mentalmente de una forma u otra.

Entonces, ¿qué podemos hacer? ¿Qué herramientas tenemos a nuestra disposición para acompañar a personas que sufren mentalmente?

## 2/

### El marco ignaciano.

Les propongo cinco herramientas. Pero antes de verlas, van a tener que ‘padecer’ un pequeño adoctrinamiento ignaciano. ¡Discúlpeme!<sup>2</sup> Es para fundamentar el conocimiento práctico que vendrá después.

Desde una perspectiva ignaciana, el acompañamiento pastoral consiste en promover la conexión personal de la otra persona con Dios. Hay una profunda convicción de que Dios está activamente implicado en la vida de todos, y que intenta hacernos experimentar su presencia no teóricamente, sino afectivamente. Podemos sentir la cercanía de Dios: su luz, su paz, etc.

Hay una hermosa carta que Ignacio envió a Francisco Borja, uno de los primeros jesuitas, en la que explica una decisión que había tomado. En dicha carta, Ignacio no argumenta, sino que más bien describe cómo la inquietud frente a una determinada decisión se transforma en una resolución tranquila y segura<sup>3</sup>. La importancia de ‘sentir’ se evidencia también en el modo en que Ignacio suele terminar sus cartas: ‘que Dios nos dé la gracia de sentir su santa voluntad y cumplirla’.

Así pues, el objetivo del acompañamiento espiritual es ‘solo’ promover la conciencia de esa conexión sentida y fomentar paz, alegría, conexión con Dios, servicio, etc.

La implicación práctica de esta convicción teórica es que un pastor debe evitar ser demasiado importante y directivo. No debo ser yo la persona central, sino Dios.

Tal vez podamos comprenderlo mejor refiriéndonos a otra situación similar: un pastor sería como un buen profesor, quien ayuda a los niños a practicar matemáticas sin hacer los deberes por ellos. Un pastor debe enseñar y predicar lo menos posible. Esencialmente, está explorando cómo Dios está tratando con la otra persona.

Otra implicación práctica es que el acompañamiento pastoral no se centra en los pensamientos, la ortodoxia, las acciones, los errores o incluso el pecado, sino en la experiencia de Dios, la experiencia espiritual. Una cita que me gusta mucho de uno de los libros fundamentales sobre acompañamiento espiritual dice ‘sin alimentos no puede haber cocina; sin experiencia religiosa no puede haber dirección espiritual’<sup>4</sup>.

LH n.338

Dichas experiencias son pues terreno sagrado (“**holy ground**”). En ellas, Dios nos sugiere lo que debemos hacer y lo que no, dónde hay vida y dónde no.

### 3/

## Cinco herramientas.

Estoy profundamente convencido de este enfoque, pero tiene una limitación: supone que alguien está más o menos bien. Ciertamente, solo se puede ayudar a alguien a encontrar la luz si hay luz, si brilla el sol. A veces el sol brilla detrás de las nubes y hay que ‘escarbar’ un poco, pero hay sol. Sin embargo, en otros casos es realmente difícil encontrar el sol.

Las nubes pueden ser muy espesas, o puede que no haya sol en absoluto. ¿Cómo buscar la luz en esos casos? O, en términos menos poéticos, ¿cómo responder a las personas que están en crisis? ¿Cómo responder a los ejemplos con los que empecé: el padre agotado, la mujer sola, la persona maltratada, el chico homosexual?

Voy a sugerir cinco herramientas que me han resultado útiles, con la esperanza de que les sirvan a ustedes también.

#### A. No hay prisa

Primero, no hay prisa. A veces, las personas en crisis sienten prisa. No soportan la situación desesperada y quieren una solución. La esperan de nosotros, o de Dios, o de otros a su alrededor. Otras veces, somos nosotros mismos quienes tenemos prisa. No soportamos la situación desesperada y queremos una solución.

La esperamos de la persona que tenemos delante, de nosotros mismos, de Dios, o incluso de otras personas. Quienquiera que sea que tenga

prisa – yo o la otra persona –, las prisas no son buenas consejeras.

El camino consiste más bien en proceder sin prisas. Así pues, a veces debemos frenar. Si el padre de nuestro primer ejemplo se acerca a nosotros para que le demos una solución, debemos evitar hacer eso a toda costa. Es mejor preguntarle cómo le ha ido el día de hoy, qué ha sido difícil hoy, qué ha sido rico hoy, etc.

A veces sucede también que la persona con quien hablamos no tiene prisa. Es decir, la persona con quien estamos conversando elude completamente el asunto. Por ejemplo, el padre de nuestro ejemplo anterior cuenta con detalle cómo ducha a su hijo, cuál es su comida preferida, etc., pero evita abordar sus propios sentimientos. O la viuda de nuestro segundo ejemplo habla y habla del funeral, de cuánto se alegró de que estuvieran allí todos los niños, de lo que le gustó (o no le gustó) de la homilía, etc., pero no de la soledad que siente. En todos estos casos, yo diría que nuestra primera tarea sigue siendo la misma: no hay prisa, no nos apuremos.

En términos técnicos, diría que lo que debemos hacer principalmente es reflejar, “**mirroring**”. Es la técnica del espejo, que estoy seguro que ya conocen. Si no les convence el término, yo prefiero hablar de ‘**escuchar siguiendo**’ (o, ‘**seguir mientras se escucha**’). No seguimos nuestra propia agenda, sino a la otra persona. No sabemos adónde vamos, simplemente la seguimos.

El motivo espiritual para seguir y reflejar es que, al no precipitarnos, creamos un espacio de acogida y aceptación. Y al hacerlo, comunicamos algo que es muy propio de Dios. Me atrevería a decir que Dios en primer lugar nos acepta y solo después nos enseña o corrige, o incluso que su principal enseñanza y corrección es aceptar.

#### B. Enfocarse (centrarse)

En un momento dado, tendremos que emplear otra herramienta, que podemos denominar enfocarse (centrarse). Aquí se trata de abordar el

asunto, “**the elephant in the room**”. Igual que en la herramienta anterior servíamos al otro dándole espacio, ahora debemos servirle aproximándonos a lo más difícil y vulnerable que está viviendo. No se trata de resolverlo, sino de abordarlo. Volviendo a nuestros ejemplos, en el caso de la viuda deberíamos abordar su soledad. En el caso de la víctima de abusos, haríamos lo mismo con sus sentimientos de traición, confusión, rabia, tristeza... e incluso el sentimiento de no saber del todo lo que se siente. Sobre eso también se puede conversar.

¿Cómo enfocarse (centrarse)? En general, seguimos reflejando, aunque de vez en cuando también necesitamos preguntar. Lo diferente es que elegimos aquello que reflejamos con un mayor enfoque. Deliberadamente nos centramos en las ‘**mociones interiores**’ que hayamos notado – ya sea en forma de palabras o en forma de comunicación no verbal. Con la viuda, por ejemplo, podríamos empezar reflejando suavemente mediante la siguiente expresión: “**y ahora estás sola**”.

Es probable que necesitemos insistir un poco. Puede ser que tengamos que repetir, hacer preguntas e incluso poner de manifiesto que verdaderamente nos interesan más las vivencias internas que los hechos exteriores. Dicho de otro modo, es probable que, al intentar centrar la conversación, la otra persona se evada.

Supongo que conocen el fenómeno de la evasión, ¿verdad? Por ‘**evasión**’ hacemos referencia a situaciones en las que una persona habla de cosas distintas a las que realmente quiere hablar. En el caso de la viuda, un ejemplo de evasión podría ser que en vez de responder a la pregunta de cómo vive su soledad, nos contara los detalles del funeral, así evitando el asunto doloroso.

De igual modo, el padre del niño con la discapacidad mental grave podría quejarse mucho del sistema, en lugar de hablar de sí mismo, de su vulnerabilidad y de sus necesidades. Es bueno darse cuenta de que la persona se está evadiendo. No pasa nada. Podemos dejarle espacio para

eso. Sin embargo, hay momentos en los que necesitaremos repetir con más insistencia nuestra invitación a conversar sobre lo vivido, no porque la persona necesite responder a nuestra pregunta, sino porque sospechamos que hay algo que quiere decir y le vendría bien hacerlo. En definitiva, lo hacemos para ayudar.

En este sentido, la creatividad es muy importante. Para reiterar el enfoque podemos decir “**mi madre también perdió a su marido y sufrió mucho por la soledad; ¿cómo es eso para tí?**”. Aquí estamos aportando material personal para facilitarle a la otra persona el comienzo de su relato. Podemos también referirnos a una fotografía que veamos en algún lugar de la sala. Podemos reflejar que, hasta ahora, la otra persona ha compartido recuerdos ricos; pero ¿hay momentos de soledad o tristeza también? Podemos mencionar que queremos darles espacio a ellos igualmente. Etcétera.

En todo caso, queda claro que necesitamos un equilibrio entre valentía y prudencia. Un exceso de timidez es perjudicial. Se necesita valentía para abordar la dificultad del sufrimiento en toda su complejidad. Ahora bien, se necesita también prudencia. Hay momentos en los que no debemos insistir más, y tendremos que rebajar la tensión con un chiste o una risa para retomar el asunto después – o incluso dejarlo para otro momento.

Finalmente, en términos teológicos y espirituales, lo que intentamos comunicar aquí es similar a lo que ya hemos visto: estamos aceptando la realidad de alguien. Y por eso también Dios acepta y acoge la realidad, incluyendo la dimensión vulnerable y compleja del sufrimiento. Esperamos pues que la persona haga lo mismo.

#### C. Explorar

Nuestro trabajo no termina cuando la otra persona acepta la invitación a hablar sobre lo vivido, lo sufrido. Así pues, si la viuda admite que se siente sola, o si la víctima de abusos admite su pena y confusión, el siguiente paso sería

LH n.338

explorar el sentimiento. Es como contemplar una obra de arte o saborear un buen vino, aunque evidentemente en este caso tendríamos delante una obra de arte dolorosa y un vino ácido.

Dicho de otro modo, también podríamos hablar de un enfoque contemplativo: observamos, vemos, absorbemos. No se trata de resolver nada, sino de profundizar, observar, contemplar.

