

La importancia de la dimensión espiritual en el proceso de sanación del enfermo

The importance of spiritual dimension in the process of healing the sick

Marcela Lobo Bustamante

Doctora en Teología

Universidad Católica de Lovaina (Bélgica)

wolftiere@gmail.com

Fecha de recepción: 23/04/2019

Fecha de aceptación: 20/06/2019

Como citar este artículo: M. LOBO. “La importancia de la dimensión espiritual en el proceso de sanación del enfermo” en *Palabra y Razón. Revista de Teología, Filosofía y Ciencias de la Religión* N°15, Julio 2019, pp. 9-21 <https://doi.org/10.29035/pyr.15.9>

Resumen: Este artículo cuestiona las evoluciones modernas de la medicina que la condujeron a eliminar la dimensión subjetiva del sujeto enfermo de sus representaciones, provocando así una separación radical entre cuerpo y espíritu, objetividad y subjetividad. Frente a esta situación, el artículo propone profundizar la importancia de la dimensión subjetiva y espiritual del paciente en el proceso de sanación.

Palabras claves: Espiritualidad, Salud, Cuidado, Personal de la salud, Subjetividad.

Abstract: This article questions the modern evolutions of medicine that led it to eliminate the subjective dimension of the sick subject of its representations, thus provoking a radical separation between body and spirit, know and truth, objectivity and subjectivity. Faced with this situation, the article proposes to deepen the importance of the subjective and spiritual dimension of the patient in the process of healing.

Key Words: Spirituality, Health, Care, Health personnel, Subjectivity.

«Auscultación, palpación, percusión...
 Los dos profesionales, uno al lado del otro,
 inician conversaciones en las que los riñones y los apéndices aparecen periódicamente.
 Y, de nuevo, a la cuestión de la vida o de la muerte se substituye
 la discusión sobre el riñón y el apéndice»
 (León Tolstoy, *La muerte de Ivan Illich*)

Michel Foucault en el Nacimiento de la clínica afirma que, para conocer la verdad del hecho patológico, el médico debe hacer abstracción del enfermo. Con esta afirmación, el filósofo francés nos introduce de lleno en la problemática que hemos querido trabajar en este artículo, a saber, la paradoja que encontramos en el seno del saber medical que relega la enfermedad del enfermo a la patología que este último padece, haciendo abstracción de la representación que él pueda tener de ella, eliminando así toda subjetividad posible en los protocolos y los cuidados que se le otorgan. Nos parece fundamental que dentro del hospital y de los tratamientos que se proponen al paciente enfermo, exista un lugar para “lo irreductible” de la enfermedad. Si bien en estas últimas décadas la medicina ha evolucionado para otorgar tratamientos de calidad, ella ha olvidado que el ser humano es irreductible y no se limita solo a la dimensión biológica de su existencia. La historia, la cultura y la espiritualidad son también parte constitutiva del ser humano lo que lo configura en un ser singular que resiste a todo tipo de discurso homogéneo y totalizante.

Lamentablemente en la actualidad encontramos muchos lugares donde se preconiza la homogeneización de la humanidad y donde paralelamente surgen las figuras de lo negativo, de lo *irreductible* en el sujeto humano, creando un espacio de resistencia a la estandarización exaltada y promovida en el seno de las sociedades capitalistas. Esta homogeneización se expresa, por un lado, a través del desarrollo tecnológico que reduce las personas a datos y, por otro lado, a través de la globalización que eliminando lo distinto, neutraliza “lo diferente”. Así lo describe Byung-Chul Han en su libro *La expulsión de lo distinto*: “Ese violento poder global que todo lo nivela reduciéndolo a igual y que exige un infierno de lo igual, genera una contrafuerza destructiva”¹.

Nosotros trabajaremos las figuras de lo negativo en el hospital por una razón bien concreta. Desde el año 2015 hemos venido desarrollando, en Bélgica, una reflexión sobre la asistencia espiritual al paciente con el objetivo de abrir un espacio a los cuestionamientos existenciales que surgen en la persona cuando ésta se encuentra frente a su enfermedad. Veremos cómo éstos la mayoría de las veces no son atendidos y tienden a quedar al margen dentro del sistema hospitalario ya sea por una decisión política o por un beneficio económico, dándole prioridad a la eficacia,

¹ Byung-Chul HAN. *La expulsión de lo distinto*. Herder: Barcelona, 2017, p. 23.

al rendimiento y la rentabilidad del cuidado. Lamentablemente con la modernidad, el hospital se transformó en un templo de alta tecnología medical, dotado de una plataforma técnica sofisticada y de una reglamentación estricta dejando atrás una concepción más humana de éste donde la acogida y la hospitalidad eran valores fundamentales².

