



UNIREMINGTON®
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON
RES. 2461 MEN JUNIO 21 DE 1994

LITERATURA Y SALUD:

*vivir las humanidades,
narrar las ciencias médicas*

**Gerzon Yair Calle Álvarez
Delio David Arango Navarro**

Editores académicos



Literatura y salud:
vivir las humanidades,
narrar las ciencias médicas



Literatura y salud: vivir las humanidades, narrar las ciencias médicas

Gerzon Yair Calle Álvarez
Delio David Arango Navarro
Editores académicos

Calle Álvarez, Gerzon Yair

Literatura y salud: vivir las humanidades, narrar las ciencias médicas / Editor académico
Gerzon Yair Calle Álvarez, Delio David Arango Navarro.- 1.ª ed. - Medellín: Corporación
Universitaria Remington, 2025

236 p.; 16,5×23 cm

ISBN 978-628-96305-9-6 (Impreso); ISBN 978-628-96812-0-8 (Internet-PDF)

1. Medicina. 2. Terapias alternativas. 3. Obesidad - Colombia. 4. Nutrición - Colombia.
5. Maternidad. 6. Salud. I. Calle Álvarez, Gerzon Yair. II. Tít.

CDD: 610.1 / C157

Literatura y salud: vivir las humanidades, narrar las ciencias médicas

© Corporación Universitaria Remington

Primera edición, marzo 2025

ISBN 978-628-96305-9-6 (Impreso)

ISBN 978-628-96812-0-8 (Internet-PDF)

DOI: <https://doi.org/10.22209/9786289681208>

Editores académicos

Gerzon Yair Calle Álvarez - Delio David Arango Navarro

Adriana Patricia Bustamante Fernández. **Directora editorial**

Viviana Díaz. **Coordinadora de procesos editoriales**

Isabel Cristina Serna Salazar. **Editora de mesa**

Alfonso Tobón Botero. **Diseñador editorial**

Miguel Pineda Cupa. **Corrector de textos**

Fondo Editorial Remington

fondo.editorial@uniremington.edu.co

Calle 51 # 51-27, Edificio Uniremington

PBX: (604) 3221000, extensión 3505

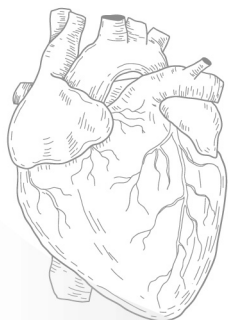
Medellín, Colombia

Nota legal

Las opiniones expresadas en el presente texto no representan la posición oficial o institucional de la Corporación Universitaria Remington. Las citas realizadas y la originalidad de la obra son responsabilidad de los autores; en consecuencia, la Corporación Universitaria Remington no será responsable ante terceros por el contenido técnico o ideológico expresado en el texto, ni asume responsabilidad alguna por las infracciones a las normas de propiedad intelectual.



Esta publicación se distribuye bajo una Licencia Creative Commons «BY-NC-SA 4.0»



contenido

Presentación	10
Capítulo 1	
Redescubriendo el entretreído de la medicina y la literatura	
<i>Gerzon Yair Calle Álvarez y Delio David Arango Navarro</i>	
Introducción	11
El mito fundacional: Asclepio.....	13
Los asomos de la racionalidad médica.....	16
El camino hacia la episteme.....	19
La perspectiva del enfermo para contar su historia.....	23
El médico como el actor principal	24
La enfermedad como punto de conexión de la narración	26
Los otros que viven la enfermedad desde afuera.....	27
Conclusiones.....	28
Referencias	29
Capítulo 2	
Muerte, sufrimiento y cuidado: una lectura a través de	
La muerte de Iván Illich	
<i>John Camilo García Uribe</i>	
Introducción	32
Metodología.....	34
Fragilidad y contingencia de la vida cotidiana.....	34
El diagnóstico de Iván: entre la certeza y la incertidumbre	39
El tratamiento y sufrimiento: la carga de una enfermedad	43
La mirada del otro y la mirada en el espejo: la enfermedad como reflejo	44
El morir y la angustia	46

Muerte, sufrimiento y cuidados	49
Conclusión.....	54
Referencias	55

Capítulo 3

Palabras que sanan: el impacto terapéutico de la lectura y de la creación de narrativas literarias

Maritza García-Toro y Stephen Fay

Introducción	57
La literatura como terapia.....	58
Los caminos de la sanación literaria	61
La imaginación infantil al rescate.....	63
La creación de narrativas literarias por personas con demencia: el poder terapéutico de la imaginación.....	68
Conclusiones.....	75
Referencias	77

Capítulo 4

Salud y enfermedad en la Biblia: una trama entre el pecado y la gracia desde una perspectiva teológica

Fernando Antonio Zapata Muriel y Gloria Cecilia Quintero García

Introducción: un atisbo a los conceptos <i>salud y enfermedad</i>	82
Salud y enfermedad en el Antiguo Testamento	85
En estas situaciones, ¿cómo aparece Dios? ¿Cuál es su rol?	91
Salud y enfermedad en el Nuevo Testamento.....	92
La posesión diabólica y el poder de Dios	95
Dios, el dador; el hombre desde la fe, el suplicante	96
Conclusiones.....	98
Referencias	99

Capítulo 5

El cuidado, la persona y la enfermedad: el caso de La escafandra y la mariposa

Aníbal Arteaga Noriega y John Camilo García Uribe

Introducción	101
Metodología.....	103
De ser escritor a ser paciente: el juego de roles de la enfermedad...	104
Observando el vuelo de la mariposa que quiere salir de la escafandra	108
Conclusiones.....	118
Referencias	119

Capítulo 6

El exceso de peso en Colombia: un acercamiento desde las tesis de la ilustración

Beatriz Elena Gil Gil

Introducción	121
¿Qué es la ilustración según Immanuel Kant?	126
Las tesis de Kant y la nutrición en Colombia.....	127
Alternativas de solución al problema: armonizando las tesis de Kant.....	135
Conclusiones.....	138
Referencias	139

Capítulo 7

Mujer y maternidad: hacia una hermenéutica de los conceptos

Héctor Mauricio Mazo Álvarez

Introducción	142
Una aproximación histórico-hermenéutica al concepto de maternidad: la tradición greco-latina.....	143
Consideraciones sobre la maternidad en la tradición judeo-cristiana.....	147
Modernidad y modernización del rol materno en el	

mundo contemporáneo	150
Conclusiones.....	158
Referencias	159

Capítulo 8

La discusión sobre la consciencia en el problema mente-cerebro

Yeison Guerrero y Juan Jacobo Agudelo Galeano

Introducción	164
Dualismo, monismo y consciencia.....	166
Estudios con pacientes.....	175
Correlaciones imagenológicas y electrofisiológicas	176
La evolución de la consciencia	177
El enigma de la consciencia colectiva	178
La consciencia como sensación de identidad y mismidad.....	179
Conclusiones.....	181
Referencias	182

Capítulo 9

Salud y enfermedad desde la filosofía

María Mercedes Villamil Gallego y Fernando Antonio Zapata Muriel

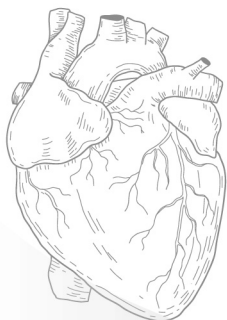
Introducción: un poco de historia	185
La enfermedad y sus implicaciones	188
Una mirada a Oriente.....	189
La medicina occidental.....	193
Sensaciones frente a la enfermedad	194
El papel de la sociedad.....	197
Ganancias adicionales de la enfermedad	198
¿Cuál camino seguir?	199
Conclusiones.....	202
Referencias	204

Capítulo 10

Enfermedad y pecado: una lectura desde la antropología médica de Pedro Laín Entralgo

Jonny Alexander García Echeverri y Juan Carlos Tobón Echeverri

Introducción	207
Enfermedad y pecado: consideraciones preliminares desde la obra de Pedro Laín Entralgo.....	209
Enfermedad y pecado en el Antiguo Testamento	212
Enfermedad y pecado en la antropología de Pedro Laín Entralgo.....	216
Conclusiones.....	221
Referencias	223
 Sobre los autores	 225



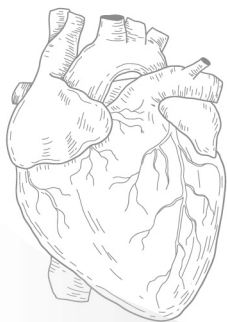
Presentación

Las relaciones entre la literatura y la medicina son diversas, y se han ido construyendo y fortaleciendo en el transcurso de la historia de la humanidad. Esta compilación tuvo el propósito de convocar a académicos de las humanidades y de las ciencias de la salud para que escribieran sobre sus perspectivas y comprensiones acerca de esas relaciones. Aunque en un primer momento se puede asumir como una tarea simple y evidente, en realidad implicó la identificación de esa relación por desarrollar, no solo para la comprensión de expertos, también para un público amplio interesado en aspectos históricos, sociales y culturales, que se logra establecer entre lo interpretativo y lo científico.

La obra se estructuró a partir de diversos pensamientos; sin embargo, cuando el lector se aproxime a ellos, hallará puntos de encuentro entre los autores y las ideas que reafirman el potencial de lo complementario entre la literatura y la medicina. Así, hay abordajes desde lo histórico, como el médico reflejado en el relato literario en diferentes épocas; desde lo cultural, como los roles de la enfermedad, la muerte, el pecado, el sufrimiento en la literatura; desde lo terapéutico, como el valor de la palabra; desde la nutrición, para superar la perspectiva de lo físico y entablar comunicación con el relato.

El libro es un aporte a la comprensión de la vida de una manera amplia, en el cual se reconoce al ser humano desde sus complejidades e interacciones con el entorno y consigo mismo. No es un producto terminado, pero se puede actuar para continuar ampliando las relaciones entre lo que se considera real con lo imaginado. Por ello, queda abierta la invitación para que los lectores se aproximen a la obra con la tranquilidad; en ella no encontrarán verdades absolutas o finales, podrán hablar con el texto, dejarlo de lado, retomarlo, criticarlo y, si es posible, llegar a tenerlo en un lugar especial de su memoria.

Gerzon Yair Calle Álvarez
Delio David Arango Navarro
Editores académicos



Capítulo 1

Redescubriendo el entretejido de la medicina y la literatura

Gerzon Yair Calle Álvarez y Delio David Arango Navarro

<https://doi.org/10.22209/9786289681208.C1>

Introducción

Los poemas, cuentos y novelas que abordan situaciones médicas han sido de interés para diversos tipos de lectores que no hacen parte de esa lógica, porque permiten acercarlos a otras comprensiones del mundo sanitario. Esos temas, que pueden ser distantes y complejos, adquieren características espaciales y temporales que conectan al lector con otras realidades que, aunque lejanas, se tornan cercanas y adquieren sentido en un ahora. La salud es y será una preocupación de la humanidad, y la literatura tiene el valor de ponerla en un primer plano. Baños y Guardiola (2015) afirman que la relación bidireccional de la literatura y la medicina es de larga tradición, debido a que la profesión médica es de difícil comprensión solo desde la perspectiva científica. Tal vez esto explique por qué lo que se pone en juego en el acto médico no es una variable, un compuesto o un concepto, sino un estado de salud o de enfermedad con toda la carga emotiva y existencial que ambos estados implican. Estas cuestiones trascendentales de la medicina serán abordadas reiteradamente a lo largo del texto.

Por otro lado, está la postura del escritor que busca reflejar experiencias internas o externas desde la obra. Se reconocen médicos que han sido escritores, escritores médicos o médicos escritores, que desde sus comprensiones de lo que ocurre a sus pacientes, en la enfermedad o en la vivencia de la salud, han logrado materializar narraciones que tienen la capacidad de traspasar las fronteras del tiempo y el espacio.

Algunos de esos médicos escritores son Antón Chéjov (1860-1904), William Carlos Williams (1883-1963), François Rabelais (1483-1553), Arthur Schnitzler (1862-1931), Pío Baroja (1872-1956), Gregorio Maraón (1887-1960), Mariano Azuela (1873-1952), Arthur Conan Doyle (1859-1930), Alfonso Bonilla Naar (1916-1978), Juan Zapata Olivella (1927-2008), solo por mencionar algunos.

Entonces, ¿a qué se debe el interés de las personas por leer temas de salud, y de algunos médicos y científicos por escribir sobre este tópico? La respuesta estaría en lo humano: es una oportunidad para comprender la humanidad, es una forma de conectar a las personas de diferentes clases sociales, lugares, tiempos, culturas, con algo tan humano como es la enfermedad y la salud. Su complementariedad puede generar momentos de tragedia y alegría, que pueden ser comprendidos por los seres humanos.

La relación entre la medicina y la literatura se ha nutrido de las diferentes concepciones que ha tenido la medicina a lo largo de la historia de la humanidad. Como veremos más adelante, los inicios del saber médico se hallan en el ámbito de lo mágico-religioso, pasa más tarde por la alquimia y lo esotérico, y llega hasta la esfera de la ciencia. Constatamos así los momentos de desarrollo de la medicina y el papel del médico en la sociedad. Ahora que la medicina ha llegado a convertirse en ciencia, los temas de salud han tomado un tinte más riguroso, más epistémico y, sin embargo, sigue siendo una cuestión de interés más allá de la aplicación del método científico, pues los continuos retos que plantea el cuerpo humano, su complejidad, sus misterios, el surgimiento de nuevas enfermedades, los conflictos éticos inevitables, todo ello escapa a la mera racionalidad científica. Esta dinámica, en fin, lleva la medicina a los terrenos de la filosofía, de la estética, del arte y de la espiritualidad.

El presente capítulo parte de las lecturas de poemas, cuentos y novelas que han abordado el tema de la medicina como eje central o como complemento de la historia. Para ello, se hizo un rastreo de algunos textos emblemáticos de la historia de la literatura universal: el *Poema de Gilgamesh*, que tiene una invaluable referencia a la inmortalidad, o la *Ilíada*, que relata la peste desatada por Apolo, dios asociado a la

medicina. Más adelante se retoman textos de la tradición oral medieval, en específico de *Las mil y una noches* y de los cuentos tradicionales recogidos por los hermanos Grimm. Textos como *El anatomista*, de Andahazi, y *Opus nigrum*, de Marguerite Yourcenar, aunque son textos de la literatura reciente, abordan la temática médica en un ámbito medieval, así como *Del amor y otros demonios*, de Gabriel García Márquez, quien a la par del drama amoroso toca el tema de las disputas entre la medicina anclada a la experiencia de fe y una medicina pragmática con sustento científico desarrollada en los nosocomios. Así, el capítulo desarrolla las relaciones entre literatura y medicina desde cuatro perspectivas: (1) la experiencia del paciente se lee a través de obras como *¿Por qué a mí?*, de Piassa Polizzi, o *El paciente: una visión de la medicina clínica*, de Lifshitz; (2) desde el punto de vista del médico, está la obra *El pabellón número 6*, de Chéjov; *Réquiem por Nagasaki: una historia de Takashi Nagai, converso y superviviente de la bomba atómica*, de Glynn, y *La ciudadela*, de Cronin; (3) desde la enfermedad misma, se cuenta con obras como *Ensayo sobre la ceguera*, de Saramago; *La peste*, de Camus; uno de los relatos de *El Decamerón*, de Boccaccio, y *Soy leyenda*, el libro más reciente de Matheson; (4) desde el espectador de la enfermedad, entran en juego relatos como *Delirio*, de Restrepo; *Ana Karenina*, de Tolstói, y *El rastro de tu sangre en la nieve*, de García Márquez.

En fin, no se trata de agotar el tema y el análisis, pero sí de aportar a la comprensión de la relación medicina-literatura, a fin de mostrar posibilidades de lectura que provoquen el interés del lector por un asunto de alto valor literario y social.

El mito fundacional: Asclepio

El *Poema de Gilgamesh*, tal vez la más antigua leyenda escrita (data aproximadamente del año 2500 a. C.), narra el viaje épico del protagonista que busca el secreto de la eterna juventud para devolverle la vida a su amigo Enkidu, quien había sido asesinado por los dioses. Gilgamesh logra encontrar una planta que posee dotes de inmortalidad, pero le es robada por una serpiente —animal asociado a la inmortalidad— y así deberá renunciar a su deseo de revivir al amigo muerto.

Esta primera obra literaria plantea el dilema de la mortalidad humana en contraste con la inmortalidad (que es privilegio de los dioses). Se trata de una prerrogativa que los hombres han deseado disfrutar y cuyo secreto pasa de los dioses a un grupo de escogidos que fungen a la vez como místicos y como sanadores.

Asimismo, la tradición grecolatina reconoce en la práctica médica un ejercicio signado por la divinidad, algo propio del ámbito de lo sagrado, pues son los dioses los que tienen el poder de dar y quitar la vida, de proporcionar o quitar la salud. Ese poder se ejerce por la mediación de una suerte de sacerdote, de intermediario con la divinidad: el médico.