Este me parece uno de los aspectos más ricos del acompañamiento espiritual. No obstante, al mismo tiempo es uno de los más difíciles. Permítanme especificar algunas de las herramientas específicas que nos ayudan a explorar. Antes de hacerlo, sin embargo, admito que he estado simplificando y confieso que continuaré haciéndolo.

Soy consciente de que estoy presentando las herramientas como si vinieran una detrás de otra. Obviamente, no es así. No hay un desarrollo lineal. En realidad, alternamos constantemente el ‘no hay prisa’, el ‘centrarse’, y el ‘explorar’. Y eso vale también para lo que comentaré a continuación.

Tras esta aclaración, vuelvo a la pregunta, ¿cómo explorar? Primero, para explorar podemos simplemente preguntar lo que siente la otra persona. Este es un planteamiento muy claro y directo. Puede incluso ser demasiado directo, especialmente para los hombres.

Segundo, podemos concretizar. Este es un punto de partida más indirecto que el anterior. ¿Puede la persona especificar cómo se desarrolla el sentimiento? En el caso del joven homosexual, ¿cuándo se siente rechazado? ¿Qué mensajes escucha – de hecho, o en su interior? ¿En qué parte de su cuerpo siente ese rechazo? Lo interesante de este enfoque es que, hablando sobre lo más concreto, exploramos a la vez lo interior. Para mucha gente es más fácil hablar de sus vivencias internas así.

Tercero, de un modo similar podemos ampliar perspectivas. Por ejemplo, si al joven homo-

sexual le cuesta ver una iglesia, ¿podríamos averiguar si hay otras cosas que le producen dolor? Respecto a la viuda que siente la soledad, ¿hay otros momentos anteriores en los que también ella sufría? ¿O es algo nuevo?

Cuarto, también puede ser útil utilizar metáforas o, mejor aun, notar y subrayar las imágenes que utiliza la otra persona. Las metáforas pueden ser tan sencillas como la viuda diciendo ‘es como un cielo siempre nublado’. De vez en cuando digo que debemos saltar de alegría al escuchar una metáfora, ¡porque una metáfora, una imagen, está llena de contenido! ¡Es útil extraer ese contenido!

En términos más prácticos, lo que yo hago es seguir la lógica de la metáfora y desarrollarla. En el caso del cielo cubierto, por qué no preguntar: ¿Qué tipo de nubes? ¿Son nubes de lluvia, nubes negras, nubes de llovizna...? ¿Por qué no preguntar después si hay hueco en las nubes, o no? Etcétera. La gran ventaja de las metáforas es que no son intelectuales, no son racionales. Facilitan el acceso al mundo interior de las personas por una vía distinta a la racional y verbal.

Cinco, otra manera creativa de explorar lo vivido, lo interior, es conversar sobre lo que resulta de ello. ¿La tristeza, qué produce? ¿Qué tipo de comportamiento sigue?

Finalmente, se puede abordar también el tema de Dios. ¿Está presente Dios? ¿Cómo está presente: cómo se manifiesta, qué dice, qué hace? No es para predicar, sino para ofrecer la posibilidad de hablar del camino de fe, con sus altibajos.

Perdonen la rapidez de mi exposición; se puede decir mucho más<sup>5</sup>. A grandes rasgos, hay dos puntos claves.

En primer lugar, lo más significativo es que, explorar tiene una gran importancia. No basta con que se articule el sufrimiento, se debe desarrollar lo que pasa, lo que siente la persona, etcétera.

5. Véanse Moons, *The Art of Spiritual Direction*, capítulos 6 y 7.

6. Cito de nuevo a Robert Marsh, “Receiving and Rejecting. On Finding a Way in Spiritual Direction”. Véase la nota de pie de página no 2.

En segundo lugar, es crucial saber que hay varias posibilidades para hacerlo. Somos “artistas”, y como tal lo que hacemos es una arte.

Queda claro que, de nuevo, necesitamos encontrar un equilibrio entre valentía y prudencia. Por ejemplo, al hablar con una víctima de malos tratos, no debemos evitar una pregunta del tipo ‘¿cómo es recordar la situación?’. Y si la persona nos dice que le duele, no debemos temer quedarnos con el dolor.

Podemos reflejar simplemente ‘dices, me duele’, o preguntar ‘¿en qué parte del cuerpo te duele?’ etc. Acompañar es arriesgarse. También se puede hacer expresando empatía. Por ejemplo, podemos decir ‘siento mucho oír eso’, tras lo cual podemos hacer una pequeña pausa antes de pensar cuál será nuestra siguiente intervención.

A la vez, sin embargo, necesitamos una cierta delicadeza. No debemos forzar. En el caso de la víctima de abusos, eso es muy obvio. A ella la han forzado mucho, así que, por favor, no hagamos lo mismo. A veces, puede resultar útil explicar por qué hacemos ese tipo de preguntas, bastante personales. También ayuda hacer la pregunta en el momento adecuado, ni demasiado rápido ni demasiado lento, en el tono adecuado, etc.

Para terminar con este punto, evidentemente podríamos reflexionar sobre las implicaciones de explorar el sufrimiento. ¿No se agranda así el sufrimiento? Yo creo que exponer el sufrimiento forma parte de sanar. La primera fase de la curación es pues sacar a la luz la realidad – y sacarla en una luz de acogida. Esto es lo que hemos abordado hasta ahora. La segunda fase de la curación requiere aún más habilidad.

#### D. Confrontar

Hasta ahora hemos visto que no hay que tener prisa, y también que debemos enfocar (centrar) y explorar. Recordémonos la gente con quienes empezamos para recordarnos que estamos ha-

blando de personas concretas. Imaginemos ahora que, a consecuencia de enfocar (centrar) y explorar, afloran a la superficie cosas negativas, como soledad en el caso de la viuda, vergüenza y confusión en el caso de la víctima de abusos, e ira y tristeza en el caso del joven homosexual. A veces, permanecer en ello trae luz. Quizás la viuda se dé cuenta de que existe un agradecimiento tranquilo, una conexión silenciosa que sigue ahí. Tal vez el chico homosexual recuerde la aceptación que ha sentido por parte de sus amigas y amigos, etc.

Ahora bien, ¿qué podemos hacer si seguir con ello y explorar sólo si empeora las cosas? ¿Qué hacer si la persona permanece atrapada en el miedo, la ira, la soledad, la desesperación...? La buena noticia es que las herramientas que hemos explicado hasta ahora ayudan a la persona a expresar ese miedo, ira, soledad o desesperación con calma. Sin juzgar. Sin dar la solución. Eso es realmente una experiencia positiva para la persona afectada. No obstante, la pregunta es: ¿y ahora qué? ¿cómo gestionar el sufrimiento que se ha puesto de manifiesto y está ahora al descubierto?

Para eso, necesitamos una narrativa complementaria a la narrativa ignaciana estándar de buscar y explorar la consolación<sup>6</sup>. Dicha manera estándar de proceder no funciona en caso de secuestro psicológico, de encarcelamiento mental. La fe nos dice que sigue habiendo luz: Dios sigue trabajando. Sin embargo, la persona se encuentra paralizada y no dispone de los recursos necesarios para encontrar la luz por sus propios medios, aunque cuente con nuestra ayuda.

Así pues, lo primero que necesitamos es hacer explícita esta situación y confrontar a la persona con su propio secuestro. La persona necesita darse cuenta de lo que le ocurre, de su encarcelamiento. Si no, no podemos avanzar.

Hay varios modos de exponer, de confrontar. Por ejemplo, podemos resumir la conversación que hayamos tenido hasta el momento reflejando “tu historia es bastante oscura, ¿verdad?”.

LH n.338

Quizás esta intervención, que es bastante ligera, ya sea suficiente para abrir los ojos de la persona y hacerle ver su paralización.

También podría resultar útil preguntar primero si, a pesar de todo, hay luz. ¿Qué te da esperanza? ¿Qué relaciones te apoyan? Si la respuesta es afirmativa, se puede trabajar con eso. Si la respuesta es negativa, podemos reflejar “**tu historia es bastante oscura, ¿verdad?**”. Como primero hemos tematizado la luz, el contraste es más grande, y esto puede ayudar a exponer que la situación es mala de verdad. Es parte de la sanación exponerlo.

Otra manera de exponer es compartir nuestra preocupación. Podemos expresar nuestra inquietud por lo dicho, ya que es grave, oscuro, quita vida, etc. Quizás esta es una manera más suave de confrontar.

También podría ser importante explicar un poco lo que subyace a nuestro modo de proceder. Enseñar es una manera de ‘iniciar’.

Hace que la otra persona llegue a entender su situación por sí misma. Lo que explicamos es, esencialmente, que, según la fe cristiana, Dios está siempre con nosotros para consolarnos, y que eso hace falta en lo que contó la persona. Dios siempre ofrece luz.

Además, también puede resultar útil explicar que, contrariamente, el enemigo se alegra de la infelicidad. Su agenda es intentar aprisionarnos y así evitar que hagamos lo que es bueno.

Evidentemente, esta explicación debe ser adaptada a la persona, a la situación, etc. Es crucial recalcar que lo preocupante no es la existencia de la pena en sí, sino el hecho de que las penas sean tan absolutas, abrumadoras y aprisionadoras.

Mi experiencia es que hay veces en las que hay que repetir e incluso insistir en este proceso una y otra vez. La respuesta habitual a situaciones difíciles, como aquellas que involucran un sufrimiento mental, es la negación.

Recuerden el fenómeno de evasión que comentábamos antes. Como indiqué anteriormente, aquí también necesitamos encontrar el equilibrio entre insistir y dejar escapar. Es posible que nos equivoquemos – aunque sea poco probable si ya hemos estado escuchando a la persona durante un largo periodo de tiempo –, pero también es probable que la persona necesite aún acostumbrarse a su verdadera situación.

### E. Ejercicios prácticos

Por último, si la persona lo acepta, y únicamente en ese caso, es importante pensar en ejercicios concretos para darle un giro a la situación y reencontrar la luz de Dios. Como pueden ver, es ahora cuando cambiamos de marcha y pasamos de lo interior a lo práctico. La pregunta es: ¿qué piensa la persona que pueda ayudarle a cambiar sus propias experiencias, pensamientos y sentimientos?