Otro aspecto importante dentro de la marginalización de estos cuestionamientos existenciales en el enfermo es el temor al que se enfrentan muchos de los profesionales de la salud cuando se confrontan a la representación subjetiva de la enfermedad. Muchos de ellos experimentan miedo frente al sufrimiento del otro y a lo que esto conlleva, en el sentido de no saber cómo actuar o qué decir. Veremos también que, con la aparición de la medicina moderna a principios del siglo XIX, esta dimensión subjetiva, a saber, *singular, diferente, otra*, queda al margen, con el fin de objetivar el diagnóstico de la patología y facilitar la eficacia del método científico. Al objetivar la enfermedad, el rendimiento y los resultados en la epistemología de la ciencia experimental quedan garantizados. Frente a esta objetivación de la ciencia médica, la subjetividad del paciente queda relegada al soporte corporal de la enfermedad y el médico, en su propia subjetividad, es presionado a negar sus emociones y a desconfiar de la simpatía, es decir, de la disposición que él pueda tener con el paciente para compartir su sufrimiento³. Todo esto trae como consecuencia una disociación de la persona en dos entidades distintas, a saber, cuerpo y espíritu; además, se establece una distancia entre el saber del médico sobre la enfermedad del cuerpo y la verdad sobre él mismo, en el sentido más existencial, en la cual la enfermedad introduce al enfermo.

Una de las vías posibles para articular esta disociación entre, la visión objetiva de la enfermedad y la enfermedad comprendida desde el sujeto es la apertura a la *dimensión espiritual* en el seno del hospital. Dominique Jacquemin, teólogo belga, propone una definición de espiritualidad como el movimiento de la existencia del sujeto humano. Ésta hace que la vida humana sea una historia y un lugar de cambio constante. Para Jacquemin, este movimiento de la existencia está constituido por cuatro dimensiones en interacción continua: el cuerpo, la dimensión psíquica, la dimensión ética y la dimensión religioso-trascendente para algunos⁴. Es por eso, que cuando una de estas dimensiones se ve trastocada, las otras reaccionan afectando a la totalidad de la persona, cuestionando todo su ser.

² Cf. A.M. DOZOUL et L. PHAM QUANG. *Pour un hôpital du vivant. Altérité, enjeux formatifs*. L'Harmattan: Paris, 2018, p. 111.

³ Cf. S. MOKRANE, "Médecine et subjectivité. Conclusions personnelles" dans L. RAVEZ et Ch. TILMANS-CABAUX (éd), *La médecine autrement. Pour une éthique de la subjectivité médicale*. Presse Universitaires de Namur: Belgique, 2011, p. 319.

⁴ Cf. D. JACQUEMIN, "Entre éthique et spiritualité : le sujet soigné et soignant confronté à la souffrance" dans L. RAVEZ et Ch. TILMANS-CABIAUX (éds). *La médecine autrement. Pour une éthique de la subjectivité médicale.*, Presse Universitaires de Namur: Belgique, 2011, p.149.

Al introducir esta dimensión al interior del hospital, la persona enferma y los profesionales de la salud, viven una apertura y un desplazamiento en la comprensión del cuidado favoreciendo diferentes espacios donde la persona, desde su singularidad, puede significar la enfermedad que padece y el sufrimiento que ésta conlleva. El sufrimiento no solo se calcula en términos médicos. Éste puede también representar, para aquel que lo padece, un momento existencial que concierne la persona en su totalidad como lo hemos señalado más arriba : “Una reflexión fundamental de la enfermedad, como posibilidad de existencia, obligará al médico aprendiz a concentrarse no solo en el desarrollo filogenético del organismo, sino también a tomar en cuenta las correlaciones que se establecen, en el mundo del paciente, entre los acontecimientos bio-psíquicos y los significados que éstos puedan tener para este último”⁵.