En el caso de la mitología griega, Apolo es un dios privilegiadamente asociado a la racionalidad y la salud —y al combate, claro está (Jünger, 2006, p. 51)—; sus flechas podían llevar la enfermedad y la peste a los hombres o podían alejarlas. El relato de Homero es un ejemplo clásico. La *Iliada* narra cómo Apolo (*el que hiere de lejos*) dispara sus flechas nefastas y se desata la peste en el campamento griego para castigar la soberbia del rey Agamenón:

El hijo de Leto y de Zeus airado con el rey, suscitó en el ejército maligna peste, y los hombres perecían por el ultraje que el Atrida infiriera al sacerdote Crises. (...) [Apolo] irritado en su corazón, descendió de las cumbres del Olimpo con el arco y el cerrado carcaj en los hombros; las saetas resonaron sobre la espalda del enojado dios, cuando comenzó a moverse. Iba parecido a la noche. Sentóse lejos de las naves, tiró una flecha y el arco de plata dio un terrible chasquido. Al principio el dios disparaba contra los mulos y los ágiles perros; mas luego dirigió sus amargas saetas a los hombres, y continuamente ardían muchas piras de cadáveres. (Homero, 2015, canto 1)

Si bien, como señalamos más arriba, Apolo suele asociarse a las artes, a la música, a la medicina, también es cierto que, como cualquier divinidad, tiene el poder de dar vida y de quitarla; de dar la salud y de infligir dolencias o una muerte dolorosa si así es su deseo. Es importante no perder de vista este carácter dicotómico de la divinidad porque veremos más adelante que el médico, receptáculo privilegiado de esos poderes, también está en condiciones de sanar y de provocar la muerte. Ese poder

pasará a su hijo Asclepio (el mismo que en la tradición latina se denomina Esculapio), quien reunirá tanto los privilegios para el combate como los dones para la curación, condición contradictoria que comparte con su padre Apolo.

Asclepio es hijo de Apolo y de una mortal llamada Coronis, que se casó con su prometido estando embarazada del dios. La divinidad —en un raptó de ira por su honor herido— mató al amante, mientras su hermana, la diosa Artemisa, le dio muerte a Coronis. Tras la trágica muerte de la madre, Apolo dejó el niño al cuidado del centauro Quirón, célebre por haber sido el maestro de Aquiles y de una larga lista de héroes y de personajes. Este centauro, hábil en múltiples saberes, formó al joven Asclepio en las artes bélicas y también en la música, la poesía, la medicina, la cirugía, en fin, le proporcionó un vasto saber en múltiples disciplinas que conjugó en sus labores como curador (Sanz Morales, 2011).

El poder y la fama de Asclepio llevaron a la aparición de múltiples templos a lo largo y ancho del mundo griego, lugares de culto religioso y al mismo tiempo con una clara vocación terapéutica, ubicados en sitios sagrados y asociados con la salud (sitios circundados por bosques y arroyos). Esta es una característica que conservarán los hospitales occidentales en sus múltiples formas históricas, es decir, espacios para la recuperación de la salud física y espiritual, rodeados de una atmósfera de sacralidad; en últimas, templos dedicados a la salud.

En este punto resulta pertinente mencionar el símbolo asociado tradicionalmente a Asclepio y a la medicina occidental. Nos referimos al caduceo, la vara en la que se enrosca la serpiente; este signo recoge la imagen del báculo (la vara que guía, que pastorea, que concita las fuerzas naturales y sobrenaturales, que puede sanar y enfermar, que da vida y que puede dar muerte). Por su parte, la serpiente «es el símbolo universal de lo sobrenatural en la prehistoria y en el ámbito de la mitología griega simboliza la adivinación, la prudencia, la regeneración y la curación» (Rillo, 2008).

Según las tradiciones míticas, Asclepio tenía el poder de devolver la vida (Graves, 1985, p. 104) y esta circunstancia se asociaba a su muerte,

pues, al parecer, Zeus lo mató a instancias de su hermano Hades, que estaba celoso y preocupado por este desmesurado poder del hijo de Apolo que rompía con el orden establecido (Sociedad Argentina de Cardiología [SAC], 2016). Finalmente, cabe señalar que la progenie de Asclepio heredó estas virtudes sanadoras: Panacea (el tratamiento), Higea (la prevención), Macaón y Podalirio (médicos héroes y protectores de cirujanos y médicos) (SAC, 2016).

En conclusión, la medicina occidental tiene un claro origen asociado a la sacralidad. El médico es un mediador entre el mundo perfecto de la divinidad y el mundo humano, es un elegido, preside un culto en el que accede a la salud divina y la puede comunicar a los mortales. Dicho poder le obliga a cultivar una amplia erudición y le exige un estudio permanente de las artes humanas y de las divinas. Este nimbo sagrado acompañará el ejercicio médico a lo largo de los siglos.

Los asomos de la racionalidad médica

Ha quedado claro, pues, que la medicina nace en el mundo de lo sagrado, pero también hay que indicar que muy pronto la medicina griega (y la romana seguiría esos mismos pasos) empezó a desarrollar una episteme que incorporó la observación, el análisis, el estudio del cuerpo y del medioambiente. Así, Hipócrates empezó a separar la magia de la medicina y desarrolló un método para el ejercicio médico; Herófilo hizo aportes a la anatomía; Erasístrato y Galeno ayudaron a la fisiología y los árabes rescataron esa tradición médica griega (Jaramillo, 2001). En la literatura, por ejemplo, la figura del médico muestra ese doble carácter entre la episteme y la espiritualidad, esa dicotomía entre el saber racional y el místico.

Un relato medieval que muestra esta dualidad lo encontramos en *Las mil y una noches*, en el cuento «Historia del rey de los griegos y del médico Dubán», el cual narra la historia de un rey enfermo de lepra (no hay que perder de vista que la enfermedad está asociada al castigo divino, a la maldición) que no había logrado sanar pese a que «médicos y sabios habían intentado curarle con todo tipo de remedios» (*Las mil y una noches*, 2021, p. 87). En estas circunstancias llega a la ciudad el médico Dubán, quien

había leído los libros griegos, persas, turcos, árabes, latinos, siríacos y judíos y dominaba las diversas ciencias que dichas obras contenían, así como los principios superiores sobre los que se edificaban y las aplicaciones prácticas que podían derivarse de las mismas. Conocía las propiedades de las plantas y las hierbas, tanto las perjudiciales como las benéficas. Había aprendido también filosofía, sabiduría que está por encima de los demás saberes. (*Las mil y una noches*, 2021, p. 87)

El fragmento resulta revelador del talante médico. Dubán se aproxima a la idea de sabiduría que en su momento exaltaría el Renacimiento, el *homo universalis*, el sabio que tiene conocimiento tanto de la *epistēmē* como de la *tékhne*, es decir, que domina la teoría y la práctica, que ha dedicado su vida a la búsqueda del conocimiento, que ha ampliado los horizontes teóricos de su saber, que ha perfeccionado sus métodos y que ha bebido de las más autorizadas fuentes —no perdamos de vista que desde sus inicios en el mito de Asclepio, el médico representa la erudición, el saber profundo que le permite mantener la salud y restablecerla cuando ella se quebranta—.

Este médico sabio le propone al rey una terapéutica que se explica en el texto en detalle, pero que ni el rey ni los demás testigos de la curación conocen. Así, la sanación adquiere visos mágicos; lo único que Dubán le dice al rey es que «te curaré sin tocarte» (*Las mil y una noches*, 2021, p. 88). El secreto o el lenguaje hermético inaccesible para los no iniciados en el arte de la medicina concede al médico poder sobre el paciente y produce al tiempo esperanza y miedo. Esto se hace evidente en el desenlace de la historia. El rey, complacido por su curación, colma al médico de riquezas y favores; pero un personaje cercano al rey, envidioso del éxito y la fortuna del médico, siembra en el rey la duda y lo convence de que mate al médico. El rey decide asesinar a su sanador con este paradójico argumento: «un hombre que me ha curado con sólo decirme que empuñe un instrumento salido de sus manos, puede llevarme a la muerte únicamente con oler un perfume cualquiera» (*Las mil y una noches*, 2021, p. 95).

Efectivamente, el médico es condenado a morir decapitado, pero le pide al rey licencia para ir a su casa y traerle un obsequio: un libro que encierra importantes secretos. Uno de ellos es que tendrá el poder de hacer

hablar la cabeza del médico, incluso después de haberlo decapitado. El rey, tentado por ese poder, accede y, tal como se lo indicó el médico, intentó abrir el libro tan pronto le cortaron la cabeza a Dubán, pero las hojas del texto estaban apelmazadas y el rey se tuvo que humedecer los dedos para pasar las hojas. Impregnadas de un veneno mortal, le dieron muerte al rey (este mismo recurso lo usará luego Umberto Eco en *El nombre de la rosa*).

Así pues, el médico conoce los secretos del cuerpo; sabe cómo conservar la salud y cómo vencer la enfermedad; ostenta un vasto conocimiento de las propiedades curativas ocultas en la naturaleza; puede preparar remedios eficaces, y puede, asimismo, enfermar y matar. Dispensa la vida y la muerte a voluntad... ¿No es esa una condición suficiente para ponerlo en un plano cercano a la divinidad?

Un relato que encierra similitudes con el cuento del médico Dubán hace parte de la tradición oral occidental recogida por Jacob y Wilhelm Grimm, que se titula «La muerte madrina». En este curioso cuento, un campesino pobre sale a buscar padrino para su hijo recién nacido. Se encuentra con Dios y con el diablo y rechaza a ambos por considerarlos injustos y arbitrarios en su manera de dispensar el bien y el mal. Así, el padre opta por escoger a la muerte como madrina de su hijo. Como es tradicional, la madrina hace un regalo especial a su ahijado:

Voy a darte ahora mi regalo de madrina: te haré un médico famoso. Cuando te llamen a visitar un enfermo, me encontrarás siempre al lado de su cama. Si estoy a la cabecera, podrás asegurar que le curarás; le darás esta hierba y se pondrá bueno. Pero si me ves a los pies de la cama, el enfermo me pertenecerá y tú dirás que no tiene remedio y que ningún médico le podrá salvar. No des a ningún enfermo la hierba contra mi voluntad, porque lo pagarías caro. (Grimm y Grimm, 2003, p. 208)

Aquí destacamos tres asuntos en este relato. El primero de ellos es la asociación de la medicina con la muerte. En este cuento, la muerte, en tanto personaje, encierra no solo el poder de quitar la vida, sino también de cómo conservarla. La muerte sabe por qué mueren los seres humanos

y, claro está, sabe cómo evitarse ella misma. Ese saber se lo concede al médico como un privilegio que lo pondrá por encima de los demás.

El segundo detalle significativo del relato es que solo el médico conoce ese secreto y, cuando empieza a ejercer su oficio, su fama se extiende por el mundo, su sabiduría deja perplejos a todos y sus pacientes acuden esperanzados en su diagnóstico infalible. Sin embargo, ese saber es hermético y, claro está, un poder tan grande y tan inexplicable convierte al médico en un personaje al mismo tiempo amado y odiado, pues la vida y la muerte parecen depender de su sola voluntad.

El tercer aspecto tiene que ver con el trágico fin del personaje, quien usa mal el don que ha recibido, ya que, contra la voluntad de su madrina, curó al rey y luego, pese a las severas advertencias de la muerte, curó a la hija del rey prendado de su belleza y de la esperanza de casarse con ella. Esta segunda trasgresión la pagó con su vida. El cuento deja claro que el saber médico tiene límites, que está sometido a unas condiciones impuestas por la divinidad, por la ética, por la comunidad médica, por las leyes o por la naturaleza misma de la medicina. No en vano, todo médico debe cumplir con el ritual hipocrático que constriñe su quehacer dentro unos límites claramente establecidos. La historia de la medicina mostrará que estas fronteras no siempre están definidas y que el ejercicio médico resulta fácilmente un acto de trasgresión.

El camino hacia la episteme

Habíamos señalado más arriba que la medicina griega había tomado el camino de la episteme y que las aportaciones de Hipócrates, por ejemplo, daban cuenta de una racionalización del saber médico que se empieza a alejar del ámbito mágico-religioso. Luego, en la tradición latina, Galeno y en general la medicina romana continuarán por el sendero de la ciencia, pero este impulso cientificista será refrenado por el advenimiento del cristianismo como religión oficial, así como por el posterior empoderamiento de la doctrina cristiana como criterio de verdad.

El Medioevo fue entonces un período difícil para el ejercicio médico por el excesivo peso de la religión, pues se intentó regresar el saber médico a los límites de lo sagrado y esto arrojó una mirada desconfiada sobre

cualquier práctica que violentara las creencias religiosas, por más bienintencionada que esta fuera. Entonces, la disección fue prohibida (el cuerpo es receptáculo del alma); la mitigación del dolor rompía con la voluntad divina (aquello de parir con dolor consagrado en el Génesis); la experimentación no era un saber digno; la cirugía era oficio de barberos y curanderos... No obstante este clima adverso, el saber médico desafió los peligros que comportaba la práctica y logró avances importantes que fructificaron luego en ciencia médica.

La literatura se ha ocupado extensamente de este período histórico y los textos relacionados con el saber médico no escasean. Solo por mencionar algunos, tenemos *El anatomista* (Andahazi, 2003) y *Opus nigrum* (Yourcenar, 1994). De esta segunda obra cabe resaltar la figura de su protagonista, el médico Zenón, quien tendrá que enfrentar un juicio acusado de múltiples cargos asociados con sus actividades médicas, pero que estaban cargados de un evidente tinte religioso y político: herejía, brujería, nigromancia, ateísmo y hasta sodomía (por el contacto con discípulos a los que formaba en el saber médico y filosófico). La lectura de la novela de Yourcenar deja traslucir que lo que subyace a estas acusaciones es más bien el miedo que despierta una sabiduría que parece escaparse a las explicaciones místicas y un afán de control sobre el saber —el conocimiento médico en este caso— por parte de quienes ostentan el poder.

La vida de Zenón transcurre en la Europa de finales del siglo xv e inicios del xvi, y pese a que ya despunta la Modernidad, el pensamiento medieval es aún muy fuerte y el cristianismo aún tiene mucho qué decir respecto al conocimiento. En la figura de este médico se reúnen muchas de esas características que distinguen al médico: una amplia formación humanista; un extenso conocimiento; un espíritu inquieto por el conocimiento científico; el sentido práctico; el amor por la alquimia (una forma de experimentación que fácilmente era asociada con la brujería en aquel entonces); la dedicación absoluta a la profesión; una gran filantropía acompañada a la vez de un extrañamiento que lo alejaba de la cotidianidad... Sea como sea, este médico arquetípico no resultaba indiferente para nadie. Era a la vez una figura pública y un científico abscondito que, como muchos médicos célebres, despertaba envidia y

desconfianza. Este fragmento ilustra las razones que hacían polémica la figura de Zenón:

Sus amistades eran inquietantes: sus compañeros favoritos, por aquel entonces, eran el barbero Jean Myers, hombre hábil y sin igual para sangrar o extraer los cálculos, pero de quien se sospechaba que hacía la disección de los muertos, y un tejedor llamado Colas Gheel, pícaro y parlanchín, con el que pasaba muchas horas —que hubieran sido mejor empleadas en el estudio y la oración— combinando poleas y manivelas. (Yourcenar, 1994, p. 34)

Zenón fue educado por la Iglesia y para la Iglesia, pero a esa formación religiosa le añadió otros saberes y las amistades que menciona el fragmento con el adjetivo «inquietantes» anuncian la inclinación del protagonista por los aspectos prácticos y científicos. Ese carácter universal despertará la desconfianza y el resentimiento de personajes poderosos que terminarán por llevar al médico a juicio. Ya habíamos señalado que la figura del médico nunca es indiferente, nunca pasa desapercibido, es un integrante capital de cualquier grupo social, es objeto de admiración y de censura, y Zenón no es la excepción. Yourcenar hace un recuento de los rumores y opiniones contrapuestas que despertaba este personaje:

Más tarde se supo que había pasado algún tiempo en Gante, en casa del preboste mitrado de Saint-Bavon, aficionado a la alquimia. Después se creyó verle en París, en esa rue de la Bûcherie en donde los estudiantes hacían en secreto la disección de los muertos [...]. Otros, muy dignos de fe, aseguraban que había obtenido sus diplomas en la Universidad de Montpellier, a lo cual algunos respondían que no había hecho sino inscribirse en esa célebre Facultad, y que había renunciado a los títulos de pergamino en favor de la práctica experimental únicamente [...]. Creyeron reconocerlo por tierras del Languedoc, en la persona de un mago seductor de mujeres, y, en la misma época, por Cataluña, bajo los hábitos de un peregrino procedente de Montserrat y al que se buscaba por asesinato de un muchacho joven [...]. Se sabía vagamente que se interesaba mucho por las especulaciones sobre fisiología y anatomía y la historia del niño asesinado —que, para los ignorantes y los crédulos, no era más que una instancia de magia o de negra orgía—, se convertía en bocas más doctas en la de una operación cuyo

objeto era transvasar sangre fresca a las venas de un rico hebreo enfermo [...]. Como se supone, y a menudo con razón, que las audacias de la carne acompañan a las de la inteligencia, se le atribuyeron unos placeres no menos audaces que sus trabajos, y se divulgaron sobre él diversas historias variadas, claro está, según los gustos de aquellos que difundían o inventaban sus aventuras. Pero de todas estas osadías, puede que la más chocante fuera aquella que —según se decía— le hacía rebajar la hermosa profesión de médico, entregándose con preferencia al arte grosero de la cirugía, y ensuciando así sus manos con pus y sangre. (Yourcenar, 1994, pp. 68-69)

Una figura médica muy similar a la de Zenón es la que nos ofrece García Márquez (1995) en su novela *Del amor y otros demonios*, en el personaje ficticio de Abrenuncio de Sa Pereira Cao, reconocido médico de la Cartagena de finales del siglo XVIII. Su perfil ya es de por sí llamativo y estrafalario:

El marqués hizo detener el coche, y sólo cuando el hombre se puso de pie reconoció al licenciado Abrenuncio de Sa Pereira Cao, el médico más notable y controvertido de la ciudad. Era idéntico al rey de bastos. Llevaba un sombrero de alas grandes para el sol, botas de montar y la capa negra de los libertos letrados.