Para encontrar los ejercicios adecuados, necesitamos conocer el punto débil de quien tenemos delante. Así que quizás necesitemos explorar esto durante un rato. Sin embargo, lo importante es ser conscientes de que el progreso hacia la luz no depende de un mayor entendimiento, sino de ejercicios prácticos que promuevan otras experiencias, pensamientos y sentimientos.

A menudo, seremos nosotros quienes tengamos que proponer posibles ejercicios, pues no podemos esperar que una persona agobiada tenga recursos creativos... Necesitamos ser creativos nosotros, e igualmente ser realistas. Sin embargo, evidentemente es la persona quien tiene la última palabra, es ella o él quien decide ‘eso me parece buena idea’ o ‘eso voy a hacer’.

Por ejemplo, en el caso del padre agotado por el cuidado de su hijo, ¿podría ayudarle que se tomara un tiempo para sí mismo? Respecto a la viuda en duelo, ¿podríamos proponerle una forma de vivir en base a la conexión positiva que tenía con su marido? En el caso de la víctima de abusos, ¿podríamos pensar en un ejercicio para abrazar la ternura de Dios hacia ella, o la ternura de sus amigos?

## 4/

### ¿Elaborar un ejemplo?

Para terminar mi ponencia, les daré un ejemplo de cómo utilizar estas herramientas. Dar ejemplos siempre es peligroso, pues cada ejemplo ofrece únicamente UNA posibilidad, que cambiará en otras circunstancias y con otras personas. Sin embargo, los ejemplos pueden ayudarnos a ver lo que hemos explicado de una forma más concreta.

Así pues, tomemos el tercer ejemplo, el de una mujer de unos veinte años con la que llevamos un tiempo hablando y que comparte su secreto: su tío abusó de ella en múltiples ocasiones cuando era solo una adolescente. Llamémosla **Sofía**.

Yo - *Lo siento mucho por tí, Sofía.*

Sofía - *Sí, yo también lo siento. Es la primera vez que comparto esto con otra persona.*

Y - *Ah, es la primera vez.* [reflejar]

S - *Sí, la primera vez.*

Y - *¿Y cómo es compartirlo?* [explorar sentimiento]

S - *Un poco raro, la verdad.*

Y - *Hmm.* [no hay prisa]

S - *Sí, raro.*

Y - *¿Habrías querido compartirlo antes? Quiero decir, ¿no conmigo, sino con otra persona?* [seguir, concretizar]

S - *Uhm, no sé. Creo que no lo sé. No quiero parecer sentimental, ¿entiendes? Suena patético, ¿no?*

Y - *Ah, patético.* [enfocar, reflejar]

Aquí también se puede pensar en ejercicios de fe, como, buscar a Dios en la vida a pesar de todo, disfrutar cualquier cosa y practicar el agradecimiento. De nuevo, tenemos que hacerlo con mucha delicadeza, para no abusar de Dios y de la fe para escaparnos de la realidad de la persona que tenemos delante.

Por supuesto, tan solo podemos hacer sugerencias. Al final, la persona debe disponer del espacio necesario para estar o no de acuerdo. Si algo no le parece una buena idea, no es ningún problema.

Sin embargo, también es probable que la persona simplemente no tenga ganas. Eso es normal, pero no es razón suficiente para no hacer un ejercicio. Desafortunadamente, ser prisionero también puede tener como efecto el no querer salir de esa situación.

Así que, de vez en cuando, necesitaremos explicar que, aunque un determinado ejercicio no parezca una buena idea al principio, lo más decisivo es si racionalmente hablando lo es. La razón es más importante que los sentimientos, porque los sentimientos son confusos y están bajo una influencia malsana.

Cuando alguien es prisionero de sus propios sentimientos negativos e intentamos encontrar una salida, debemos dejarnos guiar por la razón más que por aquello que se siente. En términos teológicos o espirituales, esta última herramienta trata de conversión. Estamos desaprendiendo y reaprendiendo. Buscamos que, poco a poco, la persona piense y actúe de forma diferente. Como siempre, la conversión es un trabajo duro y lento.

LH n.338

S - *Sí, porque no me resistí.*

Y - *Ah, te arrepientes de no haberte resistido.*  
[seguir, no hay prisa; resistir la tendencia de corregirle explicando que no es así; se puede hacerlo después.]

S - *¡Sí! Mi vida hubiera sido tan diferente...*

Y - *¿Es un poco culpa tuya, entonces?*

S - *Sí, es decir, quizás no. Era una niña, ¿verdad?*  
[seguir]

Explicar que verdaderamente no es culpa suya. Quizás explicar que auto-inculparse es una manera de manejar la situación, etc.

Y - *¿Cómo es compartirlo ahora?*  
*¿Te sientes aliviada?* [enfocar, explorar sentimiento]

S - *La verdad es: sí y no. Era un secreto y ahora ya no lo es. Eso es un alivio, pero a la vez me doy cuenta de cómo todo esto ha pesado sobre mí.*  
*Me pongo muy triste, muy triste.*

Primero exploramos el alivio, con las herramientas de explorar. Después:

Y - *¿Dijiste también que estás muy triste?*  
[enfocar, reflejar]

S - *Sí. Y quizás triste no sea la palabra adecuada.*  
*Me doy cuenta de cómo me ha menguado todo esto.* [elaboración: disminución de la autoconfianza, etc.]

Y - *Ha tenido un gran impacto en tu vida, pues.*  
[explorar los frutos, reflejar]

S - *Sí, y todavía lo tiene.*

Y - *Todavía...* [reflejar para explorar los frutos]

S - *Sí, todavía.*

Y - *Lo siento por tí. Qué triste, ¿verdad?*  
[ella no desarrolla; no hay prisa]

S - *Sí, muy triste...*

Y - *¿Podrías compartir un ejemplo de cómo se manifiesta ese impacto?*  
[persistir: explorar los frutos]

Elaboración de impactos concretos y actuales.

Y - *Sofía, gracias por compartir todo eso.*  
*Lo siento mucho portí.* [transición]

S - *Gracias, eres muy amable.*

Y - [sonrisa] *¿Qué podemos hacer?*  
[Confrontar/buscar luz]

S - *¿Cómo?*

Y - *Quiero decir, ¿qué podemos hacer para disminuir el impacto?* [persistir]

S - *Es mi herida, ¿no?*

Y - *Sí, es una herida, pero también creo que puedes llegar a vivirlo de manera diferente.*  
*O, en términos más piadosos: creo que Dios te quiere liberar del peso que cargas ahora.*  
*La herida es para siempre, pero creo que Dios quiere traerte su luz.* [persistir]

S - *Ah. ¿Y cómo?*

Y - [sonrisa] *¿Cuál es la solución mágica?* [pausa]  
*Creo que es más un ejercicio que una solución mágica. Es un trabajo lento. Quizás primero debamos pensar un rato cuál es el origen de los impactos que has compartido. ¿Qué hace que NN* [cf los frutos que hemos explorado]? [Explorar]

S - *No entiendo.*

Y - *El abuso es horrible. Has descrito los impactos.*  
*¿Cuál es la voz que resuena en tu interior?*  
*¿Qué piensas sobre tí misma? ¿Qué sientes?*  
[Insistir]

S - *No sé.*

Y - [sonrisa] *Entiendo, pregunto y pregunto sin parar...* [pausa] *Quizás podamos conversar simplemente sobre esto: al levantarte por la mañana, ¿cuáles son los primeros pensamientos que te vienen a la mente?* [Insistir]

Conclusión: la baja autoestima hace que ella tome poca iniciativa, etc.

S - *¿Qué podemos hacer para aumentar la autoestima?*

Posible ejercicio: al levantarse y al acostarse, Sofía puede dedicar un tiempo a pensar que Dios la ve con ternura.



# 09/2

## Arte y humanización. Prácticas colaborativas.

**Raquel Pedro,**

Estúdio de arte del Servicio de Rehabilitación Psicosocial. Casa de Saúde do Telhal. Sintra (Portugal)

Comienzo este texto invitando a los lectores a entrar en el *Estúdio de Arte*. Hay dos carteles en la puerta del estudio. Uno señala los compromisos - *respetar la libertad y el trabajo de cada uno; hacer que el espacio sea acogedor e interactivo; evitar el conflicto, promover la armonía, compartir proyectos y desarrollar habilidades; valorar y sentirse valorado*. El otro cartel presenta el propósito - *un espacio donde desarrollar nuestras capacidades y habilidades mentales, emocionales y cognitivas; un lugar de sueños y realización personal*. Los compromisos y el propósito, definidos por los participantes, ilustran la alineación en el estudio.

El **Estúdio de Arte** tiene una estructura flexible y, aunque hay actividades dirigidas, su funcionamiento está muy adaptado a los intereses, expectativas y necesidades de cada participante<sup>1</sup>. Se fomenta el bienestar, la autonomía y las relaciones humanas. Los participantes afirman que es un espacio acogedor que potencia los sentidos y la transmisión de ideas y emociones.

Desde su fundación, la Casa de Saúde do Telhal (CST) siempre ha estado vinculada al arte, prestando especial atención a la producción artística de las personas a las que atiende. El **Estúdio de Arte** se creó en 2006 como parte de un programa de actividades artísticas. Pretende ser una respuesta a los residentes de la CST, aunque mantiene sus vínculos con los pacientes dados de alta clínica. Es un espacio para cualquier persona con inquietudes artísticas que quiera desarrollar su potencial creativo.

En el contexto del arte y la humanización, el **Estúdio de Arte** ha tenido **tres experiencias** con asociaciones externas que son muy importantes para construir territorios y establecer redes. De hecho, fueron muy importantes para construir territorios y establecer redes. Las asociaciones que describo a continuación fueron experiencias de proximidad, añadieron cohesión y afectaron significativamente a todos los implicados (socios externos, participantes en el **Estúdio de Arte** y también empleados de la Institución). Por otra parte, proporcionaron un enorme reconocimiento al trabajo artístico desarrollado por los autores del **Estúdio de Arte** y, en la mayoría de los casos, resonaron en los espacios/contextos donde tuvieron lugar las intervenciones.