Para alcanzar nuestro objetivo, hemos dividido nuestro trabajo en tres partes. En la primera parte presentaremos una breve descripción de la comprensión moderna de la medicina, y de cómo esta última “neutralizó” la singularidad del sujeto enfermo con el objetivo de hacer evolucionar la ciencia médica. En la segunda parte, mostraremos la importancia de integrar la singularidad propia de la persona enferma dentro del proceso de recuperación como una manera de integrar “lo humano” al interior de la comprensión médica de la enfermedad. Por último, hablaremos de cómo la introducción de la dimensión espiritual en la medicina y en el hospital puede provocar un cambio en la manera de entender la enfermedad, no sólo como una enfermedad del enfermo sino como un *momento crucial en la existencia* de la persona enferma más allá de su patología. La dimensión espiritual abre una puerta a la “alteridad” en el seno del hospital la cual viene a interrogar desde un “lugar-otro” aquellos discursos médicos que atribuyen un valor a la universalización de los cuidados obtenidos a través de la estandarización, la cuantificación, la especialización, etc.⁶. Desde su “lugar-otro”, la espiritualidad puede transformarse en un espacio donde las singularidades de los enfermos y de los profesionales de la salud puedan expresarse haciendo que la relación de cuidado se establezca entre dos subjetividades que se encuentran y se vinculan gracias a los cuestionamientos comunes acerca del sentido de la existencia.

1. La comprensión de la medicina moderna en el cuidado del paciente

Pasemos ahora a hablar sobre la historia de la medicina y de su evolución a lo largo del tiempo. Partamos hablando de los dos grandes periodos en los que se divide

⁵ R. CELIS. “Éthique et sagesse dans la pensée hippocratique” dans L. RAVEZ et Ch. TILMANS-CABIAUX (éd). *Le corps resitué*. Presses Universitaires de Namur: Belgique 2006, p. 126.

⁶ J.Ph. PIERON, D. VINOT, E. CHELLE (éd), *Les valeurs du soin*. Édition Seli Arslan: Paris, 2018, p. 21.

la medicina. El primer periodo surge y se confunde con aquel de la humanidad y dura hasta inicios del siglo XIX. El segundo data de ciento cincuenta años apenas ya que es en el siglo XIX donde encontramos los primeros fundamentos conceptuales de la medicina científica, la causa específica de la enfermedad, la racionalización científica del método anatómico-clínico y el método experimental que van a *depurar y despojar* el saber medical sagrado de la aspiración a una causalidad absoluta y conforme al sistema de valores en curso⁷.

Esto inaugura una nueva comprensión de la medicina donde el sufrimiento de las soledades singulares naufraga en la masa homogénea del viviente biológico, conllevando a una racionalización de la medicina y al triunfo del método anatómico-clínico. Este método consiste a vincular los signos del paisaje clínico y las lesiones constatadas *post mortem* codificadas por el discurso médico. En otras palabras, este método aporta un saber sobre el cuerpo que toma como modelo y por paradigma el cadáver⁸. Un cuerpo incompleto, sin alma, sin espíritu, sin lenguaje. Sin embargo, la utilización de este método fue el precio que había que pagar dentro de la evolución de la medicina.

Todo esto conduce a una especialización de los conocimientos médicos y acompaña el proceso de segmentación del cuerpo del paciente⁹. De esta manera, la medicina exilia la subjetividad y la intersubjetividad del cuidado haciendo que el discurso médico pierda contacto con el “drama imaginario, la determinación simbólica, la finalidad ética y el sufrimiento en la relación médico-paciente”¹⁰. Michel Foucault resume esta idea afirmando que la visión medica todopoderosa confía al poder medical el cuerpo del paciente abandonando este último al silencio¹¹. El dolor y el sufrimiento singular quedan atrás dando paso a una reducción de este último sólo a sus coordenadas neurofisiológicas¹². Como consecuencia, toda sensación particular sobre el dolor se pone entre paréntesis y “esta distancia” introducida por la persona enferma al interior del cuidado queda ocultada. Es más, para Canguilhem, la enfermedad se ubica en una posición prioritaria en relación al individuo enfermo¹³.