En otros tiempos solía tocar el arpa a la cabecera de los enfermos para sedarlos con cierta música compuesta a propósito. No practicaba la cirugía, que siempre consideró un arte inferior de dómines y barberos, y su especialidad terrorífica era predecir a los enfermos el día y la hora de la muerte. Sin embargo, tanto su buena fama como la mala se sustentaban en lo mismo: se decía, y nadie lo desmintió nunca, que había resucitado a un muerto. (p. 15)

Nótese cómo este médico presenta de nuevo esas características que hemos señalado en los personajes comentados hasta ahora: la sabiduría, el conocimiento vasto, la dignidad propia de la profesión médica, los sentimientos encontrados que despierta y el aura de leyenda que rodea al médico, al que se le atribuyen capacidades casi mágicas. Como Zenón, Abrenuncio no es bien visto por los poderes oficiales (particularmente los eclesiásticos), justamente por su renuencia a perder la autonomía y la independencia que caracterizan el quehacer médico (y que hoy se ve

tan amenazada por las «industrias» de la salud que han convertido al médico en un asalariado más, luego de ser un profesional liberal). Amado y odiado al mismo tiempo, más allá de las opiniones encontradas, este médico es emblemático de su profesión:

Servía los martes en el Amor de Dios, ayudando a los leprosos enfermos de otros males. Había sido alumno esclarecido del licenciado Juan Méndez Nieto, otro judío portugués emigrado al Caribe por la persecución en España, y había heredado su mala fama de nigromante y deslenguado, pero nadie ponía en duda su sabiduría. (García Márquez, 1995, p. 15)

Aparecen aquí tanto la vocación humanista y filantrópica del sanador como el prestigio ganado con el estudio, la práctica y la certeza en el diagnóstico. Tal como ocurre en la novela de Yourcenar, en este relato, el médico resulta un poderoso personaje que obliga al lector a considerar los privilegios de los que puede gozar un médico, pero también los riesgos que implica el ejercicio de la medicina y la extrema responsabilidad que conlleva un saber comprometido con la vida y la salud.

A continuación, haremos una aproximación a las distintas perspectivas que entran en juego en el acto médico, siempre de la mano del relato literario.

La perspectiva del enfermo para contar su historia

Cuando el enfermo asume la postura de actor principal, se construye una relación con la enfermedad, la salud y el entorno, lo cual aporta a comprensiones sobre la perspectiva del otro sobre sus temores, angustias y soledades. En el libro de Piassa Polizzi (2001), *¿Por qué a mí?*, se plantea una narración biográfica en la que el personaje principal comenta cómo adquirió el VIH, y a partir de ahí se construye una historia con los retos sociales que implica la enfermedad. Cuenta cómo se aborda esta aflicción en el Brasil de finales del siglo xx; además, se dilucidan los discursos médicos que se vienen desarrollando alrededor de una enfermedad reciente y rodeada de muchos estigmas. A continuación, un fragmento inicial de la obra de Piassa Polizzi que ofrece una breve descripción del perfil personal y familiar del personaje y su relación con la enfermedad:

Para comenzar, voy a presentarme. Me llamo Valéria, tengo veintitrés años, estatura mediana, delgada, morena, pelo negro lacio. Nieta de italianos, hija de padres separados, perteneciente a la clase media alta. Como puedes ver, una persona común y corriente, o por lo menos así es como me gustaría que me vieran. Y estoy segura de que así me verían si no fuera por un pequeño detalle: soy VIH positivo. (Piassa Polizzi, 2001, p. 9)

En el libro *El paciente. Una visión de la medicina clínica*, de Lifshitz (2021), se reconoce la naturaleza humana desde la enfermedad, se identifica la relación con el paciente, y como cualquier ser humano, es un potencial doliente. Se convierte en un insumo para entender la enfermedad desde el paciente y sus allegados, y para ello, se abordan asuntos como los derechos del enfermo, el sufrimiento y la familia. Ramiro (2021) afirma que en la obra de Lifshitz se observa la relación médico y paciente desde la experiencia del autor, de la compleja tarea de la atención a personas enfermas, pero se mantiene en el centro de la discusión al individuo.

El médico como el actor principal

El médico como actor principal puede tomar diversas posturas; por ejemplo, en la obra de Chéjov (2021), *El pabellón número 6*, se identifica un antihéroe. El médico Andrei Efímich Ragin logró, a partir de sus acciones y discursos, hacer una lectura de lo social, dominar la presión interna por la comprensión de la vida y el reconocimiento de no poder curar algunas enfermedades. Sin embargo, el personaje termina conectándose tanto con la enfermedad como con el enfermo, pues llega al punto de no soportar otras compañías y otras realidades. Elsa del Castillo (2021) afirma de la obra de Chéjov que el cuento logra representar la realidad de la Rusia del siglo XIX, donde hay altos niveles de pobreza y pocos cambios en la política interna.

El médico tiene la posibilidad de observar y comprender el desarrollo de la enfermedad y las actuaciones del paciente, ya sea para tomar decisiones sobre su accionar o para hacer una lectura de la enfermedad en función de lo social. En lo que toca a la relación entre la ciencia y lo espiritual, por ejemplo, en la obra de Glynn (2012), *Réquiem por Nagasaki: una historia de Takashi Nagai, converso y superviviente de la*

bomba atómica, el médico pone a disposición sus saberes sobre radiología para atender y entender los efectos de la bomba atómica lanzada sobre su pueblo. Se observa un hombre extraordinario, con virtudes maravillosas, grandes comprensiones de lo espiritual y reconocimiento de la realidad del Japón de la época. Al final, el médico fallece por una enfermedad causada por la misma exposición a la radiación.

A Nagai se le planteaba un dilema. Todo soldado japonés tenía el deber de morir con dignidad antes que ser capturado. Nagai dijo a los camilleros: —Avisad a los heridos de que estén preparados por si hay que trasladarlos y dejadme a solas para poder rezar. Llamadme solo en caso de emergencia. (Glynn, 2012, p. 150)

El médico es una persona privilegiada debido a que los otros le expresan sus sentires —tanto físicos como emocionales— sobre su condición de salud y enfermedad, lo que trae consigo la comprensión de la naturaleza del sujeto desde lo biológico, psicológico y social. La acción del médico pone al otro en una condición de desnudez, de debilidad, de vulnerabilidad, pero en un estado de seguridad para encontrar respuestas. Para ello, el médico debe actuar no solo desde la ciencia y la técnica, también debe poner en su accionar su condición humana y su comprensión sobre lo humano.

Encontramos también al médico héroe que desde su vocación atiende las situaciones para responder a su compromiso social; ve en la medicina una causa altruista para superar las desigualdades de la sociedad. En la obra de Cronin (2017), *La ciudadela*, se reconoce un médico altruista, con sueños idealistas, que trata la enfermedad en una mina de Gales desde el reconocimiento de la realidad social de la época, en un país donde predominan las personas en situación de pobreza y donde el médico tiene pocos recursos para atender a sus pacientes. Luego, viaja a Londres, donde debe enfrentar los reclamos de personas de las clases sociales altas y donde las condiciones de acceso al sistema de salud son mejores. Barcat (2019) plantea que la lectura de *La ciudadela* por parte de jóvenes de varias partes del mundo generó el interés por estudiar medicina.

La enfermedad como punto de conexión de la narración

Cuando la enfermedad se convierte en otro actor o es el eje del desarrollo de la narración, esta tiene implicaciones en el lector, ya sea para conectarse con la situación, para modelar otras realidades o para transformar la manera de pensar sobre la enfermedad (desconocida o cercana). Saramago (2019), en el *Ensayo sobre la ceguera*, hace que la enfermedad se convierta en el eje de la historia, para observar cómo desde ella aflora lo más primitivo de la naturaleza humana. Sanabria-González (2020) afirma que la obra de Saramago logra conectar, a partir de una epidemia de la ceguera blanca, lo biológico, lo instintivo y lo existencial, hasta llegar a lo perverso de la naturaleza humana.

La enfermedad es una realidad con la que conviven los seres humanos y en la ficción puede convertirse en una forma de enunciar los más profundos sentimientos de las personas. En la obra de Camus (2002), *La peste*, se narran los sucesos a través de los personajes y una epidemia ocurrida en la ciudad de Orán, donde un grupo de médicos redescubren el valor de la solidaridad. Al tiempo, se identifica cómo la enfermedad puede generar situaciones que van contra las libertades de las personas, por la conservación y el bien común.

Las plagas, en efecto, son una cosa común, pero es difícil creer en las plagas cuando las ve uno caer sobre su cabeza. Ha habido en el mundo tantas pestes como guerras y, sin embargo, pestes y guerras cogen a las gentes siempre desprevenidas. (Camus, 2002, p. 20)

La enfermedad se ha constituido en temas de grandes historias, ya sea para entender la realidad o construir nuevas ficciones. En *El Decamerón*, de Boccaccio (1313-1375), la peste que azotó a Florencia (Italia) se convierte en el motivo para que un grupo de jóvenes se aislen a las afueras de la ciudad y se tejan diversas historias sobre el amor, el desamor, la tragedia y el erotismo. Otro ejemplo es Matheson (1926-2013), en *Soy leyenda*, en la que la enfermedad es causada por el mismo hombre y genera modificaciones en las personas, al punto de destruir la raza humana. Estas historias muestran las repercusiones de la ética médica, la salud pública

y el sentido de comunidad para el manejo de las relaciones entre la salud y la enfermedad.

Los otros que viven la enfermedad desde afuera

Los espectadores también pueden contar y vivir la historia desde el paciente y la enfermedad, ya sea desde las angustias, los apoyos, las incomprendiones o las posibilidades de superación y tránsito. Restrepo (2004), en su obra *Delirio*, logra conectar la realidad colombiana de la década de los ochenta con la trama de la historia, en la que un hombre, después de un viaje de trabajo, encuentra a su esposa con problemas mentales, y desde esta situación trata de comprender qué pasó en su ausencia, cómo vivir en este escenario y redescubrir el pasado perturbador de ella sin dejar de ser su apoyo. También aparecen en escena otros tres personajes, el ex amante de la mujer, su abuelo y ella misma, para contar sus perspectivas y los motivos que la llevaron a su enfermedad mental. «Aguilar dice que desde que su mujer está extraña, él se ha dedicado a ayudarla pero que sólo logra desagradarle e importunarla con sus inútiles desvelos de buen samaritano» (Restrepo, 2004, p. 10).

Hay un momento en la historia de *Ana Karenina*, de Tolstói (2010), en el que el hermano de Levín muere por tuberculosis. Durante la narración se evidencia que Levín tiene dificultades para entender el tránsito de la muerte e intenta tomar otras decisiones sobre su vida, como previniendo que el tiempo transcurra de manera tan rápida. Ese fragmento logra crear en el lector una perspectiva sobre el final de la vida del personaje, desde la realidad propia. Al respecto, Baños y Guardiola (2015) plantean que la literatura se ha interesado por la enfermedad y la muerte, debido a que son experiencias universales difíciles de explicar, y su uso aporta a desarrollos dramáticos y cercanos para el lector.

En el cuento de García Márquez (1992), «El rastro de tu sangre en la nieve», se evidencia cómo la situación médica de la Nena Daconte, debido a un sangrado en su dedo, implica su hospitalización en Francia. Empero, la otra parte de la historia está en las angustias vividas por su esposo —Billy Sánchez—; aquí la enfermedad desconocida se convierte en un detonante para que se reconozca un Billy solitario, triste, histérico,

desconfiado, enamorado. Al final, la relación con un médico con el que se puede comunicar, le permite conocer el estado final de su esposa. Cada persona tiene diferentes sensaciones sobre la enfermedad y, de una u otra forma, estas lo hacen más humano.

Conclusiones

La medicina nace en la esfera de lo religioso, esto se explica por las características intrínsecas de la divinidad: salud, juventud, inmortalidad, vigor. Los dioses, perfectos en su inmortalidad, pueden dispensar la salud y la vida, así como la enfermedad y la muerte; el médico, depositario de algunos privilegios divinos, funge como mediador, como una suerte de sacerdote que puede traer a la esfera de lo humano esa atmósfera salutífera propia del mundo divino. Comunica la salud y la vida, puede hacer propicia la voluntad divina y puede intervenir para que, por medio de él, la divinidad restituya la salud y la vida a quien las ha perdido.

Ahora bien, el ejercicio médico, incluso al estar en la esfera de lo místico, exigía sabiduría, estudio, meditación, austeridad, un talante digno y una dedicación casi absoluta a la profesión. Cuando la medicina empezó a separarse de la esfera sagrada, esa tesitura particular y privilegiada del médico se conservó. Así pues, el médico empezó a migrar hacia un ejercicio más racional, más científico y la complejidad de la tarea le exigió ponerse a la altura, no solo por la dignidad misma de su quehacer, sino, además, para distanciarse de charlatanes y embaucadores del mundo de la salud.

El médico es una figura profundamente dicotómica: por un lado, despierta admiración y esperanza por su capacidad, casi mágica, de restablecer la salud, al punto que su poder de «resucitar» resulta manifiesto y para nada metafórico. Además, goza de prestigio, reconocimiento y está rodeado de una aura sacra; se podría decir que funge como sacerdote en templos dedicados a la sanación y que preside un ritual que implica toda una liturgia de la salud. Por otro lado, el médico es una figura atemorizante, conoce demasiado, transgrede límites, puede arrebatar la salud y la vida. Así como transita cerca de la vida, camina también muy cerca de la muerte. Vimos ya cómo la literatura se ocupa de esta situación.

Desde esa relación entre la medicina y la literatura sería importante indagar y visibilizar aquellos médicos escritores que han aportado a la literatura colombiana. Sería una oportunidad para fortalecer el legado cultural nacional y generar nuevos temas de discusión y análisis en los estudios de la literatura colombiana. Lo mismo podría suceder en las facultades de medicina, para ampliar las perspectivas y comprensiones de lo sanitario desde el otro, pero con un valor situacional.

Incorporar la literatura sobre temas sanitarios en las facultades de medicina aportará a la formación de profesionales con una mayor calidad humana, porque comprenderán las perspectivas del hombre sobre la enfermedad y la propia enfermedad. A su vez, entenderán que otros médicos han pasado por las mismas situaciones y reconocerán su accionar para mitigar el error, como también dimensionarán que su labor va más allá de medicar. Esta posibilidad tiene una relación directa con el valor de lo humano, por lo que los médicos se cuestionarán el valor de lo ético de sus acciones.

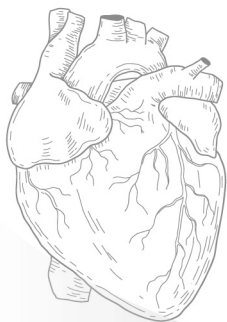
La literatura y la medicina tienen algo en común y es la necesidad de entender la naturaleza humana. La primera, para lograr adentrarse en los sentimientos y las actuaciones de los personajes, así como en las realidades sociales, con el fin de lograr una obra que trascienda las fronteras. La segunda, porque la salud y la enfermedad implican la lectura del otro para entender sus emociones y sentirse alrededor de lo que está ocurriendo, para diagnosticar y acompañar el proceso de sanación. Un literato que no entienda lo humano poco podrá comprender lo que se construye desde lo no real, y un médico que no sea sensible a lo no real de la literatura difícilmente comprenderá la realidad de la naturaleza humana.

Referencias

- Andahazi, F. (2003). *El anatomista*. Booket.
- Baños, J. E. y Guardiola, E. (2015). La larga relación entre medicina y literatura (y viceversa). *Revista de Medicina y Cine*, 11(4), 181-182. https://revistas.usal.es/cinco/index.php/medicina_y_cine/article/view/14277
- Barcat, J. A. (2019). Archibald Joseph Cronin (1896-1981): médico y novelista influyente. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(4), 325-327.

- <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2010-a-2019-volumen-79-ano-2019-no-4-indecronin/>
- Boccaccio, G. (2020). *Decamerón*. Alianza.
- Camus, A. (2002). *La peste*. Edhasa.
- Chéjov, A. (2021). *El pabellón número 6*. Biblioteca Digital del Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa (ILCE). http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/Colecciones/ObrasClasicas/_docs/Pabellon6.pdf
- Cronin, A. J. (2017). *La ciudadela*. Palabra.
- Del Castillo, E. M. (2021). La locura como voz de la denuncia en *El pabellón número seis* de Antón Chéjov. *Lingüística y Literatura*, 42(79), 370-383. <https://doi.org/10.17533/udea.lyl.n79a20>
- García Márquez, G. (1992). *Doce cuentos peregrinos*. Sudamericana.
- García Márquez, G. (1995). *Del amor y otros demonios*. Suramericana. <https://ia803400.us.archive.org/34/items/garcia-mrquez-gabriel-del-amor-yotros-demonios/GarciaMrquezGabriel-DelAmorYOtrosDemonios.pdf>
- Glynn, P. (2012). *Réquiem por Nagasaki. La historia de Takashi Nagai, converso y superviviente a la bomba atómica*. Palabra.
- Graves, R. (1985). *Los mitos griegos* (tomos I y II). Alianza.
- Grimm, J. y Grimm, W. (2003). *Cuentos de los hermanos Grimm*. Imprenta Nacional. https://www.imprentanacional.go.cr/editorialdigital/libros/literatura%20infantil/cuentos_hermanos_grimm_edincr.pdf
- Homero. (2015). *La Ilíada*. Anagrama.
- Jaramillo, J. (2001). Evolución de la medicina: pasado, presente y futuro. *Acta Médica Costarricense*, 43(3), 105-113. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022001000300003&lng=en&tlng=es
- Jünger, F. (2006). *Mitos griegos*. Herder.
- Las mil y una noches*. (2021). Tomo I. Gregorio Cantera, trad. Edhasa.
- Lifshitz, A. (2021). *El paciente. Una visión de la medicina clínica*. Palabras y Plumas Editores.
- Matheson, R. (2016). *Soy leyenda*. Minotauro.
- Piassa Polizzi, V. (2001). *¿Por qué a mí?* Alfaguara.
- Poema de Gilgamesh*. (2010). Alejandría.
- Ramiro, M. (2021). El paciente. Una visión desde la medicina clínica. *Medicina Interna de México*, 37(2), 310-310. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99389>
- Restrepo, L. (2004). *Delirio*. Alfaguara.