### 1. Residencia artística -

**Slash Arts** (Reino Unido), que culminó con la realización de un mural en la plaza **D. Afonso V de Portela de Sintra (2022)**. Se trataba de un proyecto de arte urbano previsto para esta plaza (se pintaron las fachadas de un edificio y los bancos del jardín). Recibimos varios mensajes de agradecimiento por la mejora y el embellecimiento que esta intervención aportó a la zona.

1. En línea con el Plan de Intervención Individual (PII) elaborado entre el equipo, el paciente y la familia, donde se valoran las expectativas del paciente y se acuerdan los objetivos de su proceso de rehabilitación.

2. Un proyecto de botánica y arte en el área de Rehabilitación Psicosocial en Psiquiatría y Salud Mental, desarrollado por dos Casas de Salud del Instituto San Juan de Dios (ISJD), Telhal (Sintra) y Areias de Vilar (Barcelos), en colaboración con el Museo San Juan de Dios - Psiquiatría e Historia. Este proyecto permitió establecer un compromiso creativo y ecológico con los espacios verdes de ambas instituciones

3. [https://www.cimac.pt/transforma/wp-content/uploads/sites/11/2023/02/Manual-Prescricao-Cultural\\_AC.pdf](https://www.cimac.pt/transforma/wp-content/uploads/sites/11/2023/02/Manual-Prescricao-Cultural_AC.pdf) (manual de prescripción cultural - proyecto piloto en los municipios del Alentejo Central)

La residencia artística fue totalmente colaborativa y se dividió en dos etapas. La primera semana se dedicó a la construcción e investigación en el taller (precedida de numerosas videollamadas con los artistas externos), y la segunda a la pintura mural. Esta última semana también proporcionó una interacción constante entre la comunidad local (Portela de Sintra), los empleados del ayuntamiento, los artistas de **Slash Arts** y los participantes en el **Estúdio de Arte**.

### 2. Espectáculo **Almas Delirantes** -

**Teatro Efímero**, inspirado en la obra **“Almas Delirantes”** de **Luiz Cebola** (director clínico de la CST entre 1911 y 1948). Este espectáculo, presentado a finales de 2023 (y que volverá a los escenarios en 2024), también se inspiró en los autores que actualmente se encuentran en el **Estúdio de Arte**. El espectáculo pretendía ser lo que el Teatro Efímero denominaba una reflexión poética. Yo añadiría, ¡una especie de radiografía de todos nosotros!

Fue una experiencia artística que nos permitió reflexionar sobre nuestras emociones y **“pre-juicios”** acerca de la enfermedad mental. Es un buen ejemplo de cómo los temas difíciles pueden tratarse a través de la experiencia artística, no anulando el sufrimiento que conllevan, sino permitiendo relativizar el dolor.

La presencia del personal del teatro en el taller durante los meses previos al espectáculo determinó la profunda conexión que se estableció entretanto. En este proceso hubo respeto, dignidad, amor y un gran rigor con todo el material sensible recogido durante las sesiones. Me refiero a las entrevistas, conversaciones, testimonios grabados, pero también a la elección de las obras de arte y vídeos utilizados en los decorados y el propio vestuario (confeccionado por los autores del **Estúdio de Arte**).

### 3. Workshop -

**Un jardín creativo (2024)**, Museo de las Artes de Sintra (MUSA). Seis participantes del

**Estúdio de Arte** dirigieron dos workshops artísticos que permitieron al público acercarse al proceso creativo de la exposición **Herbarium: Jardines Creativos**<sup>2</sup>. Como en los ejemplos anteriores, también en este caso los autores del **Estúdio de Arte** se hicieron cargo de estos dos workshops, en igualdad de participación con los demás facilitadores. De este modo, la participación fue profundamente inclusiva, no se diferenció entre profesionales y no profesionales y, por tanto, fue más equitativa.

En el **Estúdio de Arte** se desarrollan las competencias artísticas, pero sin olvidar el contexto terapéutico. La cuestión del autor, de la identidad, de la persona que tiene una historia que compartir es la materia prima que sustenta las obras que allí se producen. Es la intervención artística apoyada en las relaciones humanas lo que hace del **Estúdio de Arte** un espacio de diálogo y encuentro, que contribuye al sentimiento de pertenencia.

Existen proyectos piloto<sup>3</sup> sobre bienestar y participación en experiencias artísticas y culturales, que exploran enfoques holísticos de la salud. Las prácticas que aquí se presentan también pueden considerarse contribuciones al bienestar y se realizaron mediante actividades artísticas basadas en los recursos comunitarios existentes.

Todas estas propuestas dejan semillas fértiles en los territorios para que florezcan proyectos cooperativos más permeables a la experiencia del arte y la humanización. Por otro lado, mejoran la percepción pública de la enfermedad mental y reducen el estigma asociado.

Por último, estoy convencida de que las relaciones que se establecen a partir de estas experiencias artísticas nos conducen a un lugar más humanizado, más bello y favorecen el desarrollo socioemocional de todos los implicados

# 09/3

## CuidARTE.

### Arte y humanización en dinámicas de cuidado..

**Gerardo Díaz Quirós,**

Doctor en Historia del Arte por la Universidad de Oviedo.

Director de la Fundación San Juan de Dios (Madrid)

Anclado en la íntima relación del arte con el hombre, el artículo defiende las artes como vía privilegiada para asomarse al misterio de la propia existencia, de la vulnerabilidad, la enfermedad, la fragilidad o la necesidad, así como ejercicio eficaz en el desarrollo de la sensibilidad que necesita toda dinámica de cuidado. De igual modo, apunta estrategias y acciones por las que las artes pueden contribuir a procesos de humanización en el ámbito sanitario y social.

## 1/

### Del arte y el hombre.

El tratadista del arte francés **René Huyghe**, que habría de coordinar entre 1958 y 1961 una obra de título *El arte y el hombre*, había escrito con anterioridad que

“El arte y el hombre son indisociables. No hay arte sin el hombre, pero tal vez tampoco hombre sin arte. A través de éste, el hombre se expresa más completamente y, por consiguiente, se comprende y realiza mejor. Gracias a él, el mundo se hace más inteligible y más accesible, más familiar” (**Huyghe, 1935:23**).

En su obra más conocida, **Diálogo con lo visible (1955)** añadiría que el arte ha permitido al hombre mantener su vínculo con el universo.

Hay belleza sin el hombre, al menos si asumimos la categoría nouménica de **Kant**, y todos tenemos experiencia de lo sublime (la grandeza admirable) de algunas manifestaciones de la naturaleza, mas, como nos explicaban en las primeras nociones de estética, una piedra que cayese accidentalmente ladera abajo y, fruto del azar, terminase convertida en **La Venus de Milo** al llegar al valle, no sería propiamente una obra artística. En el arte hay intención, radicalidad humana. A través de las artes la persona se aproxima a la comprensión del mundo (el dibujo es un ejercicio de apropiación, comprensión e interpretación extraordinario) profundiza en sí mismo, interioriza, expresa y se expresa, comunica de forma más o menos inteligible. Las artes pueden ser espejo, puerta o puente; reflejo de la realidad o construcción con otras reglas de nuevas realidades, acceso a mundos distintos

donde todo es posible o pasarela entre aquellos y este. Las artes son también ofrenda elocuente, regalo, expresión de lo mejor que puede ofrecer el ser humano al aunar materia y genio. Y aún para descubrir esa belleza del mundo de la que uno no es enteramente responsable - y que cabría interpretar, entroncando con el manantial del Gran Arquitecto, como manifestación artística de un Dios creador - es necesaria una mirada avezada, sensible, artística y cocreadora por filiación.

## 2/

### Arte y misterio.

El arte es herramienta útil para adentrarse en el misterio del hombre; por una parte, lo aborda inquisitivamente, para comprenderlo, y por otra lo ahonda, lo acrecienta, por lo que el propio arte tiene de misterio. La impronta de una mano impregnada de sangre, de barro o de ceniza en el abrigo de una roca; la misma huella en negativo, expresión de una técnica ya más elaborada que implica retener en la boca un pigmento y asperjarlo de forma directa o a través de una caña manteniendo la propia mano sobre el soporte, o esas series de animales sucintamente trazados, esenciales pero capaces de transparentar un profundo conocimiento de la naturaleza y un aguda observación; esas primeras manifestaciones que llamamos artísticas conocidas - cuántas habría anteriores sobre el propio cuerpo o con materiales de mayor fragilidad- nos sobrecogen porque nos colocan frente al misterio del homo. El pintor **René Magritte** lo expresó con radicalidad - de palabra y con su poética pictórica- al afirmar que

“El arte evoca el misterio, sin el cual el mundo no existiría”.

En su clásica distinción entre problema y misterio, ya señalaba **Chomsky (1977)** que ante el misterio sólo cabe quedarse mirando fijamente, maravillados y desconcertados. Esta acción contemplativa forma parte de las artes, no sólo en su fase última, sino a lo largo de todo el proceso creativo, haciendo de la obra un recurso a veces eficaz, no ya para resolver, sino para aproximarse con sentido numinoso y quizá intuir.

Si la vida misma en su conjunto es terreno del misterio, éste emerge de manera poderosa en procesos de fragilidad o enfermedad (**Marcel, 1971**). Como tiene escrito **Manuel Gesteira (1991)**, el dolor remite hacia un misterio, hacia una terra incognita. Según los casos, la densidad de las preguntas se hará mayor - a veces casi insostenible - sobre el paciente, la persona atendida o sobre sus familiares y amigos, pero también sobre cuantos intervienen en su proceso de atención o de cuidado. Para estos últimos, a las preguntas propias se añadirá la necesidad de contar con recursos para identificar siquiera la inquietud del otro y para hacerse presente ante ella.

Aun cuando no se exprese de modo unívoco, presentándose en ocasiones al amparo de lo emotivo o lo psicológico, de lo interpersonal o lo transpersonal, la atención a la dimensión trascendente del ser humano brota con fuerza de modo general ante la intención de una atención integral. En la **Orden Hospitalaria de San Juan de Dios** esa dimensión se pronuncia con rotundidad como espiritual y trata de encontrar satisfacción en servicios de atención espiritual y religiosa fuertemente implantados en sus centros y dispositivos.