El hecho que la medicina moderna desconozca que el paciente es ante todo un ser de lenguaje, que narra su propio sufrimiento, hace que la medicina antigua quede relegada al mito y a la magia, olvidando que para ésta “aun cuando ella se reclamara

⁷ Cf. R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*. Flammarion: Paris, 2009, pp. 33-34.

⁸ Cf. R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire...*, p. 34.

⁹ Cf. J.Ph. PIERON, D. VINOT, E. CHELLE (éd). *Les valeurs du soin*, p. 21.

¹⁰ R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire...*, p. 35.

¹¹ Cf. J.Ph. PIERON, D. VINOT, E. CHELLE (éd). *Les valeurs du soin*, p. 21.

¹² R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire...*, p. 35.

¹³ Cf. J.Ph. PIERON, D. VINOT, E. CHELLE (éd). *Les valeurs du soin*, p. 21.

de una medicina materialista, por ejemplo con Galeno, nunca descuidó de incluir en la observación clínica, los sueños, los oráculos, las manifestaciones encontradas sobre el camino que conducían al sufrimiento del paciente, en pocas palabras *al decir* del paciente y no solo a *lo dicho* de la enfermedad¹⁴. Esto fue dejando de lado el imaginario del sufrimiento, por medio del cual los pacientes intentaban *decirse*. Fue así como la medicina moderna adquirió su racionalidad científica en perjuicio del valor ético y simbólico del discurso del sufrimiento y del cuidado.

Como consecuencia de esto, y, para hacer frente a la subjetividad del sufrimiento, aparecerán el psicoanálisis, la psicología y la espiritualidad que abrirán “un espacio” donde todo aquello que ha quedado silenciado por la medicina moderna, pueda decirse, expresarse, revelarse. Gracias a la aparición de estas corrientes, el enfermo pasará de ser un simple portavoz de los signos de su enfermedad a ser protagonista dentro de ésta¹⁵.

Para Canguilem este racionalismo científico de la medicina moderna no es razonable ya que olvida que el “acto médico-quirúrgico” no es sólo un acto científico, sino también un acto de confianza en el médico más que en su propia ciencia. Así, para nuestro autor, la enfermedad no es solo un problema fisiológico que hay que resolver; es sobre todo un sufrimiento que hay que consolar y acompañar¹⁶. Lamentablemente en la actualidad, la dimensión técnica de la profesión se vuelve preponderante olvidando toda reflexión antropológica de la práctica médica: “Nuestra medicina adopta una postura cada vez más técnica, escribe ya Lichthenthaler en 1959. Estamos en un descenso de una contribución teórica excepcionalmente fecunda que nos aportó, en un siglo, las patologías celulares y moleculares, la bacteriología y la inmunidad, el estudio científico de la constitución y la herencia, las hormonas y las vitaminas [...] Pero este maravilloso esfuerzo teórico no se renueva suficientemente, y las doctrinas recibidas se fijan y se transforman en dogmas. La dimensión técnica de nuestra profesión, ya en sí importante, tiende a transformarse en preponderante”¹⁷.

2. Racionalidad médica versus subjetividad de la persona enferma

Durante estos últimos años la atención global al paciente ha estado en el centro de la reflexión de las instituciones hospitalarias. Lo que muestra que dentro de ellas existe una gran preocupación por una visión holística de los cuidados otorgados a la persona enferma durante su estadía en el hospital. Una práctica que puede revelarse

¹⁴ R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire...*, p. 31.

¹⁵ Cf. R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire...*, p. 36.

¹⁶ G. CANGUILHEM cité par R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire...*, p. 41.

¹⁷ R. CELIS, “Éthique et sagesse dans la pensée hippocratique” dans L. RAVEZ et Ch. TILMANS-CABIAUX (éd). *Le corps resitué*, p. 128.

utópica e ilusoria porque, si bien existe un deseo “holístico” de la enfermedad, el sujeto enfermo, en su singularidad propia, escapa siempre al diagnóstico totalizante de la medicina. Como lo decía Henri Poincaré, filósofo francés: “un montón de piedras no hace jamás una casa”¹⁸.