- Rillo, A. (2008). El origen griego del caduceo: Esculapio. *Colombia Médica*, 39(4), 384-388. <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n4/v39n4a10.pdf>
- Sanabria-González, J. A. (2020). Literatura pandémica. Reseña crítica: *Ensayo sobre la ceguera* de José Saramago. *Tesis Psicológica*, 15(1), 223-226. <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/994>
- Sanz Morales, M. (2011). Tradición indirecta y error de memoria en crítica textual griega: observaciones metodológicas. *Anuario de Estudios Filológicos*, 34, 237-252. <http://hdl.handle.net/10662/655>
- Saramago, J. (2019). *Ensayo sobre la ceguera*. Alfaguara.
- Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). (2016). Consenso de enfermedad tromboembólica crónica, profilaxis y situaciones especiales. *Revista Argentina de Cardiología*, 84(6), 1-26.
- Tolstói, L. (2010). *Ana Karenina*. Alba Editorial.
- Yourcenar, M. (1994). *Opus nigrum*. Alfaguara.



Capítulo 2

Muerte, sufrimiento y cuidado: una lectura a través de *La muerte de Iván Illich*

John Camilo García Uribe

<https://doi.org/10.22209/9786289681208.C2>

Introducción

El rol de la literatura en la educación superior parece yacer en el olvido. Sin embargo, es claro que en una sociedad en la que la lectura no es un hábito, retomar textos literarios en el marco de la educación superior es siempre una excelente opción pedagógica y cultural, y un reto para toda la comunidad académica. Los estudiantes que no llegan con hábitos de lectura al ámbito universitario, difícilmente van a lograr adquirirlo en la vida universitaria, a través de los textos formativos de áreas de ciencias básicas de la salud (Ramírez *et al.*, 2020). Al contrario, leer los textos clásicos de semiología, fisiología y medicina interna pueden suponer una dificultad para hacer frente a lecturas diferentes —historias, prosas y poesía—. Sin embargo, no se debe olvidar que la literatura *per se* puede tener un aporte sustancial, en especial en la formación de profesionales de la salud, porque las obras literarias permiten representar y comprender las situaciones humanas, e incluso las consecuencias morales y éticas inmersas en la obra. ¿Qué mejor público que los profesionales en salud para una obra emotiva, que aborde dimensiones humanas como la muerte, el sufrimiento y el dolor?

Son muchos los textos que ilustran la vida de pacientes y profesionales de la salud que permiten al lector lograr una conexión con el libro, lo cual es fundamental. Este vínculo parece ser más comprensible y tangible cuando el lector está familiarizado con el contexto y los fenómenos que

se abordan en el texto, porque el acto de leer adquiere un vigor corpóreo y tonificante, ya que el lector lee con toda la gravedad concentrada de su cuerpo y contra el resultado de sus experiencias previas (Carson, 1997). Esto permite que el lector anude con mayor facilidad las espirales de la experiencia humana al acto de leer. Este asunto resulta ser crucial, porque a pesar de que parezcan evidentes, la muerte, el dolor y el sufrimiento a veces parecen permanecer ocultos a la vista, y aun cuando son evidentes se prefiere seguir de largo, para evitar reflexiones que tienden a incomodar. La literatura permite un *des-ocultar* en el sentido heideggeriano del término; pone adelante lo que parece evidente o que no se quiere ver. De esta forma, el lector puede ser capaz de imaginar o discernir experiencias internas ocultas de los personajes, pero también de otros seres humanos.

La muerte, la angustia y el sufrimiento han sido algunas de las grandes preocupaciones de los más reconocidos literatos. Desde las grandes epopeyas griegas, las tragedias de Sófocles y Shakespeare, la comedia de Alighieri, los ensayos de Montaigne, los cuentos de Poe, hasta la literatura de los siglos XX y XXI, con exponentes de la talla de García Márquez, Agatha Christie y Haruki Murakami. De igual forma, estos temas han sido grandes inquietudes de filósofos y pensadores de diversas áreas del conocimiento, como lo expresaba Montaigne: «filosofar es prepararse para morir [...], toda la sabiduría y razonamientos del mundo se concentran en un punto: el de enseñarnos a no tener miedo de morir» (2005, p. 84). A pesar de ello, hoy en día, la muerte de la muerte parece estar cada vez más cerca; cientos de millones de dólares se invierten en vencer la muerte (García Uribe, 2021), y la inmortalidad ha sido un deseo pernicioso de la humanidad desde sus albores. Pese al contexto actual —una huida a capa y espada de la muerte—, es preciso proponer una tematización propedéutica no solo de la muerte como concepto, sino de la muerte como proceso, es decir, el morir encarnado como cualidad de lo vivo.

El análisis literario y filosófico es entonces un reto y una necesidad, no para estar melancólicos; por el contrario, pensar sobre la muerte y el proceso del morir es una posibilidad de la finitud de la vida:

La premeditación de la muerte es premeditación de libertad; quien ha aprendido a morir olvida la servidumbre; no hay mal posible en la vida para aquel que ha comprendido bien que la privación de la misma no es un mal: saber morir nos libra de toda sujeción y obligación. (Montaigne, 2005, p. 85)

Metodología

Para la construcción de este capítulo, se propone como texto fuente de la discusión la obra de León Tolstói,¹ *La muerte de Iván Illich*.² Por ello, se reconoce que la epifanía es un rasgo recurrente del género de las narrativas literarias, toda vez que hacen de lo cotidiano algo revelador. Para la apuesta hermenéutica de la obra, se toman referentes conceptuales desde la literatura y algunas herramientas de la autoetnografía, en el marco de la experiencia del autor en el cuidado y acompañamiento del proceso de muerte de los seres humanos, con el objetivo de problematizar y traer de nuevo a la discusión la muerte, el proceso del morir y el cuidado al final de la vida, en el ámbito de las ciencias de la salud.

De acuerdo con Mèlich (2022), una filosofía literaria se inspira en referentes como Schopenhauer o Nietzsche, así como en pensadores posestructuralistas (Foucault, Levinas, Derrida, Butler), pero también, y esto es decisivo, tiene presente la obra de los grandes escritores occidentales, como Sófocles, Cervantes, Dostoievski, Tolstói y Kafka, entre otros. Una apuesta filosófica literaria desafía los métodos tradicionales, porque sabe que lo decisivo de la vida, lo contingente y lo histórico biográfico no pueden ser capturados por el concepto.

Fragilidad y contingencia de la vida cotidiana

La vida de Iván, el de la obra literaria, «no podía haber sido más sencilla, más corriente ni más terrible, el señor Illich murió a la edad de cuarenta y cinco años, siendo miembro del Tribunal de Apelación» (Tolstói,

¹ Escritor ruso (1828-1910), considerado uno de los más grandes escritores de todos los tiempos, muy conocido por sus grandes obras *Guerra y paz* y *Ana Karenina*. También fue filósofo y reformador social; sus obras han tenido una gran influencia en pensadores como Gandhi y Martin Luther King.

² Alerta de spoiler: esta obra, aunque no ha sido catalogada como la obra cumbre de Tolstói, ha gozado de gran reconocimiento. Parte de la intención de este texto es hacer una amable invitación al lector a leer la obra o volver a ella. A modo de preámbulo, *La muerte de Iván Illich* narra la historia de Iván, un ambicioso jurista ruso que va logrando ascensos en una Rusia corrupta y, a consecuencia de una herida aparentemente superficial, queda postrado, en medio de un gran sufrimiento. Depende del cuidado de su familia, hasta que la muerte finalmente se hace presente.

2016, p. 19). Así comienza Tolstói el segundo capítulo. Este personaje hacía parte de un grupo privilegiado de juristas rusos, en un contexto sociopolítico de la época zarista. Era un hombre con grandes cualidades académicas y humanistas, y también poseía un sentido estricto del deber. En su cargo como juez:

Sentía que todos sin excepción, incluso los individuos más importantes y pagados de sí mismos, estaban en sus manos, y que le habría bastado escribir ciertas palabras en un papel con membrete oficial para que cualquier individuo importante y pagado de sí mismo fuera conducido a su presencia en calidad de imputado o testigo, y, siempre que no se le antojara encerrarlo, tuviera que responder a sus preguntas sin ni siquiera tomar asiento. (Tolstói, 2016, p. 21)

Iván Ilich nunca había abusado de semejante prerrogativa, incluso procuraba mitigar sus efectos. Pero la conciencia de su poder y la posibilidad de atenuarlo constituían a sus ojos el principal interés y atractivo de su nuevo cargo.

Puede entonces describirse al protagonista como un hombre con conciencia de su poder, con un gran cargo en la Rusia de la época, a quien le gustaba el *whist*³ y era un excelente jugador (casi siempre salía vencedor). Se casó con Praskovia Fiódorovna Míjel, una mujer bella y de buen linaje. Su matrimonio tuvo un período feliz, hasta antes del primer embarazo, tras el cual comenzaron discusiones maritales que ocasionarían un distanciamiento en la pareja y que Iván se refugiara en el trabajo y en el juego de naipes. Esta necesidad de crearse un mundo propio fuera del ámbito familiar agudizó su tendencia a ser cada vez más ambicioso.

Con miras a llegar al nudo del asunto, se optará por prescindir de muchos vericuetos de la vida de Iván y Fiódorovna, para llegar con prontitud a lo acontecido desde aquel fatídico día en el que Iván sube una escalera para enseñarle a un tapicero el lugar para colocar una cortina. Pero,

³ Juego de naipes de origen inglés.

con tan mala fortuna que tropezó y se cayó; no obstante, como era un hombre fuerte y ágil, consiguió conservar el equilibrio y solo se dio un golpe en el costado con el pomo de la ventana. La contusión le dolió un poco, pero no tardó en curarse. Menos mal que soy de compleción atlética. Otro se habría matado; yo, en cambio, solo me he dado un golpe aquí. (Tolstói, 2016, p. 26)

Llama la atención el detalle descriptivo alrededor de la masculinidad de Iván, su fortaleza y su virilidad para soportar al golpe inicial, para sobreponerse de inmediato y para negarse el llanto o lamentación. A pesar de esta fortaleza inicial, la vida de Iván no volvería a ser igual; una caída leve desde una escalera, en un día normal en la vida, supondría un antes y un después. Una trivial caída significaría no solo una melladura en su masculinidad, sino también en su vida. ¿Por qué Iván se subió a la escalera?, ¿su exasperación por el poco entendimiento del tapicero conllevó el camino de la muerte y el sufrimiento? Numerosas exégesis pueden develarse frente a este apartado. La apuesta por una simbiosis entre humanidades y ciencias de la salud permite una relectura de este fragmento, desde la fragilidad de la vida, la finitud y la contingencia como características inexorables del ser en el mundo.

La fragilidad —del latín *frangere*— significa ‘romper o quebrar’ y *fragilitas* significa ‘quebrar’. La cualidad de lo frágil es eso que se puede romper o que tiende a lo débil. Aunque el antropocentrismo ha hecho creer a los seres humanos invulnerables y omnipotentes, es claro que no hay nada más frágil que la vida, en especial la vida humana. Fragilidad no solo en sentido de la posibilidad de muerte, que es por sí misma inherente a lo vivo, sino una fragilidad ontológica, es decir, una oportunidad y esencia de la vida. Toda vez que el ser humano se reconoce a sí mismo y a los otros organismos como seres frágiles, opta por cuidar de otros, cuidar de sí mismo y de su entorno. Aquel que se considera invulnerable suele ser descuidado y mezquino con los otros.

Esta fragilidad no es solo en su dimensión psíquica. Lo que comienza como un pequeño malestar, se convierte en una agonía insoportable que le recuerda constantemente la vulnerabilidad de un cuerpo humano deteriorado poco a poco de forma dolorosa. La progresión de su enfermedad y su dolor creciente resaltan la inevitabilidad de la muerte y la

debilidad física inherente a todos los seres humanos. Iván Illich también experimenta una profunda crisis emocional y psicológica. Su enfermedad lo lleva a una introspección forzada, y cada vez que se encuentra más cerca de su muerte, empieza a cuestionar el valor y el significado de su vida. En el ámbito social, Iván puede darse cuenta de cómo sus colegas y amigos se muestran indiferentes ante su sufrimiento; mientras que su familia está más preocupada por las apariencias y sus propios intereses. Esta falta de apoyo genuino denota también la fragilidad de las conexiones humanas basadas en la conveniencia y la superficialidad.

En palabras de Mèlich (2013), somos finitos porque vivimos y, por lo tanto, porque nacemos y heredamos; porque somos el resultado del azar y de la contingencia; porque el nuestro es un mundo que nunca es del todo nuestro, ni podrá serlo en un sentido plenamente organizado ni paradisiaco. Desde una propuesta de la finitud, la teoría del caos y las propuestas de la complejidad⁴ toman un valor superlativo para comprender las relaciones de los sistemas vivos como problemas complejos, azarosos y contingentes, que difícilmente pueden ser estudiados exclusivamente por propuestas mecanicistas. Esta misma finitud y contingencia imponen la necesidad de buscar certezas en códigos morales y marcos referenciales, porque hay una necesidad humana de mitigar las incertezas, las aberturas, los vericuetos de la vida y de sus experiencias, con una constante tentación de reducir las experiencias del vivir a un solo modelo (García Uribe, 2020).

Es tan frágil la vida que no existe una única causa para afectarla, la vida es *per se* posibilidad de verse afectado, posibilidad de morir, pero en ello es posibilidad de ser. No es ajeno que, en una de las definiciones de organismo vivo propuesta en el *White Paper* (President's Council on Bioethics, 2008, p. 61), se describa la vida en función de tres capacidades fundamentales:

⁴ La complejidad es un campo de saberes que se ocupa de temas como el desorden, el caos, la no linealidad, el no equilibrio, la indecibilidad, la incertidumbre, la contradicción, el azar, la temporalidad, la emergencia, la autoorganización. «La complejidad puede entenderse, por lo tanto, como un paradigma científico emergente que involucra un nuevo modo de hacer y entender la ciencia, extendiendo los límites y criterios de científicidad, más allá de las fronteras de la ciencia moderna, ancladas sobre los principios rectores del mecanicismo, el reduccionismo y el determinismo» (Rodríguez Zoya y Aguirre, 2011, p. 3).

- Apertura al mundo, es decir, receptividad a los estímulos y las señales del entorno circundante.
- La capacidad de actuar sobre el mundo para obtener selectivamente lo que necesita.
- La necesidad sentida que impulsa al organismo a actuar como se debe para obtener lo que necesita y estar en apertura al mundo.

La apertura al mundo es posibilidad de afectación, condición de fragilidad, pero a la vez posibilidad de ser para otros y de ser para sí mismo.

Las dolencias de Iván hicieron mella en su condición humana. Estas fueron exacerbándose cada vez más y acabaron transformándose, inicialmente, en una sensación de peso constante en el costado que le ponía de mal humor.

Ese mal humor, que no dejaba de crecer y crecer, empezó a arruinar el encanto de esa vida tan despreocupada y decorosa [...] Fiódorovna había empezado a decir, y no sin motivo, que su marido tenía un carácter insoportable, se compadecía de sí misma y odiaba cada vez más a su marido. (Tolstói, 2016, p. 28)

El impacto del dolor en la vida anímica de una persona está muy bien representado en la obra. En algunas investigaciones (García Uribe y Castaño Diez, 2022) desarrolladas alrededor del dolor crónico, se ha encontrado que no es solamente el dolor en su dimensión física lo que genera un impacto considerable en la vida de las personas, sino el sufrimiento como un proceso más amplio, el cual engloba tensiones o factores estresantes en los ámbitos físicos, psíquicos, sociales y espirituales. En el marco del cuidado de pacientes con dolor, es claro que a veces la aplicación de la escala visual análoga (EVA)⁵ para valorar qué tanto dolor padece un paciente es irrisoria; se reconoce el intento de objetivar el componente subjetivo del dolor. Pero es claro que un dolor no somático es difícil de objetivar, mucho más difícil cuando la cuantificación es con números en un rango entre 0 y 10.

⁵ Escala numerada del 1 al 10 con una línea en la que el paciente observa: 0 es la ausencia de dolor y 10 la mayor intensidad o el peor dolor de la vida. El paciente selecciona el número que mejor describe la intensidad del síntoma.

Algunas expresiones de pacientes con dolor son las siguientes: «doctor, a mí me duele todo, hasta el alma»; «es que este dolor es un dolor de muerte»; «es que tengo tantas cosas, que a mí lo que me duele es estar vivo»; «si uno siente que el dolor lo está matando, debe ser 10, debe ser el peor dolor».

¿Cómo cuantificar el dolor del alma, los dolores de muerte, los dolores existenciales y el sufrimiento? En un estudio sobre percepciones de profesionales de la salud sobre tratamientos no farmacológicos, un médico especialista en dolor hacía la siguiente afirmación: «a veces al paciente le duele que no le duela, porque tiene miedo de que le duela y eso lo hace sufrir» (García Uribe y Castaño Díez, 2022, p. 18). Se trata entonces del miedo a lo desconocido, la sensación de que en cualquier momento puede reaparecer el dolor, incluso, con más fuerza, más intenso y duradero, lo que genera angustia en los pacientes con dolor, con dolor de muerte.