Tras la pandemia de la COVID-19 se ha explicitado el alto riesgo de angustia emocional -con epicentro en aspectos de significado, sentido y propósito- que padecen muchos profesionales de entornos sanitarios y sociales, lo que ha de espolear a trabajar sobre estos aspectos. Y en este terreno las artes salen al encuentro, pues son formas privilegiadas de apertura al espíritu. Resulta inevitable referir, siquiera como provocación al lector para comenzar a indagar,

LH n.338

la obra de [Vassily Kandinsky De lo espiritual en el arte](#), publicada originalmente en 1912 y que, en sí mismo, más que un tratado teórico, es intento de superación de las limitaciones de la expresión escrita; volver a [Huyghe](#) y su [El arte y el alma](#), de 1961 o citar la monumental obra de [Hans Urs Von Balthasar, Gloria](#), concebida como teología cristiana que pretende completar la visión de la Verdad y la Bondad, a partir del [Pulchrum](#). Pocas relaciones encontraremos más duraderas en el tiempo y más estrechas que la que se da entre el arte y lo sagrado. En todas las culturas, en todas las civilizaciones, en el juego de lo anabático y lo catabático, han adquirido protagonismo las artes. Y aún hoy, frente a religiosidad o la espiritualidad, el arte, más allá de la iconografía, de la capacidad de representación, tiene poderosa fuerza para la evocación de realidades invisibles y para la materialización de espacios y tiempos particularmente apropiados para la búsqueda interior de aquello que puede estar más allá de nosotros.

### 3/

## HumanizARTE.

El cambio de paradigma respecto a los modelos de atención, que coloca –al menos como deseo– a la persona en el centro (extremo que se recoge con nitidez en toda la literatura reciente de la [Orden Hospitalaria](#) y de forma implícita desde los orígenes de su actividad) viene precedido de un proceso deshumanizador. Al haber señalado que sin ser humano no hay arte, es fácil deducir que ese proceso tuvo un componente erradicador de lo artístico y que en la reconquista de lo mejor del ser humano (am-arte, valor-arte, respet-arte, cuid-arte...) han de hacerse presentes las manifestaciones artísticas entendidas en su más amplio sentido y como crisol de sensibilidades. El Hôtel-Dieu de Beaune fundado en 1443 por [Nicolás Rolin](#) o el mismo Hospital

de San Juan de Dios de Granada pudieran propiciar un revolcón visual que ayude a revisar y resituar experiencias del pasado. Si evocábamos antes el concurso del arte para ofrecer “**lo mejor para Dios**”, es fácil desarrollar la lógica y entender que, si Dios se hace presente en la fragilidad, la necesidad o la enfermedad, también para quienes padecen ha de ofrecerse lo mejor. Corrientes como el higienismo o el esencialismo propiciarán una depuración formal a veces radical, **brutal** o **brutalista** incluso, por usar un término arquitectónico, pero no ajena a criterios artísticos. Cosa distinta y que distraería la atención del foco que ahora nos interesa es que, como advirtiera ya [Roberto Sánchez Casado \(1997\)](#), justo este proceso de “**humanización del mundo**” coincida ahora con la deshumanización del arte.

Un apunte siquiera merece la cuestión de la sensibilidad, central en nuestro argumento. Tendemos a pensar que la sensibilidad, entendida quizá como bondad del corazón, es una cuestión innata. Sin embargo, también la sensibilidad se forma, se educa, se desarrolla, se ejercita y se puede fomentar; en expresión que hemos oído a [Amedeo Cencini](#), tan coloquial como certera: “**tenemos la sensibilidad que nos merecemos**”. No es posible una atención holística sin profesionales e instituciones sensibles, pues sólo desde una profunda madurez se puede atender desde la dignidad, de forma no sólo individualizada, sino personalizada, entroncando en lo profundo de la persona, con sus capacidades y sus necesidades, haciéndola partícipe - protagonista - de sus propios procesos y en un marco de escucha plena.

En la dinámica del concurso del arte para la humanización convergen vectores distintos que podríamos adjetivar, en términos ignacianos, como **interpenetrados**. En su dimensión expresiva e introspectiva, las artes pueden ser herramienta para todos los agentes de cuidado; sin ánimo o competencia profesional, las artes pueden ayudar en el conocimiento de uno mismo, en la profundización y sensibilización y, al tiempo, pueden servir para canalizar y expresar,

1. Cf. Plumed, C, (2010). Aportación innovadora de la Orden Hospitalaria a la Psicología del Arte. Archivo Hospitalario, nº 8, 287-344.

a veces, incluso, con carácter terapéutico. Las experiencias en este sentido son particularmente abundantes en el terreno de la salud mental, como se puede ver en el [Archivo del Patrimonio de Arte Psicológico del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos](#), puesto en marcha en 1996<sup>1</sup>, pero tienen aún un amplio recorrido. De otro lado, las artes pueden servir para el desarrollo de la sensibilidad, sobre todo en los agentes de cuidado, que pueden descubrir en ellas, además, recursos para mejorar la relación y la comunicación, así como para adentrarse en el terreno de las grandes preguntas. Recurrir a los artistas puede ser subirse a hombros de gigantes que nos ayuden a ver horizontes nuevos, a redescubrir el envés de lo cotidiano o la poesía que nos envuelve y, sin embargo, nos pasa desapercibida. Conviene recordar que la escasa destreza para creación no bloquea la experiencia estética, el desconocimiento del dato positivista no anula la capacidad de penetración en la obra y siempre es posible un diálogo directo y transformador.

### 4/

## De las artes y los sentidos.

Las artes son expresión y a la vez herramienta para el desarrollo de todos los sentidos, abonando el terreno para permitir desbordar ese mundo sensible cuando sea necesario. Recurrir al arte para humanizar es mucho más que decorar. No se trata de generar “**espacios bonitos**”, que también, si no fuese porque la crítica del juicio es terreno complejo que no podemos ni apuntar en estas líneas.

Probablemente por haber tenido su propia reflexión, previa y monográfica, sobre el proceso de humanización de la disciplina, la arquitectura lleva cierta ventaja en los planes de humanización de los cuidados. La preocupación expresada ya en algunas conferencias de los años

treinta del siglo XX por [Alvar Aalto](#), y que asentaría en el conocido artículo de 1940 [La humanización de la arquitectura](#), abre una reflexión temprana de fácil entronque con las preocupaciones del mundo del cuidado; no en vano, uno de los proyectos que refiere en el artículo es el Sanatorio de Paimio. El reciente trabajo publicado por PMMT - la trayectoria de [Patricio Martínez](#) y [Maximià Torruella](#) y sus propuestas en arquitectura sanitaria merecerían atención detenida- bajo el título de Humanización de la arquitectura sanitaria. Una guía de diseño para el bienestar, es un buen ejemplo del estado de la cuestión. El número de acciones llevadas a cabo, sobre todo en relación con espacios de atención infantil, no ha parado de crecer, con ejemplos muy notables sin salir de centros de la Orden Hospitalaria, caso del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, con aportaciones de gran creatividad.

Quizá la música como ninguna otra de las artes puede estar presente de forma sostenida en la vida del ser humano. Más allá de la consolidación de la musicoterapia, un uso natural de la música es siempre una acción sencilla y posible. Y asociada a la música estaría la palabra y el silencio; la palabra pronunciada y escrita, la literatura y la poesía. Cuántas veces ante un otro en situación de dificultad o necesidad diríamos con [Juan Ramón Jiménez](#): “**inteligencia (sic) dame / el nombre exacto de las cosas**”.

Cuántas veces la palabra de otro saldrá en nuestro auxilio y sentiremos que expresa aquello que anhelamos. Y el silencio; el lugar de la sensibilidad plena. Ahora que se mira a oriente en la búsqueda de experiencias de silencio, cabe ir al encuentro también de la tradición occidental cristiana y romper el horror vacui que alcanza a familias y profesionales, a veces precisamente como ruidoso pacto de silencio sobre los temas esenciales. En el seno de la Orden Hospitalaria no está de más recuperar la reflexión sobre el silencio que realizara en su informe de final de mandato (1976 - 1982) el general [Pierluigi Marchesi](#), publicado en la revista Archivo Hospitalario hace unos años ([2019: 48, 49](#)).

LH n.338

Por otro lado, redescubrir la dimensión cultural del gusto y del tacto, explorar con nuevas yemas de los dedos el terreno de las texturas y el omnipresente - u omniferido - mundo de las caricias, puede traer acciones concretas sustanciales. Un referente en la exploración de todas estas posibilidades y en la ejecución de muchas es el **Unidad de Cuidados Paliativos San Camilo de Tres Cantos**, Madrid.

También la expresión corporal, el teatro, y la danza, que como la música tiene una historia terapéutica tan larga como el hombre, escrita en parte en las figuras negras y rojas de la cerámica griega, sirven al cuidado humanizado. Ejemplo magnífico es el trabajo realizado por el grupo **Garaye** en el Centro San Juan de Dios de Valladolid, que buscó la evidencia científica a través de la formulación del proyecto de investigación “**Arte, discapacidad y calidad de vida: impacto de una intervención basada en las artes escénicas**”.

Por supuesto, la expresión plástica, incluso en momentos en que pudiera parecer aventurado hasta plantearlo, se revela como un recurso eficaz. El **proyecto Proart**, impulsado por la Fundación San Juan de Dios y desarrollado en la unidad de Cuidados Paliativos del **Hospital Santa Clotilde de Santander**, en colaboración con la **Fundación Venancio Blanco**, ha reportado resultados extraordinariamente satisfactorios, conjugando acciones diversas.