La persona enferma experimenta, sueña, expresa una “enfermedad del enfermo” que se distingue radicalmente de la construcción médica de la enfermedad. Esta última objetiva el cuerpo del enfermo para poder auscultarlo, palparlo, medirlo, explorarlo modificando así todos los funcionamientos vitales para suspender o erradicar los efectos de una enfermedad. El enfermo se encuentra asistido por el cuerpo sanitario como objeto de cuidado al que se analiza a través de protocolos y estrategias terapéuticas. Así, el cuerpo queda expropiado del sujeto enfermo para poder conformarlo mejor al terreno sobre el cual la enfermedad debe ser combatida.

Sin embargo, la persona enferma al introducir su singularidad y su diferencia perturba todos los protocolos y las estrategias en los cuales la medicina lo encierra: “Este ser ‘aislado’, porque resiste a la observación de una individualidad que la generalizaría en un sistema ‘nosológico’, es inaccesible a la mirada científica; él se vuelve así un ser ‘invisible’. ¿Es por esto que esta invisibilidad debe ser abandonada por el cuidado? ¿Esta parte perdida, no será una parte que cuenta mucho más, quizás que esa que podemos dar cuenta a través de cálculos y protocolos?”¹⁹ Aun cuando estos protocolos sean eficaces, la enfermedad y la manera en cómo el enfermo la interpreta seguirá siendo insondable para el profesional de la salud que tiene la responsabilidad de esta asistencia. La subjetividad del enfermo transforma no solo la manera de concebir la enfermedad, sino que puede ser una llamada a los profesionales de la salud de lo que Grésin llama “el amor del médico”: “una calidad de presencia tal que ella solo pueda ser de corazón à corazón, en una dulzura de acogida sin esperar nada a cambio, que de estar disponible a la llamada de la dulzura de este otro que sufre, que sostiene y alienta su paciencia de soportar”²⁰. El hecho de comprender el cuidado desde el *agapé* implicará desarrollar ciertas capacidades que los miembros de los profesionales de la salud no están acostumbrados a poner en práctica ya que dentro de su formación han aprendido a tomar distancia de las emociones y de la empatía que implica el tomar en cuenta la subjetividad del paciente en el cuidado. Sin embargo, podemos decir que estas estas capacidades no se las da ni la formación ni la técnica. Ellas se aprenden a medida que ellos se vayan dejando interpelar por la persona que tienen en frente la cual se encuentra en una situación de crisis existencial dada su enfermedad.

¹⁸ R. CELIS. “Éthique et sagesse dans la pensée hippocratique”, p. 40.

¹⁹ V. J. GRÉSIN. “Une part perdue pour le soin ?” dans J.Ph. PIERON, D. VINOT, E. CHELLE (éd), *Les valeurs du soin*. Édition Seli Arslan: Paris, 2018, p. 127.

²⁰ V. J. GRÉSIN. “Une part perdue pour le soin ?”, p. 130.

Con respecto a la subjetividad del enfermo, la enfermedad se transforma en una ocasión que lo convoca a una relación consigo mismo hasta ahora desconocida, a la cual ni la cultura moderna ni la práctica medical lo habían preparado. Cualesquiera sean las informaciones y las explicaciones otorgadas por la racionalidad médica, el paciente, dentro de su imaginario, busca el error cometido del cual la enfermedad será la sanción o la expiación²¹. La soledad angustiada del enfermo, sus esperanzas, sus resentimientos no tardan en recordarle al médico que aun cuando él pueda hacer abstracción de este “resto” descartado, aislado del concepto médico, éste último volverá a parecer bajo el amparo de la ética, la psicología o la espiritualidad²². Esto se resiente aún más dentro de las sociedades occidentales donde los valores que se promueven son incompatibles con la fragilidad y la vulnerabilidad. El enfermo se considera como una “pérdida de bienes” para la sociedad. Nuestras sociedades occidentales evacuan así el dolor y el sufrimiento dando espacio, entre otras, a la corriente transhumanista que rechaza los límites biológicos de la humanidad y que promueve la concepción de un hombre nuevo, aumentado, gracias al poder invencible de la tecnología.