En palabras de Lacan, la pérdida de la pérdida es la fuente de la angustia y a veces la angustia es angustia de sí mismo (Lacan, 1981). En Freud, algo familiar, antiguo o que fue reprimido vuelve o retorna, y ese regreso es ominoso y angustiante (Freud, 2016). En Heidegger (2018), es la angustia ante la nada, el *ante-qué* de la angustia es enteramente indeterminado. Aun sin dolor, pero ante la posibilidad-incertidumbre, desconocimiento y contingencia, puede decirse que no hay una cosa concreta que cause la angustia, «la angustia no sabe qué es aquello ante lo que se angustia» (Heidegger, 2018). Lo que oprime es la posibilidad de lo que está a la mano en general, es decir, el mundo mismo. Estar en el mundo es angustiante; es, en cierto modo, un no estar en el lugar de uno al carecer de seguridad y amparo.

El diagnóstico de Iván: entre la certeza y la incertidumbre

El dolor seguía aumentando al punto de convertirse en todo un cuadro patológico, con un conjunto de síntomas asociados. Cuando Praskovia Fiódorovna le dice a Iván que todo enfermo requiere de un tratamiento; además, hace que se movilice en busca de ayuda y que busque a un médico de gran renombre.

Así lo hizo Iván Illich. Y todo resultó como había esperado; todo se resolvió como se resuelven siempre tales asuntos: la espera, esa prepotencia afectada y doctoral que Iván Illich conocía tan bien, pues era la misma que él exhibía en el tribunal; la auscultación, la percusión, las preguntas que exigían respuestas determinadas de antemano y meridianamente inútiles, y ese aire de importancia que parecía insinuar. (Tolstói, 2016, p. 42)

En este apartado es posible retomar varios puntos. En primer lugar, el conocimiento y la relación entre un saber y un poder. En segundo lugar, las técnicas y los dispositivos a través de los cuales se conducen a otros, algo que Foucault (2018) denomina *un orden disciplinario*, un poder sobre los cuerpos individuales, la anatomopolítica. Lo cual es bien representado en las palabras del médico de Iván: «bueno, no tiene usted más que someterse a nuestra voluntad y nosotros nos ocuparemos de todo; sabemos con certeza cómo se arreglan estas cosas, siempre de la misma manera, se trate de quien se trate» (Tolstói, 2016, p. 44). Iván queda reducido a la impotencia, ya no parece ser soberano de sí mismo. Un caso similar es descrito por Foucault (2018), a través de la historia del rey Jorge III;⁶ ni Iván ni el rey Jorge parecen ser dueños de sí mismos. En el proceso de diagnóstico, Iván deja de ser juez y Jorge deja de ser rey, para luego convertirse en enfermos, en cuerpos dóciles, manejables y aprehensibles. Quedan entonces a merced y tutela de un grupo de profesionales.

La espera como parte del proceso de enfermar resulta de gran envergadura. Etimológicamente, *paciente* es cualidad de una persona que sufre, que aguanta, o que padece (Corominas y Pascual, 2010). Si los

⁶ Un monarca (Jorge III de Inglaterra) cae en la manía y, para que su curación sea más rápida y sólida, no pone ninguna restricción a las medidas de prudencia de quien lo dirige (advertían la palabra: es el médico). Por ello, todo el aparato de la realeza se desvanece, el alienado alejado de su familia y de todo lo que lo rodea queda confinado en un palacio aislado y es encerrado solo en una recámara, cuyos cristales y muros se cubren de colchones para impedir que se hiera. Quien dirige el tratamiento le informa que ya no es soberano y le advierte que en lo sucesivo debe mostrarse dócil y sumiso. Dos de sus antiguos pajes, de una estatura hercúlea, quedan a cargo de atender sus necesidades y prestarle todos los servicios que su estado exige, pero también de convencerlo de que se encuentra bajo su entera dependencia y de que de allí en adelante debe obedecerlos. Guardan con él un tranquilo silencio, pero, en cuanto oportunidad se les presenta, le hacen sentir la superioridad de su fuerza. Un día, el alienado, en su fogoso delirio, recibe con mucha dureza a su antiguo médico; durante su visita lo embadurna con suciedades y basura. Uno de los pajes entra al punto a la recámara sin decir una palabra, toma por la cintura al delirante, también reducido a un estado de mugre repugnante, lo arroja con vigor sobre un montón de colchones, lo desviste, lo lava con una esponja, le cambia la ropa y, mirándolo con altivez, sale de prisa para retomar su puesto.

profesionales de salud y la comunidad en general nombraran a los sujetos de cuidado *pacientes*, se supondría que la espera y la paciencia deben ser una cualidad del paciente-enfermo. Sin embargo, una de las situaciones más desesperantes de la vida es la enfermedad y, de manera contradictoria, cuando les llamamos *pacientes*, parece haber de por medio una invitación a soportar, aguantar y esperar.

Ante lo incierto y lo finito —característico del ser humano—, más que respuestas surgen preguntas: por ejemplo, las señaladas por Buber (2018), quien retoma los cuestionamientos kantianos que delimitan la filosofía (¿qué puedo saber? ¿Qué me cabe esperar? ¿Qué debo hacer? ¿Qué es el hombre?). Todos estos cuestionamientos están enmarcados en el reconocimiento de los límites y las posibilidades contingentes de lo humano; el que espera está a merced del otro. Por eso, a Iván Illich se le hacía una pregunta que puede recoger la intención de las mencionadas antes (qué puede saber, qué debe hacer y qué puede esperar), la cual hacía estremecer todo su cuerpo: «¿revestía gravedad su caso o no?»⁷ Pero el médico se desentendió de esa pregunta tan fuera de lugar, desde su punto de vista, era algo tan irrelevante que ni siquiera merecía la pena tenerlo en cuenta» (Tolstói, 2016, p. 47).

Lo único que le importaba al médico de aquella época era la consideración de las probabilidades etiológicas: un riñón flotante, un catarro intestinal de carácter crónico o una afección del intestino ciego. Hoy en día, la creciente tecnificación de la medicina y las ciencias de la salud, así como las políticas neoliberales en el marco de la atención en salud y la primacía de la razón instrumental sobre la razón práctica, plantean serios cuestionamientos a aquella frase célebre «la medicina es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades» (Pellegrino y Thomasma, 1993).

⁷ En palabras textuales, Iván Illich dice: «supongo que nosotros, los enfermos, solemos hacer preguntas inconvenientes. Pero me gustaría saber si mi caso reviste gravedad. El médico le lanzó una mirada severa, con un solo ojo, a través de los lentes, como diciendo: «Si el imputado no se limita a responder a las preguntas que se le formulen, me verá obligado a ordenar su expulsión de la sala». —Ya le he dicho lo que considero necesario y oportuno —respondió el médico—. Habrá que esperar a ver qué dicen los análisis» (Tolstói, 2016, p. 45).

De igual forma que la pregunta por las preocupaciones y la vida de Iván Illich no entraban en consideración, las preguntas de los pacientes y las familias son difícilmente resultas; es más, a veces ni siquiera existe espacio para preguntas (¿cómo preguntar si la atención muchas veces se centra en la pantalla de un computador o en el órgano afectado?). Eso mismo pensó el doctor de Illich, «sólo se trataba de decantarse por el riñón flotante o por el intestino ciego» (Tolstói, 2016 p. 48). El protagonista, en medio de la impotencia, pudo concluir que la cosa era grave y que esa circunstancia, aunque parece inocua para el médico y el resto del mundo, para él se trataba de algo serio, porque el dolor y el sufrimiento solo puede ser dimensionado esencialmente por aquel que lo padece.

Las repercusiones de la frialdad del médico ante la situación de Iván serían de un alcance inimaginable. La compasión puede tener un poder terapéutico, como también las relaciones interpersonales positivas son fundamentales y valiosas para el resultado final del tratamiento médico. Son importantes el control de la enfermedad, la calidad y calidez de la atención y el bienestar de los pacientes (Mercer *et al.*, 2005). Por el contrario, la apatía supone un efecto antagónico en el proceso salud-enfermedad. Después de este desencuentro con el médico, a Iván le parecía que su dolor sordo y lacerante, esa sensación ya de por sí desagradable, que no le abandonaba ni un segundo, adquiriría ahora un significado distinto y más serio; cada vez más en un ámbito próximo al sufrimiento.

Este proceso de diagnóstico es un paso inicial para transitar de un *encontrarse con y ser para otro* a un *conocer a y pensar de*. Pero es un conocimiento dual, toda vez que existe algo que importa a ambos; en este caso, la salud y la enfermedad deben importar y vincular tanto al profesional sanitario como al paciente. Lo cual equivale a decir que el diagnóstico es un proceso diádico o de más. En este sentido, Laín Entralgo afirma que el proceso de diagnóstico

no es nunca el conocimiento de un objeto pasivo por una mente activa y cognoscente, sino el resultado de una conjunción entre la mente del médico —activa, por supuesto— y una realidad, la del enfermo, esencial e irrevocablemente dotada de iniciativa y libertad. (Laín Entralgo, 1976, p. 9)

Pero esto no ocurrió así con el protagonista de aquella narrativa rusa de finales del siglo XIX. Incluso hoy, en pleno siglo XXI, la realidad parece seguir siendo la misma.

El tratamiento y sufrimiento: la carga de una enfermedad

El doctor Illich empezó a tomar las medicinas, a seguir las prescripciones y recomendaciones del galeno. A pesar de ello, no mejoraba su situación, la sensación de desazón comenzaba a instalarse cada vez más en su ser; el médico cambiaba algunas medicinas a medida que iba avanzando la enfermedad y con base en los análisis de orina. Sin embargo, a Iván le daba a veces la impresión de que algo no cuadraba con el análisis o con el tratamiento. No culpaba al médico, tal vez se le había olvidado alguna cosa, le había mentido o le había ocultado algo.

A pesar de seguir las recomendaciones y adherirse al tratamiento, la falta de confianza en su médico no permitía que Iván le expresara sus preocupaciones y, a lo mejor, aunque las hubiera manifestado, hubiesen sido desvirtuadas a través de dispositivos de poder y de la retórica médica. Esta circunstancia menguaba el efecto catártico del diálogo que debe caracterizar toda relación terapéutica. El médico era incapaz de ver la enfermedad como fenómeno, es decir, como se le aparecía a través de la vida de su paciente. Él intuía que algunos órganos no funcionaban bien, que el riñón o el intestino podrían ser la causa de las dolencias, pero se negaba a ver las dolencias, la representación de los padecimientos en la vida de su paciente.

La enfermedad de una persona no es un suceso aislado, es ante todo la afección de un sujeto ubicado en un espacio social, en un entramado de relaciones. Es la enfermedad de una familia, de la que no se escapan ni las familias conflictivas, como la descrita por Tolstói. Iván, además de la compleja relación con su médico, comenzó a tener un vínculo más tenso con sus familiares; empezó a sentirse como una carga o la piedra en el zapato para la familia. La situación se hizo aún más tensa cuando percibía que le mentían solo por salir de paso, por evitar discutir sobre la fatalidad de la enfermedad, el sufrimiento inherente y, en general, sobre la nueva vida de Iván. Él sabía que ellos estaban enterados, pero se lo ocultaban; así como muchos pacientes conocen, mucho mejor que el

médico tratante, cuál es el curso de la enfermedad. Empero, a veces, por evitar lo que puede ser una conversación incómoda, se huye en busca de silencios o temas superfluos, mientras el doliente percibe un ambiente lúgubre que se ciñe a su alrededor y sobre los suyos.

Todos se muestran mohínos y silenciosos. Iván Illich comprende que es él quien les ha contagiado ese estado de ánimo sombrío, pero no puede hacer nada por disiparlo. Todos cenan y se marchan, él se queda solo, con la conciencia de que su vida está envenenada, de que envenena la vida de los demás y de que ese veneno, lejos de debilitarse, va penetrando cada vez más en todo su ser. (Tolstói, 2016, p. 49)

En un intento por huir de la enfermedad, de sí mismo y de la mirada angustiante de su familia, vuelve a lo que consideraba un espacio seguro, el trabajo. Para ello, de nuevo, debe levantarse temprano en las mañanas, vestir los atuendos apropiados, asistir al tribunal, hablar, escribir y resolver casos; de lo contrario, la enfermedad reduce su existencia al ostracismo de un hogar en el que se sentía más enfermo y en el que estaba en compañía, pero en soledad. Se trataba entonces de una compañía solitaria de veinticuatro horas seguidas, cada una de las cuales es un tormento. Vivir así es para Iván estar al borde del precipicio, completamente solo, sin una sola persona que lo comprenda y se compadezca de él. Por aquel entonces, los médicos aún visitaban a los enfermos y no los enfermos a los médicos. Hoy en día, la salud y la enfermedad se han hospitalizado, la compañía solitaria que brindan los profesionales de la salud es a veces el único asidero de los pacientes. Estar en el hospital es estar como Iván: permanecer apartado, en un aislamiento casi siempre autoimpuesto.

La mirada del otro y la mirada en el espejo: la enfermedad como reflejo

En cierta ocasión, cuando Iván Illich entró en su oficina, se encontró allí con su cuñado, un hombre rozagante, lleno de vigor e ímpetu. Una vez el cuñado notó la presencia de Iván, levantó la cabeza y se lo quedó mirando por un buen rato, y guardó silencio.

Esa mirada despejó todas las dudas de Iván Illich. El cuñado abrió la boca y estuvo a punto de lanzar una exclamación, pero se contuvo. Tal gesto

acabó por confirmarle sus temores. —¿Tanto he cambiado? —preguntó Iván. —Sí... un poco —respondió el cuñado. (Tolstói, 2016. p. 51)

Esa mirada, ser-visto-por-otro, al retomar a Sartre, es la verdad del «ver-al-otro», es la reciprocidad inexorable de ser en el mundo. «Así, la noción de prójimo no podría, en modo alguno, apuntar a una conciencia solitaria [...], el hombre se define con relación al mundo y con relación a mí» (Sartre, 2019, p. 169). La mirada del otro constituye al individuo, lo reconoce en el marco de la existencia, pero también es una invitación a reconocerse, es decir, la mirada constituye, pero deconstruye. Cuando pregunta Iván «¿tanto he cambiado?», se observa un choque con su identidad a través de la mirada del otro, es un verse en el reflejo del otro.

La mirada del otro, desde una perspectiva existencialista (Sartre, 2019), confiere espacialidad. Captarse como mirado es captarse como espacializante-espacializado. Y es, además, temporalizante, es una mirada que ubica en una dimensión espacio-temporal, en un aquí, un ahora, en una relación diacrónica transtemporal; es una mirada inquisidora que compara el cuerpo de antes (sano) con el cuerpo presente (enfermo). En el caso de los profesionales de la salud, estos tienden a adoptar una mirada médica, no hay enfermedad sino en el elemento de lo visible en el cuerpo, en los análisis bioquímicos y de tejidos, y por consiguiente en lo enunciable. En el caso del clínico, la pureza de la mirada está vinculada a un cierto silencio que permite escuchar los signos y síntomas detrás del discurso del enfermo (Foucault, 2008). Es decir, es una mirada que esculca el cuerpo del otro, es una objetivación del otro a través de la mirada, que invita a mirarse a sí mismo, a reflexionar sobre su cuerpo, su salud y la enfermedad. En esa invitación mediante la mirada del cuñado, una mirada que hace de peritaje, Iván va en busca del espejo.

Después del encuentro con la mirada del cuñado, Iván Illich se refugió en su cuarto, y tras asegurar la puerta:

Se miró en el espejo, primero de frente, luego de perfil. Cogió un retrato en el que aparecía con su mujer y comparó esa imagen con lo que veía en el espejo. El cambio era brutal. A continuación, se descubrió los brazos hasta el codo, echó un vistazo, volvió a bajar las mangas, se sentó en una

otomana y se sumió en un estado de ánimo más negro que la noche.
(Tolstói, 2016, p. 53)

En aquel encuentro con el espejo, parece haber un conflicto entre el yo (*moi*) y el yo (*je*), descritos por Lacan en los primeros escritos. El primero de ellos, *moi*, se refiere al yo como una imagen que la persona tiene de sí misma, ligada a lo consciente, la cual, entra en conflicto con el *je*, es decir, el yo simbólico ligado a lo inconsciente, el que constituye la base de la verdadera identidad del sujeto. De tal forma que lo inconsciente toma conciencia y, en esa fuga, en ese develamiento transmutado, aparece la angustia, angustia ante la nada, ante la certeza de la incerteza. Así, la enfermedad y la muerte se hacen manifiestas, aunque por causas aún desconocidas.