Partiendo de un trabajo previo con todos los actores implicados, mediante dinámicas de design thinking y trabajo colaborativo, se realizó una cuidada intervención arquitectónica en zonas de recepción y tránsito de pacientes y, muy especialmente, en la llamada “**sala de malas noticias**”, que incorporó propuestas de expresión a través de trabajos en papel y lazos con mensajes. Se ofrecieron a pacientes y familiares distintos talleres artísticos, así como la posibilidad de elegir obras artísticas que colocar en sus habitaciones (**García, E., Exposito, A., Rodríguez, A., 2020**)

## 5/

### Conclusión: paraklesis.

Aún dentro de instituciones religiosas, se buscan con frecuencia inspiración y modelos en áreas ajenas, despreciando en ocasiones la enorme capacidad poética de la teología. El teólogo español **Manuel Gesteira (1991)** resumía la acción de Christus medicus como un cuidado por paraklesis, que implica presencia personal, actitud dialogal y palabra sapiencial, luminosa y alentadora. Contiene los elementos nucleares de la humanización que se ansía y pudiera articular sus conceptos un modelo humanizador, sobre todo si se construye con el concurso de las artes.

### Bibliografía

▶ **Aalto, A. (1940)**,  
*La humanización de la arquitectura.*  
The technology Review, 14,15.

▶ **AAVV. (2023)**,  
*Humanización de la arquitectura sanitaria.*  
*Una guía de diseño para el bienestar.*  
PMMT. Madrid.

▶ **Chomsky, N. (1977)**,  
*Reflexiones sobre el lenguaje.*  
Editorial Sudamericana. Buenos Aires.

▶ **García, E., Exposito, A., Rodríguez, A., (2020)**,  
*“Proart. Humanización de los cuidados paliativos a través del arte. Un proyecto de sanidad participativa”.*  
24 International Nursing Research Conference

▶ **Gesteira, M. (1991)**,  
*“Christus medicus”.*  
*Jesús ante el problema del mal.*  
Revista española de teología, 51, 253-300.

▶ **Huyghe, R. (1955)**,  
*Dialogue avec le visible.*  
Flammarion. París.

▶ **Huyghe, R. (1961)**,  
*El arte y el alma.*  
Flammarion. París.

▶ **Huyghe, R. (1977)**,  
*El arte y el hombre.*  
Planeta. Barcelona.

▶ **Huyghe, R., Bazin, G. (1935)**,  
*Histoire de l'art contemporain.*  
Presses universitaires de France. París.

▶ **Kandinsky, V. (1912)**,  
*De lo espiritual en el arte.*  
Múnich.

▶ **Marcel, G. (1971)**,  
*El misterio del ser.* Edhasa.  
Madrid.

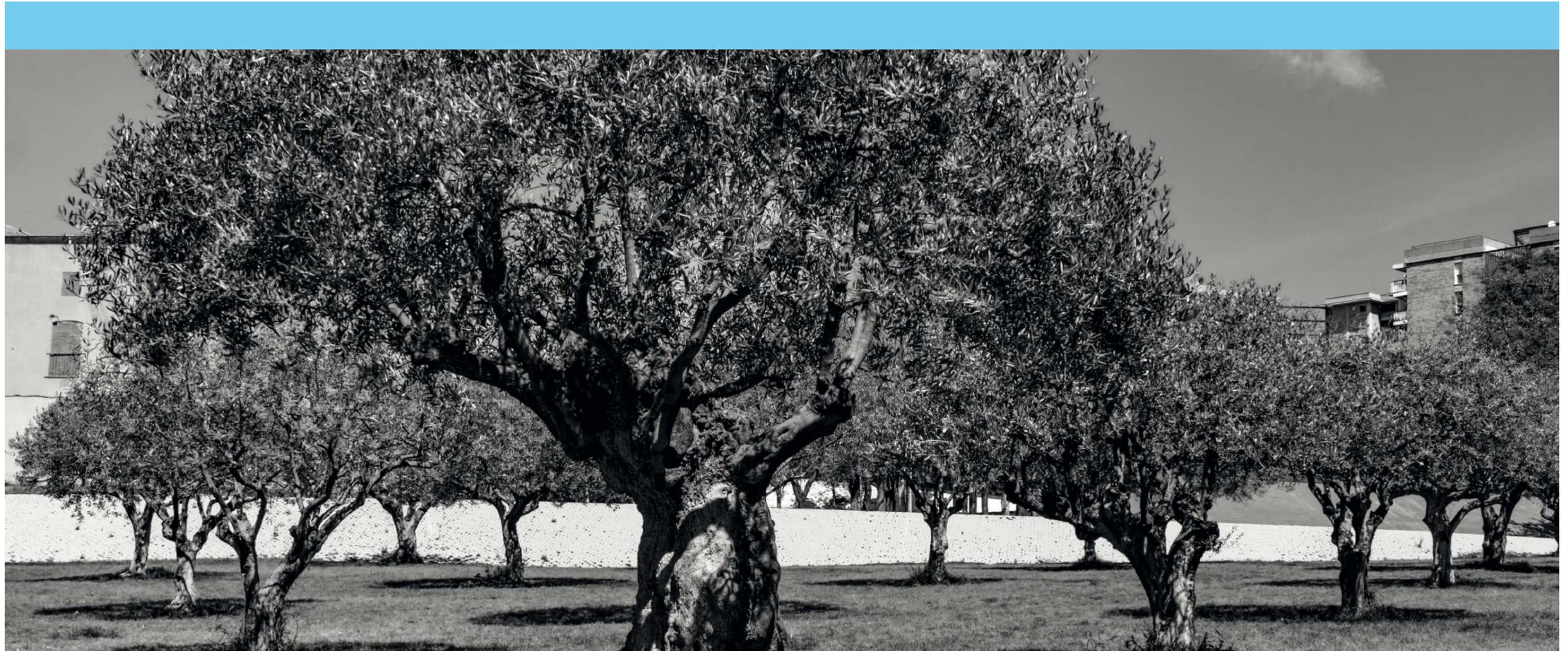
▶ **Marchesi, P.L. (2019)**.  
*Fragments de historia.*  
Informe sobre un generalato, 1976 - 1982,  
Archivo Hospitalario, nº 17. 48,49.

▶ **Plumed, C. (2010)**.  
*Aportación innovadora de la Orden Hospitalaria a la Psicología del Arte.*  
Archivo Hospitalario, nº 8, 287-344.

▶ **Sanchez, R. (1997)**.  
*La humanización del mundo y la deshumanización del arte.*  
Revista cuatrimestral de humanidades.  
Nº.13. 137-145.

▶ **Von Balthasar, H. U. (1992)**,  
*Gloria. Una estética teológica.*  
Editorial Encuentro. Madrid.

# 10/ Recursos



## Bibliografía elaborada por:

**Sonia Marín**, Biblioteca.

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

**Alicia Martín**, Biblioteca.

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

▶ **Allande Cussó, R., Navarro Navarro, C., & Porcel Gálvez, A. M. (2021).**  
*El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso.*  
Enfermería clínica, 31, S62–S67.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>

▶ **Alonso, J. P. (2013).**  
*Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida.*  
Ciència & Saude Coletiva, 18(9), 2541–2548.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900008>

▶ **Alonso, J.P. (2012).**  
*Contornos negociados del “buen morir”: la toma de decisiones médicas en el final de la vida.*  
Interface (Botucatu, Brazil), 16(40), 191–204.  
<https://doi.org/10.1590/s1414-32832012005000003>

▶ **Alonso-Ovies, Á., & Heras la Calle, G. (2020).**  
*Humanizing care reduces mortality in critically ill patients.*  
Medicina Intensiva, 44(2), 122–124.  
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.03.002>

▶ **Andrés Castel, N., Biota Pérez, M., Manteiga Pablo, A., Altarejos Salido, A., Muñoz Ruiz, A., & Becerril Ramírez, N. (2023).**  
*Humanización en cuidados intensivos: Una revisión integral de estrategias, prácticas y resultados en entornos de UCI para adultos.*  
Revista Sanitaria De Investigación, 4(12), 92.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9233469>

▶ **Ariza Olarte, C. (2018).**  
*Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria.*  
Enfermería Universitaria, 9(1).  
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2012.1.245>

▶ **Baeza Gómez, I., & Quispe Hoxsas, L. (2020).**  
*Proyecto “Humanizando los cuidados intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los cuidados intensivos.*  
Revista de Bioética y Derecho: Publicación del Máster en Bioética y Derecho, (48), 111–126.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7385728>

▶ **Bandrés Moya, Fernando. (2021).**  
*Tecnología y humanización de la asistencia sanitaria.*  
Fundación Emmanuel Mounier

▶ **Barcelos, I. C. S., Teixeira do Prado, A. C., de Moraes, S. M., Geraldo Mendonça, A., Oliveira, S. H., & Consolação dos Santos, R. (2022).**  
*Humanization in multidisciplinary care in times of a COVID-19 pandemic.*  
Saúde Coletiva, 12(79), 11211–11216.  
<https://10.36489/saucoletiva.2022v12i78p11205-11216>

▶ **Bermejo, J. C. (2022).**  
*Humanización y counselling: algunas cosas.*  
Sal Terrae.

▶ **Bermejo Higuera, J. C. (2003).**  
*Qué es humanizar la salud: por una asistencia sanitaria más humana.*  
San Pablo.

▶ **Boer Secanell, B. (2023).**  
*Definició i paper de la infermera-llevadora en la humanització al part: estudi de revisió.*  
Universitat de Barcelona.

▶ **Boladeras i Cucurella, M. (2015).**  
*Bioética del cuidar, ¿qué significa humanizar la asistencia?.*  
Tecnos.

▶ **Bosch, L., Rodríguez-Cañabate, G., Carmona-Delgado, I., & Castro, P. (2023).**  
*Factibilidad de implementación del diario como herramienta de humanización en una unidad de cuidados intensivos.*  
Metas de Enfermería, 26(8), 66–74.  
<https://10.35667/MetasEnf.0000.26.1003082162>

▶ **Butragueño Laiseca, L., González Martínez, F., Oikonomopoulou, N., Pérez Moreno, J., Toledo del Castillo, B., González Sánchez, M. I., & Rodríguez Fernández, R. (2016).**  
*Percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario. Importancia de la humanización de los hospitales infantiles.*  
Revista Chilena de pediatría, 87(5), 373–379.  
<https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.04.003>

▶ **Camps i Cervera, V. (2021).**  
*Tiempo de cuidados: otra forma de estar en el mundo.*  
Arpa.