Al interior de este contexto, lo bueno y lo bello son considerados como los valores supremos que expresan de manera clara las prioridades de las sociedades de consumo. La ideología que se encuentra detrás de esta sobrevaloración de lo bueno y lo bello es aquella que promueve la erradicación de las enfermedades, del envejecimiento y, por qué no, de la muerte²³. En oposición a esta ideología, Canguilhem ya en 1943 en su libro *lo Normal y lo Patológico* considera que la enfermedad le da otro aspecto a la vida, ya que la enfermedad puede ser ocasión de una “vida nueva”²⁴. Sin embargo, la ideología y la tecnología médica moderna repudian el derecho al paciente a elaborar un mito o una novela sobre su enfermedad. La enfermedad pasa de ser un mal encuentro a una ocasión de cambio positivo en la vida del sujeto. La instancia de poder decir la enfermedad ofrece al paciente la ocasión de desarrollar y de volver a dar sentido al interior de su sufrimiento actual. Es por eso que este “decir” se vuelve revelador y creador²⁵.

3. El rol de la dimensión espiritual dentro de la inclusión de la subjetividad del enfermo en el cuidado

La enfermedad, al inmiscuirse, a menudo de manera abrupta, en la existencia, genera un cambio radical en el sujeto que la padece. Su comprensión de los otros, de

²¹ Cf. R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire*, p. 109.

²² Cf. R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire*, p. 108.

²³ Cf. R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire*, p. 52.

²⁴ R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire*, p. 53.

²⁵ R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire*, p. 55.

sí mismo y, para algunos, su comprensión de Dios se ve cuestionada y transformada. Los valores a los que hasta este momento el paciente adhería, se ven alterados y el sentido de su vida trastocado. Las preguntas por el sentido de la existencia se agudizan cuando la persona atraviesa la enfermedad, provocando un cambio radical en su vida. El enfermo pierde así los puntos de referencia que hasta ahora eran fundamentales para él.

Toda este trama se encuentra detrás del diálogo que se establece entre la persona enferma y profesional de la salud en el momento de los diagnósticos y las patologías que se deducen de éstos. Este dialogo puede transformarse en una ocasión para darle espacio a una dimensión espiritual que será beneficiaria para los dos actores implicados. Si la espiritualidad se comprende como movimiento y dinámica de vida, con la enfermedad este movimiento se interrumpe y la persona enferma pierde el equilibrio conduciéndola a una pérdida de sentido profundo. Este desequilibrio lo podemos agrupar en tres dominios²⁶

- 1) La estima que cada uno tiene de sí mismo
- 2) El control que cada uno ejerce habitualmente en su vida y en su desarrollo
- 3) Las visiones y las construcciones del mundo que cada a uno ha podido efectuar durante su existencia

Frente a este desconcierto, difícil de vivir, el profesional de la salud se siente desprovisto de las herramientas necesarias para detectar el sufrimiento y el desequilibrio que la enfermedad provoca en el paciente. Además, la mayor parte del tiempo estos estados son poco exteriorizados. Frente a esto, muchos miembros del personal de la salud permanecen en una aproximación defensiva dado que esta “alteridad”, representada por el paciente que sufre, los estremece y les hace perder el objetivo técnico de sus acciones.

Por eso, nos parece fundamental que existan herramientas, como la escucha, la presencia, la actitud de acogida que permitan al profesional de la salud hacer frente a esta singularidad enferma en lugar de recurrir al reflejo médico del diagnóstico que considera al paciente como invadido por una depresión. Desgraciadamente ellos no han sido formados para descifrar el sufrimiento que se expresa en palabras y a través de representaciones desconocidas. Es por que solicitan los servicios de un psicólogo o de un acompañante espiritual que puedan hacerse cargo de este sufrimiento²⁷.

²⁶ M. DELAGE et A. LEJEUNE. *Prendre soin et spiritualité. Une contribution au processus de Résilience*. Chronique Sociale: Lyon, 2018, p. 79.

²⁷ Cf. M. DELAGE et A. LEJEUNE. *Prendre soin et spiritualité...*, p. 81.

Según Jacquemin, el profesional de la salud no debe buscar lo espiritual en otro lugar, o como algo que excede al cuidado. Para él, es en el corazón mismo del compromiso profesional y de la medicina en cuanto tal, que esta dimensión se descubre y se legitima²⁸.