El morir y la angustia

Iván Illich se hacía cada vez más consciente de que la vida se le escapaba a pedacitos, aunque para todos los seres vivos, vivir es morir y muriendo se vive. Esto parece quedarse en el inconsciente, y en las pocas veces que se hace presente surge la angustia, esto es, una preocupación ante lo familiar desconocido. Todos hemos estado en contacto con la muerte, con la muerte de otros y no con la propia; es inquietud ante la nada en sentido heideggeriano. Lo cual puede verse reflejado en algunos pensamientos de Iván:

Antes en mi cuerpo habitaba la vida, ahora huye, se marcha y no puedo retenerla. Sí. No tiene ningún sentido seguir engañándome. ¿Acaso no es evidente para todos, menos para mí, que me estoy muriendo? La única cuestión relevante es cuántas semanas o días me quedan. Antes me rodeaba la luz; ahora, las sombras [...]. Hasta hace poco estaba aquí; pronto me iré allá. ¿Allá? ¿Dónde es allá? Se sintió transido de frío, se le cortó la respiración. Lo único que oía eran los latidos de su corazón. Y cuando ya no exista, ¿qué quedará? No quedará nada. ¿Y dónde estaré cuando ya no exista? ¿Es posible que sea la muerte? No, no quiero. Es la muerte. Sí, la muerte. Y ninguno de ellos lo sabe, ni quiere saberlo ni muestra compasión.
(Tolstói, 2016, p. 54)

Vale la pena en este punto traer a colación aquellas palabras de Epicuro respecto a la muerte: «la muerte para nosotros no es nada, porque todo el bien y todo el mal residen en las sensaciones, y precisamente la muerte consiste en estar privado de sensación» (Epicuro, 1995. p. 60). Si cuando la muerte está, yo ya no estoy, y cuando yo estoy ella no está, podría pensar que no tiene sentido el cuestionamiento de Iván. O por el contrario, esto cobra todo el sentido; una vez que ya no esté, ¿qué será de ella? Es una pregunta por el todo y la nada. Sin embargo, si se tiene por convicción que la muerte no es nada, ¿para qué ser inmortales? Si viviendo estamos muriendo, ¿valen la pena los desarrollos tecnocientíficos para vencer la muerte? Algunos podrán contraargumentar que lo que angustia no es la muerte misma, sino pensar en la muerte estando en vida. Epicuro vuelve nuevamente a la discusión:

Quien confiese temer la muerte no por el dolor que pueda causarle en el momento que se presente, sino porque, pensando en ella, siente dolor: porque aquello cuya presencia nos perturba, no es sensato que nos angustie durante su espera. Así pues, la muerte no es real ni para los vivos ni para los muertos, ya que está lejos de los primeros y, cuando se acerca a los segundos, éstos han desaparecido ya. El sabio, por su parte, ni desea la vida ni rehúye el dejarla, porque para él el vivir no es un mal, ni considera que lo sea la muerte. (Epicuro, 1995, p. 61)

Si lo pensamos bien, en términos del filósofo helenista, cada momento de vida es también un momento de muerte, y aquel, tan temido, es solamente el último de todos. Pero la finitud de lo humano no es solo la muerte. Somos finitos porque morimos y porque sabemos que vamos a morir, pero también porque podemos anticipar o, como el en caso de Iván, tener consciencia de la inminencia de la muerte; o incluso, al trascender el pensamiento de Heidegger, desde antes de nacer se es lo suficientemente viejo para morir. Esta corporeidad de la vida es posibilidad de ser, es decir, esta consciencia de muerte se impone como posibilidad y a la vez como necesidad: necesidad de otros, de relaciones y de cuidados.

Iván Illich era consciente de que se estaba muriendo y vivía en un estado de angustia permanente. En lo más profundo de su corazón sabía que se estaba muriendo, pero, lejos de acostumbrarse a esa situación,

era incapaz de comprenderla: no le entraba en la cabeza que pudiera pasarle algo así (Tolstói, 2016). La capacidad de negar la muerte y de angustiarse ante ella es característico de lo humano; de hecho, la muerte se niega con cada instante en que se vive, vivir el día es morir poco a poco, el morir como proceso es la negación de la muerte como totalidad. Esto también se refleja en el quehacer de los profesionales de la salud; la muerte como totalidad se hace presente cuando la muerte como proceso finaliza. Huir de ambas no es una cualidad, es un defecto porque acompañar el proceso de morir y la muerte son consustanciales al cuidado de la vida.

Así como a Iván le parecía lógicamente correcto el siguiente silogismo «Cayo es un hombre. Todos los hombres son mortales. Luego Cayo es mortal», a muchas personas, entre ellas algunos profesionales de salud, también les suele parecer correcto. A pesar de la consistencia lógica del silogismo de la mortalidad humana, es difícil situarse como sujeto sobre el que recae la condición de mortal, aunque hay consciencia de muerte, no hay consciencia de muerte propia como un ser que sufre. Esta imposibilidad de empatía plena puede impedir acompañar de forma compasiva y genuina a otros en este proceso. Acompañar en forma auténtica implica aceptar los silencios y las conversaciones incómodas, esas que rara vez se suelen sostener, porque en ellas salen a flote las obviedades que todos conocen, pero que se ocultan. El ocultamiento, el ostracismo y la imposibilidad de ser con otros generan sufrimiento.

En el caso de Iván, una de las cosas que más lo atormentaba

era esa mentira —quién sabe por qué aceptada por todos— según la cual solo estaba enfermo, no moribundo; lo único que tenía que hacer era conservar la calma y curarse y todo saldría a las mil maravillas. Pero él sabía que, hiciera lo que hiciese, no cabía pensar en otro desenlace que no fueran unos sufrimientos atroces y, en última instancia, la muerte. Y le martirizaba esa mentira, le martirizaba que no quisieran reconocer lo que todos, incluido él mismo, sabían; que pretendieran mentirle sobre su horrible situación y le obligaran a tomar parte en esa mentira. (Tolstói, 2016, p. 68)

Muerte, sufrimiento y cuidados

Iván Illich dormía cada vez menos y con más dificultades. Las inyecciones de morfina se habían vuelto cada vez más constantes y en mayores dosis; le preparaban alimentos especiales bajo recomendación médica y, a pesar de ello, eran nauseabundos e insípidos. Por si fuera poco, cada vez que debía evacuar, debía ser asistido en diferentes formas y modos, lo cual se aunaba a su tormento, ya no solo era el dolor, el insomnio y la inapetencia, sino también la suciedad, la falta de privacidad, el hedor y la conciencia de que dependía de otros, no para vivir, sino para subsistir. En medio de esta pesadumbre, Iván Illich encontró un consuelo en tan desagradable cometido. Siempre venía a llevarse las heces Guerásim, el mozo de comedor. Guerásim era un joven limpio, siempre se mostraba alegre y sereno (Tolstói, 2016). De ahí en adelante, este joven sería la esperanza en medio de la pérdida, de la vida extraviada y del menoscabo de la vida de Iván.

—Guerásim —dijo Iván Illich. —¿Qué desea, señor? —Supongo que todo esto te desagrada. Perdóname. No soy capaz de hacer nada. —Pero qué dice, señor —y los ojos de Guerásim resplandecieron, mientras una sonrisa dejaba al descubierto sus dientes fuertes y blancos—. ¿Cómo no iba a ocuparme de estas cosas? Está usted enfermo. (Tolstói, 2016, p. 71)

Existen diversas perspectivas del cuidado, algunos autores (Cong y Dwyer, 2023) lo proponen como un deber; mientras que otros autores lo describen como un valor (García y Lopera, 2024) o una virtud (García y Pinto, 2023). En esta lectura del texto de Tolstói puede sostenerse que es una virtud en el sentido aristotélico, es decir, como el justo medio, entre el desinterés o la apatía y como deber en sentido deontológico. De tal forma que Guerásim es un cuidador por deber, pero en el cumplimiento de esa obligación es un hombre virtuoso que llenará de alivio los últimos días de Iván y para ello requiere de valor para enfrentar el sufrimiento de un ser próximo a la muerte.

A través de Guerásim, Iván vuelve a vivir, a vivir en sentido metafórico, vuelve a esperar algo de alguien, aunque sea por lo menos su presencia o sus cuidados. Porque vivir es esperar, es un sobreponerse al debilitamiento de la posibilidad del mañana; por lo tanto, esperar es tener

esperanza. Cuando se espera algo, se alude a lo incierto y, en gran medida, a algo que escapa del control de sí mismo; de tal forma que la esperanza parece hacer referencia a otros o lo otro, incluso esperanza de que llegue la muerte. Esto puede ilustrarse en algunos apartados en los que Iván, más allá del servicio que le ofrece Guerásim, se interesa en su compañía sincera y amena.

Iván Ilich se sentía tan a gusto en su compañía que no quería dejarlo ir. —Haz el favor, acércame esa silla. No, la otra, y pónmela debajo de las piernas. Me siento mejor cuando tengo los pies en alto. Guerásim cogió la silla, la desplazó sin golpearla, la depositó en el suelo con mucho tiento y puso encima las piernas de Iván Ilich; y este tuvo la impresión de sentirse aliviado mientras Guerásim le tenía las piernas levantadas. (Tolstói, 2016, p. 72)

¿Cuántas veces en la vida cotidiana hemos estado ausentes para aquellos que requieren presencia? Si la enfermedad duele, duele mucho más en soledad. Algunos síntomas de enfermedades crónicas tienden a empeorar en soledad; a veces el grito de dolor y la dificultad para respirar pueden ser un llamado, así como lo es el llanto del recién nacido para que la madre acuda a su atención. La dimensión simbólica de lo humano es amplia, a veces se nos dificulta expresar con palabras la sensación de soledad y la angustia existencial, por lo que representarlo a través del cuerpo se convierte en una alternativa simbólica y catártica. Sin embargo, no solemos estar preparados para una hermenéutica del cuerpo, del dolor y mucho menos de la muerte.

Iván Ilich ordenaba frecuentemente a Guerásim que se sentara y siguiera sosteniéndole los pies en alto, y mientras sostenía sus pies solían conversar. Aunque pareciera extraño, tenía la sensación de que se encontraba mejor en su compañía. Desde entonces, Iván Ilich empezó a llamar a Guerásim para que le sostuviera los pies, apoyándolos en los hombros, y se aficionó a charlar con él. «Guerásim hacía lo que le ordenaba de buena gana, con agilidad, sencillez y una bondad que conmovía a Iván Ilich. Solo Guerásim lo comprendía y le compadecía. Por eso era la única persona con la que se encontraba a gusto» (Tolstói, 2016, p. 73). A pesar de lo extenuante que podían ser las jornadas de Guerásim, al

realizar los quehaceres del hogar, sostener los pies, mantener conversaciones y sostener la vida de Iván, este estoico hombre no desfallecía y cuando Iván le sugería un descanso, este replicaba:

Todos tenemos que morir. ¿Por qué no molestarse, pues, un poco por los demás? —Y con esas palabras quería decir que sus tareas no le pesaban porque las hacía por un moribundo con la esperanza de que, llegado el caso, alguien hiciera lo mismo por él. (Tolstói, 2016, p. 69)

La actitud del criado es una mezcla entre la esperanza en la reciprocidad y la compasión. Por la reciprocidad en la justa proporción es que las ciudades se mantienen unidas, pero más allá de una esperanza en un retorno, los actos del cuidador son de una naturaleza compasiva; es una compasión fundada en la vulnerabilidad y en la experiencia de la pérdida, porque la pérdida es aquello que todo el mundo comparte, porque somos habitantes de cuerpos vulnerables, efímeros y sufridos. Es precisamente ser seres en falta y ausencia lo que nos posibilita acompañar a los otros en su dolor, porque es posible ver en el otro la condición de padecimiento. Sin embargo, lo más penoso para Iván Illich era que nadie lo compadeciera como a él le habría gustado: en determinados momentos, después de prolongados sufrimientos, habría deseado por encima de todo —por más que le diera vergüenza reconocerlo— que alguien se compadeciese de él como si fuese un niño enfermo. Le habría gustado que lo acariciaran, que lo besaran y que llorasen por él, como se miman y se consuelan a los niños.

Cuidar implica cohabitar una microesfera sloterdijkiana. Es estar y ser en dualidad, en una relación íntima en la que se es permeable al otro, pero no para agarrarlo ni eclipsarlo en una relación paternalista, ni para subyugarlo en la lógica cruel de una atención protocolizada, sino para responder de manera compasiva desde y hacia el otro, en busca de su solidez (García Uribe, 2020).

Estar enfermo es estar a la espera, pero ¿a la espera de qué? De la curación, del alivio o de la muerte. En el caso Iván Illich, este gemía y gemía, no tanto de dolor, aunque era terrible, sino por mera y somera angustia. «Siempre lo mismo, todos estos días y noches interminables. Si al menos

viniera de una vez. Pero ¿qué es lo que tiene que venir? La muerte, la oscuridad. No, no. ¡Cualquier cosa es mejor que morir» (Tolstói, 2016, p. 71). De acuerdo con Heidegger (2003), la angustia es fruto de ese estar arrojado y ser en el desgarramiento, pero esto posibilita acercarnos a la totalidad de lo ente; en ella podemos tener experiencia de la nada. Pero la angustia no es lo mismo que el miedo o la temerosa ansiedad que acompaña al miedo. «La angustia es algo diferente fundamentalmente del miedo» (Heidegger, 2003, p. 7). El miedo siempre es hacia algo determinado o un qué conocido, sabemos a qué tenemos miedo y por qué tenemos miedo; esto nos genera confusión. Mientras que en la angustia hay calma, toda vez que es angustia ante la indiferenciación; no sabemos a qué, ni por qué estamos angustiados, es ante todo angustia ante la nada. No experimentamos angustia por esto o por aquello; una vez la experimentamos, todo se hunde en la indiferencia.

Guerásim seguía sentado al pie del lecho y dormitaba. Una vez el criado salió de la habitación, Iván, incapaz de contenerse más, se echó a llorar como un niño. Lloraba por su impotencia, por su espantosa soledad, por la crueldad de los hombres, por la crueldad de Dios, por la ausencia de Dios (Tolstói, 2016). En esta angustia, Iván Illich recibe la visita del médico, logra adivinar o presumir que el médico ha estado a punto de decir: «¿cómo se encuentra?», pero hasta él mismo se ha dado cuenta de lo inapropiado de tal expresión, y entonces rectifica: «¿cómo ha pasado la noche?». Iván Illich mira al médico como si quisiera preguntarle: «¿es que nunca te avergonzarás de mentir?», pero el médico se desentiende de esa pregunta muda. Entonces, Iván Illich le dice: «—Siempre el mismo horror. El dolor no desaparece, no remite. ¡Si se pudiera hacer algo! —Ustedes, los enfermos, siempre están con lo mismo» (Tolstói, 2016, p. 73). Ya desde finales del siglo XIX existen esbozos de lo que hoy se llama deshumanización de la salud, por lo que existen preguntas alrededor de cuál es el origen y la esencia de una salud apática y a veces cruel. Como práctica humana, ¿caso será posible desligarla de las pulsiones de vida y muerte características de lo humano?

Iván, un paciente, un ser que espera lo inevitable, como lo hace el condenado a muerte en manos del verdugo, al saber que no había

escapatoria posible, preguntó tal vez por aquello que podría poner fin a su sufrimiento y a esa sensación de sentir todo y no sentir nada: «¿Y la muerte? ¿Dónde está?» (Tolstói, 2016, p. 97). Iván, en medio de un sufrimiento que parecía inagotable, buscó dentro de sí un temor a la muerte que le había acompañado a lo largo de toda su vida y no lo encontró.

¿Dónde estaba? ¿Qué muerte era esa? Ya no albergaba ningún temor porque la muerte no existía. En su lugar había surgido una luz. —¡Entonces es así! —exclamó de pronto en voz alta—. ¡Qué alegría! Todo sucedió en un instante, pero el significado de ese instante ya no cambió más. (Tolstói, 2016, p. 97)

Esto recuerda aquella expresión epicúrea sobre lo infundado que puede ser temer a la muerte, toda vez que cuando ella se hace presente, el sujeto ya no está; y cuando el sujeto está, la muerte no puede estar presente. Pero dirá Heidegger: la muerte está desde el principio en la manera de ser del ser humano. Aunque para el moribundo fue un momento cuasifugaz y anhelado, la transición de la conciencia parecía ser más rápida que el tránsito de lo corpóreo:

Para los presentes su agonía se prolongó aún dos horas. Su pecho emitía una especie de gorgoteo; su cuerpo demacrado se estremecía. Después los gorgoteos y los estertores se fueron espaciando. —¡Ha terminado! —dijo alguien a su lado. Él oyó esas palabras y las repitió en su alma. «La muerte ha terminado —se dijo. Ya no existe.» Tomó una bocanada de aire, se detuvo en mitad de la aspiración, extendió los miembros y se murió. (Tolstói, 2016, p. 97)

¿Habrà acaso un mejor final, o una mejor forma de cerrar un libro, un capítulo, una historia, una narrativa o una vida? ¿Cómo afrontar estos finales y cierres que, aunque predecibles, no dejan de ser trágicos y dolorosos?

La presencia, el estar ahí y, en cierto sentido, rescatar una apología por el silencio compasivo pueden ser claves en momentos difíciles. A veces las

palabras se escapan, es imposible encontrar palabras adecuadas para situaciones contingentes y dolorosas. Ante dicha imposibilidad, la finitud gramatical y lingüística son posibles; simplemente se trata de estar con el otro, tomar su mano y mirar sus ojos. Las respuestas compasivas son primitivas, esto es, que tienden a ser instintivas e irreflexivas y son ontológicamente humanas; en últimas, son condiciones de posibilidad de ser con el otro. Aunque pensar la compasión conceptualmente es complejo y problemático, hoy en día se tiende a confundir con lástima y simpatía.

La compasión es ante todo responder, un hacerse presente al llamado y a la demanda del otro. No es una emoción, sino una respuesta; he allí una tarea ardua para los profesionales de salud en formación. Se trata de cuidar y curar del otro que sufre, así como responder, estar presente y, en muchas ocasiones, lo más importante no es ni tener ni ser, sino simplemente estar: estar ahí para ser con el otro, tal como lo hacía Guerásim.