▶ **Casaux-Huertas, A., Cabrejos-Castillo, J. E., Pascual-Aragonés, N., Pavón, M. M.-D., Carrera-Rodríguez, E. M., & Hernán-Gascueña, D. (2021).**  
*Impacto de la aplicación de medidas de humanización en unidades de hemodiálisis.*  
Enfermería Nefrológica, 24(3), 279–293.  
<https://doi.org/10.37551/S2254-28842021025>

Castañeda Valencia, C. R., Orozco Giraldo, M. J., & Rincón Mancera, G. P. (2015). "Empoderamiento", una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. *Hacia la promoción de la salud*, 20(1), 13–34. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.2>

Chernicharo, I. de M., de Freitas, F. D. da S., & Ferreira, M. de A. (2013). *Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização/ Humanization in nursing care: contribution to the discussion about the National Humanization Policy/ Humanización en la atención de enfermería: contribuciones al debate sobre la Política Nacional de Humanización*. *Revista brasileira de enfermagem*, 66(4), 564–.

Clark, L., & Watts, C. (2021). *The Journey of Humanizing Care for People With Disabilities*. *Qualitative Health Research*, 31(7), 1199–1208. <https://doi.org/10.1177/10497323211000334>

Collado Cabezas, R. M., & Calpe Damians, N. (2012). *Caso clínico: humanizar los cuidados para materno-filial en unidades de evitar la rotura del vínculo críticos*. *Nursing (edición española)*, 30(9), 54–57. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(12\)70143-7](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(12)70143-7)

Contreras-Martos, G., Quesada-Armenteros, M., Ila-García, A., & Ochando-García, A. (2023a). *Humanización percibida del cuidado enfermero por parte de los pacientes de una unidad hospitalaria de hemodiálisis*. *Enfermería Nefrológica*, 26(Extra 1), 63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9204695>

Contreras-Martos, G., Quesada-Armenteros, M., Ila-García, A., & Ochando-García, A. (2023b). *Percepción de los pacientes respecto a la humanización del cuidado enfermero en una unidad de hemodiálisis*. *Enfermería Nefrológica*, 26(4), 326–335. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842023031>

Coral Ibarra, C. (2008). *Humanización del cuidado de enfermería durante el parto*. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 11(1). <https://doi.org/10.31910/rudca.v11.n1.2008.601>

Correa, I., & Soares Albano, M. A. (2011). *Lectura de cuentos infantiles como estrategia de humanización en el cuidado del niño encamado en ambiente hospitalario*. *Investigación y educación en enfermería*, 29(3), 370–380.

Correa-Perez, L. (2018). *Humanización en la UCI desde una perspectiva antropológica: la percepción del cuerpo y la identidad del sujeto en los*

*pacientes en la unidad de cuidado intensivo*. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 18(3), 175–178. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2018.02.001>

Correa Zambrano, M. L. (2016). *La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado*. *Cuidarte*, 7(1), 1227–1231. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>

Cruz Riveros, C. (2020). *La naturaleza del cuidado humanizado*. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1), 21–32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7832467>

Cruz-Riveros, C., & Lay Lisboa, S. (2022). *Humanización del cuidado desde la perspectiva de niños-niñas y adolescentes hospitalizados: revisión integrativa*. *Ciencia y Enfermería*, 28. <https://doi.org/10.29393/ce28-34hccs20034>

De Oliveira, L. R., De Souza MacIel Ferreira, J. E., & Cavalcante, T. F. (2021). *Práticas do cuidado em saúde e enfermagem, ética, humanização e comunicação*. *Cultura de los Cuidados*, 25(60), 1–5. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.01>

*Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal*. (n.d.). *Revista de Enfermería Neurológica*.

<https://doi.org/10.37976/enfermeria.v9i1.103>

Elvira López, M. (2023). *Por un quirófano más humanizado: un reto para enfermería*. [Treball de fi d'estudis] Universitat de Barcelona.

Esquivel Garzón, N., Olivella, M., & Bastidas, C. (2022). *Conectarnos con la compasión para preservar el cuidado humanizado*. *Revista Latinoamericana De Bioética*, 22(2). 39–49. <https://doi.org/10.18359/rlbi.5339>

Esteban-Sepúlveda, S., Fabregas-Mitjans, M., Ordobas-Pages, L., Tutusaus-Arderiu, A., Andreica, L. E., & Leyva-Moral, J. M. (2022). *La experiencia de parto en un hospital de España: humanización versus tecnificación*. *Enfermería clínica*, 32, S14–S22. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.014>

Fernández-Silva, C.A., Mansilla-Cordeiro, E. D., Aravena Flores, A., Antiñirre Mansilla, B. & Garcés Saavedra, M. I. (2022). *Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería*. *Universidad Católica del Uruguay*. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2635>

Fraguas, D., Zarco, J., Balanzá-Martínez, V., Blázquez García, J. F., Borràs Murcia,

C., Cabrera, A., Carretero, J., Crespo, A., Díaz-Marsá, M., Gasul, V., González, M. A., Grande, I., Muela, C., de las Heras Liñero, E., Mayoral, F., Morales Cano, G., Pagés-Lluyot, J. R., Romo, J., Serrano Marín, B., Arango, C. (2021). *Humanización en los planes de salud mental en España*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.08.003>

García Férrez, J., Alarcos Martínez, F. J. (2002). *10 palabras clave en humanizar la salud*. Verbo Divino.

García Uribe, J. C. (2021). *La deconstrucción de la humanización: Hacia la dignificación del cuidado de la salud*. Cultura de los Cuidados, 25(60), 19-32. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.60.03>

García-Salido, A., Heras la Calle, G., & Serrano González, A. (2019). *Revisión narrativa sobre humanización en cuidados intensivos pediátricos: ¿dónde estamos?* Medicina Intensiva, 43(5), 290-298. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7108867>

Garzón, N. E., Olivella, M. y Victoria Bastidas, C. (2022). *Conectarnos con la compasión para preservar el cuidado humanizado: Una reflexión acerca del cuidado que brinda la enfermería*.

Revista Latinoamericana De Bioética, 22(2), 39-49. DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.5339>

Goberna Tricas, J. (2013). *Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. Universitat de Barcelona.

Goicoechea, I., & Lipari, V. (2013). *Salut i humanisme : experiència de formació en humanització de la salut per a professionals a Xile*. Annals de medicina, 96(4).

González Juárez, L., Flores Fernández, V., & Velandia Mora, A. L. (2009). *Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica*. Revista CONAMED, , No. 1, 2009, pags. 40-43, 14(1), 40-43.

Gualdrón, M., Barrera-Ortega, K. & Natalia Parra-González. (2019). *Percepción de la enseñanza en cuidado humanizado vs la práctica formativa por estudiantes de enfermería*. Aibi Revista de Investigación, Administración e Ingeniería, 7(S1), 7-12. <https://doi.org/10.15649/346030X.507>

Guimarães Mongiovi, V., de Cássia Cordeiro Bastos Leite dos Anjos, R., Holanda Soares, S.B.& Lago-Falcão, T.M. (2014). *Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva*. Revista Brasileira de Enfermagem, 67(2), 306-311. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140042>

Henao-Castaño, A., Vergara-Escobar, O., & Gómez-Ramírez, O. (2021). *Humanización de la atención en salud: Análisis del concepto*. Ciencia y Cuidado, 18(3), 74-85. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8041640>

Heras La Calle, G. (2023). *El cuidado de lo "invisible": la humanización de la atención sanitaria como marco de los cuidados emocionales en las unidades de cuidados intensivos*. En Macarena Gálvez (Ed.), *Manual de psicología en las unidades de cuidados intensivos (25-28)*. Pirámide

Heras La Calle, G. (2023). *La humanización de las unidades de cuidados intensivos de la utopía a la realidad a través de la investigación colaborativa multicéntrica*. [Tesis doctoral, Universidad Francisco de Vitoria]. Teseo. <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=oiubuRxNce0%3D>

Hernández Garre, J. M. & De Maya Sánchez, B. (2021). *«Anthropoarquitectura», «cosmolugares» y humanización del cuidado*. La construcción social del espacio clínico. Universidad Rey Juan Carlos. <https://doi.org/10.17502/mrcs.v9i2.484>

Antón Latour, M. A. (2019). *Calidad percibida por paciente y familia tras la implantación del proceso de humanización de cuidados en UCI Quirúrgica y satisfacción del personal*. RECIEN: Revista Electrónica Científica de Enfermería, 18, 13-14.

Lima, D., Ramalho, A., Pinheiro, K., Moreira, R., Sousa, L., & Rosado, F. (2021). *Humanização no cuidado em saúde mental: Compreensões dos enfermeiros*. SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas, 17(1), 58-65. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.164401>

López Ramiro, J. I., Ramírez, E., & Utrero Marín, V. (2023). *Humanización del cuidado de los pacientes pediátricos hospitalizados*. Conocimiento Enfermero, 6(22), 32-44. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9272998>

López-Lago Ortiz, L., Muñoz González, B., Rivero Jiménez, B., Conde Caballero, D., & Mariano Juárez, L. (2021). *Sexo, género y humanización de las tecnologías*

de cuidados para personas mayores. *Cultura de los Cuidados*, 25(61), 186-204. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.61.12>

▶ **Manjón, N. H. (2023).** *Noticia singular. Superbox, un paso más en la humanización de los cuidados.* *Metas de Enfermería*, 26(5), 33-35. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-221178>

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

▶ **Martín López, R., Polido Caloto, D., Muñoz López, B., & Marín Ramos, A. (2024).** *Humanización de los cuidados de la enfermería pediátrica con la realidad virtual.* *Enfermeir@s*, (42), 45-49. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=bee21b9d-e1f5-308b-b830-d26e7148a0ca>

▶ **Melita Rodríguez, A., Jara Concha, P., & Moreno Monsiváis, M. G. (2021).** *Percepción de pacientes hospitalizados en unidades médico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería.* *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 89-105. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8079707>

▶ **Milne-Ives, M., Shankar, R., Goodley, D., Lamb, K., Laugharne, R., Harding, T., & Meinert, E. (2022).** *Humanizing Health and Social Care Support for People With Intellectual and Developmental Disabilities: Protocol for a Scoping Review.* *JMIR Research Protocols*, 11(5), e31720. <https://doi.org/10.2196/31720>

▶ **Miró Bonet, M. (2007).** *Las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos asumen un rol fundamental en la humanización de los procesos de toma de decisiones al final de la vida.* *Enfermería clínica*, 17(1), 47-48. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(07\)71766-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(07)71766-7)

▶ **Moreno Fergusson, M. E. (2013).** *Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería.* *Aquichan*, 13(2), 146-147.