A veces el enfermo ni siquiera busca conocer necesariamente la causa de la enfermedad, ni tener una respuesta a sus por qué. La mayor parte del tiempo él espera simplemente de la parte del profesional de la salud que éste sea testigo de su recorrido, del esfuerzo de interpretación de su propia enfermedad y, en un sentido más general, de su propia existencia. Sin embargo, el riesgo más grande de la parte de los profesionales de la salud es de querer “satisfacer el vacío” negándose a escuchar un lenguaje segundo, limitándose a una relación de cuidado reparadora, dando a pensar que todo va a ser como antes.

Tal es el riesgo de una medicina reducida a su dimensión técnica objetivante que se esconde en los niveles de recuperación, de una medicina que se limita a la sola inmediatez cuando el tiempo es, para el enfermo, una dimensión constitutiva, sino de la recuperación, al menos de su recorrido existencial²⁹. Sostener espiritualmente al paciente requiere tiempo de la parte del profesional de la salud. El tiempo es un componente fundamental cuando se trata de la dimensión espiritual. Es importante invitar al paciente a hablar de él y de sus preocupaciones y de permanecer presente. Se trata sobre todo de permanecer presente a él y escuchar activamente lo que se dice o no. Los silencios son parte importante dentro de este diálogo. La escucha puede ser una ocasión para que el paciente narre su propia historia, contribuyendo a un establecimiento de sentido, que le permitirá al paciente restaurar un sentimiento de continuidad con su existencia a pesar de lo vivido.

No menos importante en la atención espiritual al paciente es el desafío de conjugar el tiempo de “hacer” con el tiempo de “estar con”. Muchos profesionales de la salud constatan esta dificultad ya que la mayoría de las veces estos últimos están sometidos al rendimiento técnico al cual deben responder evitando así cuestionarse sobre su práctica³⁰. Como consecuencia de esto, mucho son los profesionales que caen en una rutina conduciéndolos a un agotamiento laboral que puede tener consecuencias nefastas en la atención al paciente cuestionando el compromiso

²⁸ Cf. R. GORI et M.J. DEL VOLGO. *La santé totalitaire*, p. 55.

²⁹ Cf. D. JACQUEMIN. “Entre éthique et spiritualité : le sujet soigné et soignant confronté à la souffrance” dans L. RAVEZ et Ch. TILMANS-CABAUX (éds), *La médecine autrement. Pour une éthique de la subjectivité médicale*, Namur: Belgique, 2011, p. 160.

³⁰ Cf. A.M. DOZOUL et L. PHAM QUANG. *Pour un hôpital du vivant. Altérité, enjeux formatifs*. L'Harmattan: Paris, 2018, p. 111.

fundamental en la relación de su cuidado. Esto es lo que se refleja en el siguiente testimonio: “Yo pierdo cada vez más la motivación en mi profesión. El tiempo de escucha y de palabra es a menudo percibido como “periférico”, el “resto” ... uno siente a veces las ganas de quedarse un poco más de tiempo con el paciente que está ausente de intercambio”; “Uno se siente como dirigido por un control a distancia, todo va demasiado rápido, si uno se queda más tiempo en una pieza, el comentario no se hace esperar. Uno no es psicólogo, pero es necesario acompañar a los pacientes para comprender quienes son”³¹.

El equipo de profesionales de la salud al interior de cada unidad de cuidado es fundamental en la atención espiritual que requieren los pacientes ya que éste posee la capacidad de acompañar cada miembro del personal de la salud en su dialogo individual con el paciente. Esto permite que la palabra circule y que exista un espacio donde se puedan expresar los sentimientos de frustración en relación a los cuidados que ellos desearían aportar y las condiciones en las cuales ellos deben ejercer su profesión.

Otro aspecto importante dentro de la confrontación a la “espiritualidad del enfermo” es la apertura al “otro”, permitiendo al profesional de la salud de no cerrarse al intercambio fructífero que puede surgir en el dialogo de dos subjetividades que se encuentran. La alteridad puede provocar la destrucción de la barrera de la practica biomédical, generando espacios de humanización y de comprensión de la enfermedad distinto a lo que se conoce hasta ahora.