Conclusión

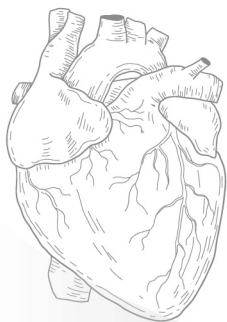
La muerte de Iván Illich, de Tolstói, resalta la universalidad del sufrimiento humano y la importancia del cuidado en la confrontación de la muerte. A través del arte literario es posible reflexionar alrededor de cuestiones sobre la salud y la enfermedad, y en general sobre la existencia misma. Este enfoque interdisciplinario no solo enriquece la comprensión de la muerte y el sufrimiento, sino que también subraya el cuidado como una respuesta esencial y compasiva ante la finitud humana. Para ello, se reconoce que el sufrimiento y la muerte son experiencias ineludibles que todos enfrentamos, y al ser inexorables a la existencia humana no solo la definen, pues, además, revelan la necesidad de empatía y cuidado mutuo.

Una lectura de la muerte a través del cuidado resalta que cuando no se puede curar, siempre queda la atención o el trato. El cuidado en su forma más genuina surge de la comprensión y la aceptación de nuestra mortalidad compartida. Este cuidado se manifiesta no solo en el apoyo físico, sino también en el reconocimiento y el acompañamiento al otro en su sufrimiento, para enriquecer nuestra humanidad y fortalecer los lazos que nos unen en nuestra experiencia compartida de la finitud.

Referencias

- Buber, M. (2018). *¿Qué es el hombre?* Fondo de Cultura Económica.
- Charon, R. (1997). *The ethical dimensions of literature: Henry James's The Wings of the Dove*. En H. Lindemann (Ed.), *Stories and their limits: narrative approaches to bioethics* (pp. 91-112). Routledge.
- Cong, Y., y Dwyer, J. (2023). The duty to care is not dead yet. *Asian Bioethics Review*, 15(4), 505-515. <https://doi.org/10.1007/s41649-023-00254-5>
- Corominas, J. y Pascual, J. M. (2010). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. Gredos.
- Epicuro. (1995). *Obras completas* (J. D. Vara, trad.). Cátedra.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2018). *El poder psiquiátrico: curso en el Collège de France (1973-1974)*. Akal.
- Freud, S. (2016). *Lo siniestro*. Createspace Independent.
- García Uribe, J. C. (2020). Cuidar del cuidado: ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 24(57), 52-60. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.57.05>
- García Uribe, J. C. (2021). Cuidar en la era tecnocientífica: de la finitud al superhombre. *Cultura de los Cuidados*, 25(59), 50-59. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.59.07>
- García Uribe, J. C. y Castaño-Díez, N. (2022). Percepciones de profesionales sanitarios sobre medidas no farmacológicas para el manejo del dolor crónico. *CES Enfermería*, 2(2), 5-27. <https://doi.org/10.21615/cesenferm.6306>
- García Uribe, J. C., y Pinto-Bustamante, B. J. (2024). Beyond compassion fatigue, compassion as a virtue. *Nursing Ethics*, 31(1), 114-123. <https://doi.org/10.1177/09697330231196228>
- García Uribe, J. C. y Lopera Jaramillo, D. M. (2024). Valor para cuidar y cuidado como valor. *CES Enfermería*, 5(1), 49-55. <https://doi.org/10.21615/cesenferm.7522>
- Heidegger, M. (2003). *¿Qué es metafísica?* Alianza.
- Heidegger, M. (2018). *Ser y tiempo* (J. E. Rivera, trad.). Trotta.
- Lacan, J. (1981). *El seminario. Libro 10. La angustia*. Paidós.
- Láin Entralgo, P. (1976). *Gregorio Marañón: vida, obra y persona* (2.ª ed). Espasa-Calpe.
- Mèlich, J. C. (2013). *Ética de la compasión*. Herder.
- Mèlich, J. C. (2022). *La experiencia de la pérdida*. Fragmenta.

- Mercer, S. W., McConnachie, A., Maxwell, M., Heaney, D. y Watt, G. (2005). Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Family Practice*, 22(3), 328-334. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh730>
- Montaigne, M. (2005). *Ensayos I*. Gredos.
- Ramírez, R., Soto, J. y Campos, L. (2020). Motivación educativa y hábitos de estudio en ingresantes de ciencias de la salud. *Universidad y Sociedad*, 12(1), 273-279. <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n1/2218-3620-rus-12-01-273.pdf>
- Pellegrino, E. D. y Thomasma, D. C. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford University Press.
- President's Council on Bioethics. (2008). *Controversies in the determination of death: A white paper of the President's Council on Bioethics*. <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559343/Controversies%20in%20the%20Determination%20of%20Death%20for%20the%20Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez Zoya, L. G. y Aguirre, J. L. (2011). Teorías de la complejidad y ciencias sociales. Nuevas estrategias epistemológicas y metodológicas. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 30(2), 147-166. https://doi.org/10.5209/rev_NOMA.2011.v30.n2.36562
- Sartre, J. P. (2019). *El ser y la nada: Ensayo de ontología y fenomenología*. Losada.
- Tolstói, L. (2016). *La muerte de Iván Illich* (M. Álvarez Ruiz, trad.). Jorge A. Mestas Ediciones.



Capítulo 3

Palabras que sanan: el impacto terapéutico de la lectura y de la creación de narrativas literarias⁸

Maritza García-Toro y Stephen Fay

<https://doi.org/10.22209/9786289681208.C3>

Introducción

En 1916, en su artículo «Una clínica literaria», el ensayista Samuel McChord exponía la existencia de un *Instituto Bibliopático* al que se podía acudir para recibir tratamientos con libros. El servicio era brindado por el doctor Bagster, quien afirmaba que los libros podían obrar como estimulantes, sedantes, irritantes o soporíferos (McChord, 1916). A partir de esta publicación, la palabra *biblioterapia* empezó a emplearse para hacer referencia al uso de materiales de lectura como adyuvantes terapéuticos. Para entonces, proponer la lectura como medio terapéutico eficaz despertaba dudas y su aplicación estaba reducida a ciertos círculos, especialmente religiosos o teológicos. Más adelante, este tipo de terapia se dirigió a personas mental o emocionalmente «enfermas» (McCullis, 2012). Actualmente, los beneficios de la biblioterapia son ampliamente reconocidos y esta se recomienda en una extensa gama de poblaciones y condiciones. Estas incluyen a niños que están atravesando procesos de adopción, personas en situación de calle o en duelo, aquellas que se encuentran en prisión, que presentan trastornos psicológicos o problemas conductuales graves, así como a personas con demencia. Además, la biblioterapia también se utiliza en procesos de salud-enfermedad para ayudar en la aceptación del diagnóstico, brindar apoyo durante hospitalizaciones y

⁸ Este capítulo es producto de la experiencia en intervención psicológica con primera infancia y está asociado al proyecto de investigación *La demencia y la narrativa creativa*, financiado por el Global Challenges Research Fund, QR Research & Innovation Block Grant.

acompañar a pacientes con enfermedades terminales (Flores y Rioseco, 2020; Heath *et al.*, 2005).

En su definición inicial, la biblioterapia se refiere al empleo de libros con fines terapéuticos como parte de un programa planificado y con la orientación de un profesional competente. Esto abarca la literatura de ficción, los libros de autoayuda y la bibliografía de tipo informativo acerca de la condición diagnóstica de un paciente. Sin embargo, la biblioterapia contempla también la producción de textos (orales y escritos) como herramienta terapéutica. El presente capítulo busca exponer el potencial sanador de la lectura y de la creación de narrativas literarias. No se abordarán otras formas de *biblioterapia* como los libros informativos o de autoayuda, pues nos centraremos en los beneficios psicológicos, cognitivos y sociales de la expresión creativa. En un primer momento, se resumirán algunas investigaciones que muestran los beneficios terapéuticos de la literatura en distintas poblaciones, para luego describir dos experiencias concretas: la lectura terapéutica con niños y la narrativa creativa en personas con demencia, con sus respectivas recomendaciones de implementación.

La literatura como terapia

La lectura de un buen libro es un diálogo incesante
en el que el libro habla y el alma contesta.

André Maurois, *Un arte de vivir*

Escuchar y contar historias son actividades humanas ancestrales, estructurantes, vinculantes y, contrario a lo que se piensa, de gran trascendencia. En las fábulas de Esopo (620-564 a. C.), criaturas antropomórficas nos advierten sobre los peligros vitales de la mentira (*El niño que gritó ¡Lobo!*), la arrogancia (*La liebre y la tortuga*) y la vanidad (*El zorro y el cuervo*), así como nos orientan hacia la sencillez (*Ratón de campo y ratón de ciudad*), la piedad (*El león y el ratón*) y la solidaridad (*La hormiga y la mosca*) (Esopo, 1978). Con sus historias (casi) interminables, Scheherazade se salva de los designios asesinos del sultán durante mil y una noches legendarias (*Las mil y una noches*, 2017). Aristóteles, por su parte, tomó la literatura muy en serio. Según su *Poética* (335 a. C.), el contacto con el melodrama literario genera una catarsis emocional que

le permite al público enfrentarse con ecuanimidad a las vicisitudes de la vida más allá del libro o del teatro (Aristóteles, 1996). En cuanto a la producción activa de historias, el filósofo francés Paul Ricœur es contundente en afirmar que la identidad humana es narrativa, tanto al nivel individual (¿quién soy yo?) como al nivel colectivo (¿quiénes somos nosotros?) (Ricœur, 1978). Aunque tal vez hiperbólico, es indudable que a través de las historias transmitimos nuestras experiencias, creencias, deseos y necesidades, construimos relaciones con los demás y nos estructuramos como sujetos. Cada vez que narramos una anécdota o que explicamos cómo estuvo nuestro día, estamos creando una historia y transmitiendo *el sentido* de la vida (Stetler, 2010).

También Freud dedicó parte de su obra a estudiar la función de la estética y la imaginación en el psiquismo humano. En su texto *El creador literario y el fantaseo* (1908) manifestó que todo placer estético proviene de la liberación de tensiones en el interior de nuestra psique, de modo que el poeta (diríamos, el creador literario) nos habilita para disfrutar de nuestras propias fantasías sin remordimiento ni vergüenza.

Es así como la literatura nace a raíz de las capacidades y necesidades humanas de contar, de escuchar y de sentir, pero también de entender el mundo y nuestras propias experiencias. La expresión literaria es una puerta al mundo interior del ser humano por ser un espacio para la evocación, la introspección y la retrospección, en el que el dolor, la herida y el trauma, además de la esperanza, el deseo o el anhelo, pueden simbolizarse y metaforizarse. En este sentido, la literatura se revela como un punto de encuentro entre las posibilidades terapéuticas de la producción y de la recepción literarias. Si la poetisa estadounidense Sylvia Plath escribió su famosa novela *La campana de cristal* (1963) como acto de purga emocional después del desmoronamiento de su relación con su esposo Ted Hughes,⁹ el libro se ha convertido en texto seminal de la *psicopatografía*, en el que los estudiantes de psicología, psiquiatría y disciplinas afines desarrollan sus habilidades analíticas y empáticas al analizar este *caso de estudio* literario de la depresión aguda (Crawford *et al.*, 2015).

⁹ En este caso, la escritura de su libro, como catarsis, no fue suficiente para contener su paso al acto, ya que Plath se suicidó pocos meses después de la publicación de la obra.

Diversos estudios han señalado los beneficios de usar la lectura y la creación narrativa para favorecer la tramitación de experiencias dolorosas y de traumas, porque ofrecen un espacio seguro para la expresión del malestar, para la exploración de ideas, sentimientos y actitudes, al tiempo que permiten comprender mejor el entorno y las expectativas sociales (Bauer y Balius, 1995; Gregory y Vessey, 2004; Pardeck y Markward, 1995; Tielsch Goddard, 2011). Investigaciones con un corte cognitivo han reportado que los textos literarios ayudan a los niños a desarrollar habilidades de pensamiento crítico y resolución de problemas. En adultos se han reportado mejorías en estados de ansiedad y depresión; asimismo, en la comunicación y comprensión de estados mentales y afectivos asociados a diagnósticos clínicos como esquizofrenia, cáncer, VIH u otras enfermedades crónicas (Kasperek-Zimowska *et al.*, 2021; Mcardle y Byrt, 2001; Peterkin y Grewal, 2018). También se han propuesto para desarrollar empatía, mecanismos de afrontamiento, cambiar las percepciones y el comportamiento de familiares, compañeros y amigos de personas con enfermedades o discapacidades, entre otros (DeVries y Sunden, 2019; Maich y Belcher, 2012; Provost, 2017; Rozalski *et al.*, 2010).

Un estudio publicado en 2004 refería que después de la exposición a una historia ficticia sobre burlas y acoso, y luego de compartir su propio relato no ficticio de esta experiencia, los niños víctimas de matoneo desarrollaron estrategias de afrontamiento exitosas para lidiar con esta situación (Gregory y Vessey, 2004). Una revisión llevada a cabo por Montgomery y Maunders (2015) mostró que la biblioterapia creativa con niños tuvo un efecto de pequeño a moderado en la prevención y el tratamiento de conductas de internalización (adaptación, ansiedad y miedo) y externalización (impulsividad), como también en la mejora de la conducta prosocial (empatía y habilidades para resolver problemas sociales). Además, el estudio de Mar *et al.* (2006) señaló algunas diferencias entre la lectura de ficción y no ficción. Concluyeron que la exposición a textos impresos de ficción se asoció positivamente con medidas de capacidad social y empatía, en comparación con los textos impresos de no ficción. Asimismo, la tendencia a quedar absorto en una historia, también conocido como *compromiso narrativo*, predijo puntuaciones más altas de empatía.

Durante la emergencia por COVID-19, las bibliotecas públicas desempeñaron un papel fundamental en la promoción del bienestar de la comunidad. Numerosas bibliotecas alrededor del mundo emplearon la biblioterapia para apoyar a las personas que enfrentaron soledad y aislamiento, o problemas de salud mental. Por ejemplo, en Estados Unidos, se desarrolló un modelo de servicio en el que los bibliotecarios públicos se asociaron con trabajadores sociales para brindar servicios e intervenciones de salud mental a través de materiales de lectura (Grimes *et al.*, 2023).

Ahora bien, leer e imaginar no solo tiene efectos psicológicos, sino también neurológicos y neuropsicológicos. Las investigaciones sugieren que las palabras escritas y el uso de la imaginación provocan reacciones neuronales similares a las que se manifestarían durante una experiencia real. Estudios de neuroimagen muestran que la lectura de palabras como *patear* o *hablar* activa las regiones de la corteza motora que normalmente se usan para esas acciones (Pulvermüller *et al.*, 2001; Zwaan *et al.*, 2004). Finalmente, se ha descrito que las áreas implicadas en la comprensión y producción narrativa incluyen una red de regiones cerebrales, a menudo asociadas a lo que se ha denominado como teoría de la mente (Mar y Oatley, 2008).¹⁰

Los caminos de la sanación literaria

Come, and take choice of all my library
and so beguile thy sorrow.

William Shakespeare, *Titus Andronicus*

La escritura no es más que una forma de lectura de nosotros mismos.

Escribir es la manera más profunda de leer la vida.

Francisco Umbral, *Días felices en Argüelles*

A partir de las premisas psicodinámicas, Shrodes (1950) postuló un modelo explicativo que resalta el papel de la identificación, la proyección, la

¹⁰ La teoría de la mente es una habilidad cognitiva y social que permite comprender que los demás tienen intenciones, deseos, creencias, percepciones y emociones diferentes a las nuestras, y que tales experiencias afectan sus acciones y comportamientos. Esta habilidad permite desarrollar la empatía.

catarsis y el *insight* en la terapia con libros, procesos que se presentarían en un orden secuencial.

En el contexto de la lectura, la identificación se manifiesta cuando el lector (de manera consciente o inconsciente) reconoce en los personajes sus propias emociones, actos, fantasías, angustias, pensamientos, entre otros. Esta especie de resonancia emocional brinda al lector la oportunidad de explorar y procesar sus propias emociones y conflictos internos de una manera simbólica y segura; además, este proceso permite que el lector experimente que su situación es compartida por otros (Russell y Russell, 1979). De ese modo, estará menos inclinado a sentirse aislado, incomprendido o a considerarse diferente de una manera negativa. Desde un punto de vista cognitivo, la identificación con los personajes literarios permite a los lectores dar sentido a sus propias experiencias y tener acceso a formas alternativas de afrontar situaciones, resolver conflictos y ampliar su repertorio de respuestas emocionales y conductuales (Suvilehto *et al.*, 2019).

Por su parte, la escritura permite al individuo depositar de manera tolerable sus mismos conflictos, fantasías y deseos inaceptables a través de un mecanismo llamado proyección. Proyectar nuestros deseos y emociones inconscientes en los personajes permite distanciarnos de ellos y evitar enfrentarlos directamente. Este mecanismo brinda una sensación de alivio y ayuda a manejar la ansiedad o la culpa asociada a los propios conflictos internos. Por último, el *insight* es la comprensión profunda y reveladora que un individuo alcanza sobre sí mismo, sus emociones y motivaciones subyacentes. Cuando los lectores se involucran con la trama de una historia, se han identificado con los personajes y han obtenido alivio emocional a través de la catarsis, pueden dar el paso de comprender su propio universo interno. Es decir, el lector se prepara para entender cómo se configuran sus emociones, sentimientos, pensamientos y actos.

A los mecanismos ya mencionados habría que agregar, de manera obligada, la sublimación. Esta consiste en canalizar impulsos inaceptables a través de modos de expresión y actividades productivas o socialmente aceptadas. La base sobre la cual opera este mecanismo es la simbolización.

Por esta razón, las artes, incluida la literatura, se convierten en uno de los principales medios de sublimación.