▶ **Moreno Montenegro, N., Lema Caisaguano, J., Granda Cueva, D., & Acosta Romo, M. F. (2023).** *Cuidado humanizado de enfermería para reducir el síndrome de estrés postraumático en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.* *Revista Criterios*, 30(2). <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=fc3812a7-6326-3bb3-8720-5ea63943a691>

▶ **Moro Gutiérrez, L., & González Fernández-Conde, M. (2022).** *La atención humanizada en el cuidado del paciente oncológico.* *Cultura de los Cuidados*, 26(64), 267-276. <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.64.22>

▶ **Mossière, G. (2023).** *La normalisation de la spiritualité dans le contexte de l'humanisation du soin.* *Ethnologie Française*, 53(1), 69-81. <https://doi.org/10.3917/ethn.231.0069>

▶ **Nydahl, P., Heras-La Calle, G., & McWilliams, D. (2024).** *Personalized rehabilitation: A step towards humanizing critical care.* *Intensive & Critical Care Nursing*, 82, 103634. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103634>

▶ **Ortega López, M. I., Morán Asencio, R. P., Oviedo Rodríguez, R., & Apolinario Olaya, E. V. (2023).** *Ejes del cuidado humanizado de enfermería en las unidades de cuidados intensivos.* *Polo del Conocimiento: Revista Científico - Profesional*, 8(12), 207-222. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9254957>

▶ **Oviedo, A. D., Delgado, I. A. V., & Licona, J. F. M. (2020).** *Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa.* *Escola Anna Nery revista de enfermagem*,

24(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0238>

▶ **Pabón-Ortíz, E. M., Mora-Cruz, J. V.-D., Castiblanco-Montañez, R. A., & Buitrago-Buitrago, C. Y. (2021).** *Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias.* *Ciencia y Cuidado*, 18(1), 94-104. <https://doi.org/10.22463/17949831.2512>

▶ **Pades Jiménez, A., Homar Amengual, C., Martín Perdiz, A., Ponsell Vicens, E., & Riquelme Agullo, I. (2009).** *Algo se está moviendo en los hospitales, ¿será quizás la humanización clínica?* *Cultura de Los Cuidados*, 25, 98-103. <https://doi.org/10.14198/cuid.2009.25.13>

▶ **Parada Rico, D. A. (2012).** *Humanización en el cuidado neonatal.* *Revista Ciencia y Cuidado*, 9(2), 71-80.

▶ **Perdomo Rubio, A., Hernández Zinzún, G., & Izquierdo Mora, D.R. (2017).** *Marco teórico para la humanización del proceso de trabajo en salud: Una propuesta de narrativas desde Jerome Bruner.* *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 2(2). <https://doi.org/10.22402/j.rdi.pycs.unam.2.2.2016.67.231-248>

▶ **Plumed Moreno, C. A. (2023).** *Re-humanización de la atención psiquiátrica.* iSanidad. Especial Salud Mental 2023: un recorrido a través de los ojos de sus protagonistas, 118-121.

▶ **Prieto Oreja, J., Márquez Moreno, R., Sánchez Oneto, Y., Ortega Cabanillas, V., Hurtado González, I & Durán García, A. (2017).** *Diseño, validación y fiabilidad de una "Encuesta de Satisfacción respecto a los cuidados de enfermería recibidos durante el ingreso hospitalario."* Archives of Nursing Research, 1(2).

▶ **Prieto Parra, G. I. (2018).** *Humanización del cuidado de Enfermería.* Enfermería Universitaria, 4(2). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2007.2.459>

▶ **Ramírez, E., López Ramiro, J. I., & Utrero Marín, V. (2023).** *Humanización del cuidado de los pacientes pediátricos hospitalizados.* Conocimiento Enfermero, 6(22), 32–44.

▶ **Regaira-Martínez, E., & García-Vivar, C. (2021).** *El proceso de información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa.* Enfermería intensiva, 32(1), 18–36. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.11.004>

▶ **Riba Bellera, L., Buendía Surroca, C., y Fabrellas i Padrès, N. (2008).** *Trío de damas. Reflexión sobre la humanización de los cuidados.* ROL. Revista Española de Enfermería, 31(1), 9-14.

▶ **Ribeiro Barbosa, N., Freitas Marques, J., Bastos Ferreira, C., & de Souza, C. M. (2013).** *Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: Enfoque na humanização.* Revista de pesquisa, cuidado é fundamental, 5(4), 743–754.

▶ **Rocha de Oliveira, L. (2021).** *Práticas asistenciales en salud y enfermería, ética, humanización y comunicación: Práticas do cuidado em saúde e enfermagem, ética, humanização e comunicação = Care practices in health and nursing, ethics, humanization and communication.* Cultura de Los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades. 60, 2–7. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.60.01>

▶ **Rodrigues, D. P., Da Silva, S. E. D., Dos Reis, L. C., Alves, V. H., Vieira, B. D. G., Branco, M. B. L. R., Silva, A. M. E., & Penna, L. H. G. (2022).** *Women's perception of labor and birth care: Obstacles to humanization.* Revista Brasileira De Enfermagem, 75 (Suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>

▶ **Rodríguez Ayllón, K., & Salazar Altamirano, Y. (2023).** *Humanización de cuidadores principales y profesionales en adultos mayores.* Conocimiento Enfermero, 6(22), 14–31.

▶ **Rodríguez Suárez, N., & Prieto Martínez, P. (2021).** *Rol del lenguaje en la humanización de la salud.* Revista de Bioética y Derecho, 52, 105–120. <https://doi.org/10.1344/rbd2021.52.35016>

▶ **Rodríguez-Artavia, A. (2023).** *Enfermería ante la (des)humanización, una responsabilidad inherente ante la ciencia del cuidado.* Ciencia y Cuidado, 20(1), 5-8. <https://doi.org/10.22463/17949831.3728>

▶ **Rodríguez-Gonzalo, A. (2010).** *Humanización del cuidado.* Enfermería clínica, 20(3), 209–210. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.02.004>

▶ **Rubiño Díaz, J. Á, Maqueda Palau, M., Rodrigo, P. A., Moreno Jiménez, M. C., Palou Oliver, M. A., & Gavala Arjona, J. M. (2023).** *La trascendencia de los cuidados invisibles.* Nure Investigación, (125), 1-11. <https://doi.org/10.58722/nure.20i125.2377>

▶ **Rubio Sanchiz, O., & Ventura Pascual, L. (2020).** *Limitación de soporte vital.*

Cuidados paliativos y final de vida en UCI. Universitat de Barcelona.

▶ **Ruiz Gutiérrez, A. M., & Solano Vélez, H. R. (2021).** *A propósito de los efectos ético-políticos sobre la vulnerabilidad: de la criminalización a la humanización.* Isegoría: Revista de Filosofía Moral y Política, 64, e06-. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2021.64.06>

▶ **Sánchez Alfaro, L. A., Carmona González, Y., Silva Pinilla, Y. V., Garzón Ortiz, L. F. y Medina Carrión, M. A. (2022).** *Significados de la humanización en cuidado crítico. Vivencias y acciones de profesionales sanitarios en Unidades de Cuidado Intensivo en Bogotá y Cartagena.* Revista de Bioética y Derecho, (56), 183-207. <https://doi.org/10.1344/rbd2022.56.38077>

▶ **Sanmartín Serrano, E., Ferrer Navarro, M., Moreno Zamora, L., de Lucas Castel, L., Perandones Cabello, M., & Gracia, M. T. (2023).** *Humanización de los cuidados enfermeros en patologías crónicas: Un enfoque centrado en el paciente.* Revista Sanitaria De Investigación, 4(6), 23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9217702>

▶ **Sanz-Osorio, M.T. (2023).** *Humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría: análisis desde la perspectiva de las personas con*

LH n.338

*experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales.*  
[Tesis doctoral, Universitat de Lleida].  
TDX.

<http://hdl.handle.net/10803/689836>.

▶ **Serradas, M. (2022).**

*Hacia la humanización de la atención de niños en hospitales.*

Revista Estudios Psicológicos, 2(4), 99-108.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8627413>

▶ **Solana López, I., Juez Martel, I., Martínez Moreno, E., De Zea Luque, C., Martín Fernández de Soignie, A. M., Sánchez Baños, N., & Guerra Martínez, J. A. (2022).**

*Humanización en la comunicación de malas noticias en el paciente oncológico y paliativo.*

Oncología, 32(3), 266-272.

<https://doi.org/10.33821/639>

▶ **Ullán, A. M., & Belver, M. H. (2019).**

*Humanización del hospital pediátrico: perspectiva psicosocial.*

Elsevier.

▶ **Valenzuela Anguita, M., Sanjuan-Quiles, Á, Ríos-Risquez, M. I., Valenzuela-Anguita, M. C., Juliá-Sanchis, R., & Montejano-Lozoya, R. (2019).**

*Humanization of healthcare at the emergency department: A qualitative analysis based on nurses' experiences.*

Revista de Enfermagem Referência, 4(23), 59-68.

<https://doi.org/10.12707/RIV19030>

▶ **Vega Ayasta, M. T., Díaz Manchay, R., Cervera Vallejos, M. F., Rodríguez Cruz, L. D., Tejada Muñoz, S., & Guerrero Quiroz, S. E. (2020).**

*Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: Aporte para la humanización en salud.*

Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades, (58), 44-55.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7705405>

▶ **Vergara Escobar, O. J., Henao Castaño, Á. M., & Gómez Ramírez, O. J. (2021).**

*Humanización de la atención en salud: análisis del concepto.*

Ciencia y Cuidado, 18(3), 74-85.

<https://doi.org/10.22463/17949831.2791>



# LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD Y SOCIAL  
[www.laborhospitalaria.com](http://www.laborhospitalaria.com)