Así, lo espiritual demuestra que esta “diferencia”, este “resto” representa al sujeto enfermo frente a la objetividad del hospital. Esta singularidad expresa hasta qué punto el sufrimiento de la persona enferma se escapa de los protocolos. Por otro lado, el potencial subversivo de la espiritualidad (en el sentido profético) puede contribuir al cuestionamiento de una lógica de mercantilismo del cuidado cada vez más presente en los hospitales. La espiritualidad puede transformarse en una ocasión, tanto para el paciente como para el profesional de la salud, de denuncia frente a ciertas prácticas deshumanizantes en las cuales éstos se encuentran atrapados (conflicto de valores, etc.) En este sentido, la espiritualidad puede ser un motor de cambios no solo a nivel individual sino incluso a nivel institucional.

Un hospital que es capaz de abrir un espacio al “otro” como “ser irreductible”, es un hospital que no tiene miedo, que tiene el coraje de dar espacio a las preguntas que “nos molestan”. Dar cabida a las dudas, a la vulnerabilidad y a la fragilidad

³¹ A.M. DOZOUL et L. PHAM QUANG. *Pour un hôpital du vivant...*, p. 113.

del otro es abrir un espacio a lo negativo, a aquello que no se puede nombrar y que resiste a todo discurso. Es, desde un punto de vista teológico, dar lugar a la irrupción de una Alteridad que cuestiona toda verdad adquirida a propósito de lo humano y que la reposiciona al interior de un horizonte de sentido donde la ambigüedad de la vida (como dinámica de vida) es el punto de partida para toda verdad sobre lo humano.

4. Conclusión

A través de nuestra presentación, hemos querido mostrar la importancia de abordar las figuras de lo negativo, de lo irreductible al interior del hospital con el objetivo de humanizar las prácticas y los cuidados ofrecidos al paciente. Es importante señalar que hoy en día mucho son los hospitales que buscan darle un lugar a la subjetividad del enfermo con el objetivo de sanar un “ser” que es más que un montón de moléculas. Lo que se busca es la inclusión de la narración de la propia enfermedad, de la comprensión de ésta por el propio ser sufriente ya que muchas veces, aun cuando la medicina asista a un fracaso con sus métodos, ella puede ser también vista como una sanación del alma.

Sin embargo, como lo hemos señalado en la primera parte, la ciencia médica y su epistemología tuvieron que dejar atrás la dimensión subjetiva del enfermo para dar cabida a la evolución científica. El problema de esto es que la ciencia olvidó que la racionalidad no se reduce sólo a la objetivación de los fenómenos. Para Maurice Bellet, teólogo psicoanalista, la razón viva y crítica está atenta a lo “distanciado” a lo desconcertante, a aquello que pone en cuestión la cosa establecida. Es verdad en la ciencia. Es sobre todo verdad cuando se trata del hombre³².

Estar atento a la distanciado, a lo desconcertante, a lo irreductible es hacerse cargo de la enfermedad desde la subjetividad del enfermo como sujeto que sufre, que siente y que vive ésta última de manera particular. La enfermedad en lo absoluto no existe. Existen enfermedades, pero por sobre todo, existen enfermos en los que las enfermedades se encarnan, tomando cuerpos diferentes, historias particulares, las cuales no corresponden nunca del todo a las descripciones objetivas de las patologías³³. Este cuerpo, esta persona que existe y es, a través de su cuerpo, representa para el hospital el misterio que escapa a toda ciencia. Es desde aquí que la reflexión sobre la espiritualidad y el cuidado tiene sentido.

³² M. BELLET. *La chose la plus étrange*. Desclée de Brouwer: Paris, 1999, p. 2.

³³ L. RAVEZ et Ch. TILMANS-CABIAUX, “Introduction” dans L. RAVEZ et Ch. TILMANS-CABIAUX (éds). *La médecine autrement*, p. 7.

Por más que la medicina quiera encerrar la alteridad en los cuadros y en los protocolos habituales, ella no alcanza a hacer la experiencia de la enfermedad del otro ya que “lo que constituye la experiencia en un sentido enfático es la negatividad de lo distinto y la transformación”³⁴. La medicina no alcanza a percibir que la enfermedad puede ser una ocasión de vida para todos los actores que están implicados. El problema es que cuando todo se vuelve transparente, cuando ya no hay ni sombra ni claroscuro, ya no hay “otro”.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional.

³⁴ B.-Ch. HAN. *La expulsión de lo distinto*, p. 1.