La imaginación infantil al rescate

¿No deberíamos buscar ya en el niño
las primeras huellas del quehacer poético? [...]
Acaso tendríamos derecho a decir:
todo niño que juega se comporta como un poeta.
Sigmund Freud, *El creador literario y el fantaseo*

La literatura, la escritura y otras formas expresivas como el dibujo pueden ayudar a los niños a comprender y a expresar sus emociones de manera segura y efectiva. Al ser una forma de abordaje menos amenazante y confrontadora en comparación con la terapia verbal tradicional, los niños se sienten más cómodos y dispuestos a participar en el proceso terapéutico. Además, estas formas de expresión y representación pueden ser más próximas al pensamiento infantil por su contenido creativo y fantasioso, menos sometido a las leyes formales y convencionales.

Donald Winnicott, un destacado psicoanalista británico, defendió la idea de que la literatura y la expresión creativa tienen un gran poder terapéutico. A lo largo de su obra afirmó que la literatura y otras formas de arte son una parte vital del desarrollo emocional y psicológico de los individuos. Winnicott creía que el arte es una forma de comunicación que nos permite expresar nuestras emociones y sentimientos más profundos de manera más efectiva que las palabras habladas. En particular, se interesó por el papel de la lectura de historias en la formación de la personalidad y la identidad, así como en la superación del trauma.

Bruno Bettelheim también describió cómo la literatura puede ser utilizada en terapia infantil para ayudar a los niños a resolver problemas y comprender sus emociones. Este psicoanalista señaló que los cuentos de hadas representan los problemas humanos universales y apuntan a los conflictos centrales de la vida psíquica del niño (Bettelheim, 1994). En su obra *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*, Bettelheim sostiene que, para que una historia tenga efectos terapéuticos en un niño, no solo debe ser comprensible y despertar su curiosidad, sino que, además,

debe estimular su imaginación, contribuir al desarrollo de su intelecto y aclarar sus emociones. La lectura que se ofrezca al niño debe abordar sus miedos y dificultades, al tiempo que sugiere soluciones a los problemas que le preocupan, sin minimizar sus conflictos; además, debe alentar su confianza en sí mismo y en el futuro.

Durante la infancia, aunque el uso del habla puede ser limitado, la capacidad imaginativa es mayor y no existen tantas barreras ni reservas para afrontar conflictos psíquicos cuando se cuenta con el acompañamiento adecuado. Por lo tanto, es importante que los facilitadores conozcan cómo implementar adecuadamente métodos y técnicas basadas en lectura narrativa.

En primer lugar, se deben definir con claridad los objetivos del programa de intervención y de la sesión. En un contexto clínico, se abordan problemas emocionales o de comportamiento significativos, por lo que la sesión debe ser desarrollada por un terapeuta o personal entrenado. Los objetivos podrían incluir la comprensión y tramitación de emociones, la adopción de nuevos comportamientos o la promoción del bienestar psicológico. El rol del terapeuta está orientado a la expresión de sentimientos, la búsqueda de alternativas y el apoyo emocional para enfrentar situaciones (Cook *et al.*, 2006; Lucas y Soares, 2013). Por su parte, programas o sesiones con fines más educativos son propicios para niños o niñas en quienes se busca mantener el bienestar emocional o desarrollar habilidades sociales, de resolución de conflictos o de afrontamiento (McCulliss, 2012; Rozalski *et al.*, 2010). Este tipo de intervención se puede desarrollar por educadores, bibliotecólogos y otros profesionales del área sin que se requieran habilidades terapéuticas específicas, aunque sí son necesarias destrezas en la facilitación de talleres y conocimiento sobre técnicas y dinámicas de grupo. No obstante, hay unas recomendaciones generales que deben seguirse para favorecer el adecuado desarrollo de las sesiones y el logro de los objetivos.

Tenemos, por un lado, la selección del material. El uso terapéutico de la literatura implica tener en cuenta tanto las necesidades del participante como la calidad literaria y de contenido del material. Se debe considerar la edad, el género, la cultura, las características cognitivas y las

preferencias personales de los niños para elegir una obra que sea apropiada para su situación. También es importante considerar la complejidad emocional y temática, asegurándose de que no sea demasiado desafiante o abrumadora. Se deben elegir historias cuyos personajes luchan con un problema similar al de los niños con los que estamos trabajando.

Cuando se abordan conflictos psicológicos significativos, la elección debe contener cuentos o relatos que pongan en un riesgo relativo al protagonista, pero que desemboquen en finales esperanzadores en los que los personajes han logrado aprendizajes y salir airosos del peligro. Se deben evitar finales fatalistas o desgarradores que transmitan desaliento o la sensación de que los obstáculos son insalvables. También se deben seleccionar materiales que permitan la reflexión, la discusión y la crítica. En ocasiones, encontramos libros para niños que se presentan como *biblioterapéuticos*, cuyos contenidos son dogmáticos o condicionantes y en los que se aprovechan de estereotipos o se promueven estigmas con el fin de moldear conductas. En un contexto en el que se pretenda lograr transformaciones subjetivas deben evitarse este tipo de textos.

La extensión de la historia también es importante. Las historias largas y complejas pueden ser apropiadas para niños con quienes se trabajará en varias sesiones o que pueden leer en sus hogares para luego discutir la historia durante la sesión. En cambio, las historias breves serán más convenientes para niños pequeños que requieren apoyo en la lectura o en sesiones en las que el adulto lee en voz alta. Otro aspecto a tener en cuenta es el formato del material. Actualmente se cuenta con soporte físico y digital, existen materiales interactivos, ilustrados o para colorear. La selección de uno u otro debe ir alineado con las características del niño y los objetivos de trabajo, no solo con qué tan vistosos o novedosos resulten.

Por otro lado, las intervenciones se deben realizar en espacios adecuados, controlando distractores, interrupciones o intromisiones de personas ajenas al proceso. Es necesario definir si la sesión se realizará de manera individual o grupal, con la participación de la familia o sin ella. Una sesión individual permitirá abordar temas más íntimos en los que podría quedar expuesta la privacidad del niño o la familia. Mientras que

las sesiones grupales proporcionan un sentido de pertenencia, cohesión y seguridad, lo cual favorece la identificación entre pares. En tal caso, los participantes deben ser similares en edad o nivel de desarrollo. Las sesiones deben ser periódicas y permitir un sentido de continuidad. Hay que recordar que se trata de un proceso y que una única sesión no proporcionará resultados a largo plazo; claro está, el número de sesiones dependerá de las necesidades y características de los niños y las niñas. Ahora bien, antes de cada sesión se debe planear el orden de las actividades, su duración y a través de cuáles medios se estimulará la participación de los niños.

La sesión debe contener básicamente tres momentos: una introducción, un desarrollo y un cierre. La introducción (también llamada *encuadre*) es el momento que permite comunicar o concertar objetivos, escuchar y aclarar expectativas, así como establecer un ambiente seguro y acogedor. En este espacio, el facilitador debe crear un clima de confianza en el que los niños se sientan cómodos, escuchados, validados y comprendidos. La actitud del facilitador establecerá el tono y el enfoque de la sesión, brindará la oportunidad de crear conexiones significativas con los niños y ofrecerá empatía y apoyo. Por último, deben quedar claras normas como el respeto, el cuidado de la intimidad, la privacidad y otras que se consideren pertinentes.

Por su parte, el desarrollo debe contener varios instantes cuyo orden varía de acuerdo con los objetivos, tiempos, materiales y espacios disponibles, así como las características de los niños. No obstante, de manera general, debe contener la lectura del material (ya sea por los niños o por un adulto que lee en voz alta), así como un instante para conversar acerca de la historia, de las impresiones, opiniones o sentimientos que genera. Finalmente, es importante abrir espacios de elaboración; esto último consiste en que los niños puedan procesar las sensaciones, emociones y pensamientos asociados a la historia. Se puede lograr con conversatorios, a través de dibujos, títeres, dramatizaciones, canciones u otros recursos; en esta fase es válido reelaborar el relato o dar finales alternativos con narraciones. Para este punto siempre es conveniente que el facilitador esté correctamente entrenado en cualquiera de las técnicas que emplee. Es indispensable además cuidar el clima de la sesión, de modo

que esta se mantenga cálida y segura; se deben evitar los castigos, regaños o cualquier otra amonestación, pues incluso los comportamientos y comentarios disruptivos pueden ser la manera como los niños manifiestan su ansiedad ante lo que sucede en la sesión. Como recomendación general, es preferible empezar por hablar de la historia y sus personajes para que los niños tomen distancia afectiva de la situación y se sientan menos angustiados. Posteriormente, las preguntas y actividades pueden referirse directamente a los niños y cómo abordarían la misma situación.

Durante el momento de cierre, el terapeuta o facilitador se asegura de que se haya alcanzado un punto de conclusión satisfactorio, esto proporciona un sentido de resolución, lo que permite que los participantes reflexionen sobre lo que se ha discutido y procesado emocionalmente. El cierre también brinda la oportunidad de resumir los puntos clave, revisar los *insights* y destacar los progresos realizados. En casos en los que el tema queda inconcluso y necesita ser continuado en otra sesión, el terapeuta puede establecer un plan claro para la próxima reunión, asegurándose de que los niños tengan expectativas claras sobre lo que se abordará y cómo se desarrollará la siguiente fase del trabajo. Esto facilita una transición fluida y brinda a los niños la seguridad de que su proceso aún está en curso y que cualquier inquietud o malestar será abordado de manera adecuada en sesiones futuras. Por último, estas herramientas pueden emplearse con la participación de las familias, siempre y cuando los adultos no sean espectadores, sino que estén involucrados de manera activa en todos los momentos de la sesión.

En la tabla 3.1 se dan ejemplos de preguntas que se pueden formular en los distintos instantes de la lectura.

Tabla 3.1
Preguntas incitadoras de acuerdo a cada momento de la sesión

	Ejemplos de preguntas	Propósito
Anticipación	¿De qué creen que va a tratar la historia? (tras leer el título).	Generar expectativa frente al relato.
Durante la lectura	Pausar en puntos clave: ¿qué creen que va a pasar? ¿Cómo creen que se está sintiendo? ¿Qué está pensando? ¿Qué debería hacer?	Mantener o retomar la atención y focalizarla sobre puntos claves.

	Ejemplos de preguntas	Propósito
Después de la lectura	¿Dónde, cuándo ocurrió...? ¿Qué crees que pensó, sintió este personaje? ¿Qué crees que hubiera pensado o sentido si...? ¿Por qué crees que actuó de esa manera?	Destacar aspectos del relato. Comprender la postura de los personajes tomando distancia afectiva.
	¿Cómo supiste que se sintió o pensó de esa manera? ¿Cómo resolverías este problema? ¿Qué harías si...? ¿Crees que la historia podría terminar de otro modo?	Apoyar la elaboración de los conflictos afectivos o procesar los nuevos aprendizajes.

La creación de narrativas literarias por personas con demencia: el poder terapéutico de la imaginación

Despejar la mente y poner allí en ese cerebro cosas nuevas, imaginaciones, imaginarse cosas [...]; despertar esas neuronas que se van durmiendo poco a poco.

Participante H. (*Fay et al.*, 2023)

A primera vista, algunos de los síntomas neurológicos y neuropsicológicos asociados con la demencia parecen incompatibles con la expresión literaria creativa. En la mayoría de las variantes de la enfermedad, por ejemplo, el deterioro neurológico experimentado puede llegar a dificultar la capacidad para la comprensión y la producción verbal y textual fluida (World Health Organization, 2021). Esta afasia puede afectar a cada aspecto del dominio lingüístico: la comprensión del idioma se dificulta; la aplicación de las normas gramaticales y sintácticas se complica y puede producirse un marcado idiolecto, y la ortografía estándar se olvida (National Institutes of Health, 2015). En varios estudios, la afasia se identifica como uno de los síntomas más impactantes y frustrantes para las personas con demencia, cuyos idearios ya no se plasman con fluidez en la producción verbal o textual de que son capaces (Burns *et al.*, 1991; Mesulam, 2003; Patel *et al.*, 2022).

Tanto como la afasia, la amnesia es característica de múltiples tipos de demencia. En cuanto a la expresión fluida de ideas y la creación de historias literarias, la amnesia representa un reto considerable. Cuando el *logos* (la historia) se desprende del *cronos* (el tiempo) con la amnesia, se

puede imponer un umbral temporal en el que el pasado, el presente y hasta un futuro posible se combinan y se confunden. Algunas personas con demencia expresan sensaciones de *pérdida temporal* (hasta más agudas que las de desorientación espacial), que las ubican en un plano temporal idiosincrático con contacto solo incierto con la cronología *normal* del prójimo. Por eso, en el sentido estricto, deja de ser su *con-temporáneo* (Joray *et al.*, 2004; Milne y Phillips, 2020). En el plano literario, estas características de la amnesia parecen dificultar o hasta imposibilitar la creación de historias cronológicas, coherentes y comprensibles; en un estado amnésico, la estructura narrativa teleológica y tradicional de inicio-intermedio-fin tiene poca validez.

Desde esta perspectiva, entonces, la demencia y la producción literaria parecen incompatibles, pero no lo son. Si Aristóteles celebraba las posibilidades teatrales catárticas del inicio problemático, el intermedio purgatorio y el final liberado de penas y culpas (1996), las literaturas modernista, surrealista, posmodernista y mágico-realista, entre otras, habitan un mundo creativo de *flujos de conciencia* que no se atienen a ninguna norma sintáctica (ejemplos que van desde *El faro* de Virginia Woolf hasta *Amuleto* de Roberto Bolaño), que experimentan con soluciones sintácticas novedosas y hasta idiosincráticas (desde *Ulises* de James Joyce hasta *Paradiso* de José Lezama Lima), que se desenvuelven en mundos en que lo visible, lo comprensible y lo representable ceden a lo alusivo, elusivo y profundamente metafórico, o un mundo donde la cronología lineal está derribada de una vez y por siempre por un hombre sentado debajo de un árbol durante cien largos años de soledad (como en la obra maestra de Gabriel García Márquez).

Si, desde esta perspectiva moderna, posmoderna y mágico-realista, las aparentes divergencias inconsolables entre la demencia y la literatura se pueden superar, ¿cuáles han sido las aplicaciones prácticas de la biblioterapia productiva para y por las personas con esta condición?

Una corriente nutrida de práctica e investigación biblioterapéuticas son las autobiografías escritas por personas con demencia. Aunque una autobiografía no es un texto literario creativo en el sentido estricto, muchos ejemplares de este género son fascinantes por su manejo de tiempos no

cronológicos, por su empleo de la metáfora para plasmar cosmovisiones propias (a pesar de las dificultades afásicas) y por sus teorizaciones sobre el mayor nivel de coherencia expresiva que una persona con demencia se puede lograr en la escritura (Bryden, 2005; DeBaggio, 2003; Mitchell, 2018; Oliver, 2019).

En la práctica biblioterapéutica actual, hay pocos casos del empleo de la narrativa literaria escrita por personas con demencia (algunas excepciones notables se describen en Benbow y Kingston, 2016, y Ryan *et al.*, 2009). En cambio, la creación individual o colectiva de historias orales ya viene aplicándose desde hace más de veinticinco años. La metodología insigne de la creación literaria oral y grupal es *TimeSlips*, que fue diseñada por la profesora Anne Basting (University of Wisconsin, Milwaukee) a finales de los años noventa como terapia de expresión creativa orientada específicamente hacia las personas con demencia (Basting, 2000). El método *TimeSlips* usa imágenes evocativas y preguntas abiertas con pequeños grupos para estimular contribuciones imaginativas a una narración colectiva. Se basa en ciertas técnicas y valores que buscan estimular y aumentar las capacidades creativas de las personas con demencia y, además, crear una mejor conciencia pública acerca de esas capacidades para así combatir los estereotipos peyorativos acerca de la demencia. El primero de estos valores es que *TimeSlips* exhorta a los participantes a *olvidarse de la memoria*; que dejen de enfocarse en (y preocuparse por) la memoria episódica y que prioricen en cambio la creación espontánea y atemporal (Basting, 2009). Además, *TimeSlips* se describe como un método *failure-free* (o *sin fallos*) que incita a los facilitadores de sesiones de *TimeSlips* a admitir y a validar todas las contribuciones a la narrativa colectiva por extrañas, idiosincráticas y hasta incoherentes que sean. El método también procura catalizar la creación imaginativa y espontánea de los participantes a través de las preguntas abiertas y *bellas* que son características de este método. Estas preguntas van más allá del plano descriptivo hasta lo alusivo: con base de un estímulo visual de un individuo, por ejemplo, los facilitadores podrían empezar con preguntas sencillas como ¿dónde está?, ¿cómo se llama?, ¿qué está haciendo?, y complementarlas con interrogantes más complejos y enigmáticos como ¿qué está pensando?, ¿cómo se siente?, ¿qué secretos guarda?

Desde sus inicios en residencias geriátricas y centros asistenciales en los Estados Unidos, hoy en día hay más de novecientos facilitadores acreditados de *TimeSlips* en veintiún países (incluido Colombia). Varios estudios cualitativos y cuantitativos han examinado el impacto de participar en sesiones de *TimeSlips* en diferentes aspectos neurológicos, psicológicos y sociales, con resultados prometedores. Conjuntamente, esta investigación indica que la participación en programas de *TimeSlips* puede aumentar la agilidad mental (Fritsch *et al.*, 2009), elevar la cantidad de interacciones asertivas (Bahlke *et al.*, 2010), profundizar las emociones placenteras (Phillips *et al.*, 2010), favorecer las actitudes positivas de profesionales de la salud hacia las personas con demencia (George *et al.*, 2011), incrementar la cantidad y calidad de la comunicación entre personas con demencia y cuidadores en centros asistenciales (George y Houser, 2014; Vigliotti *et al.*, 2017), brindar oportunidades para la diversión y *juego catártico* (Swinnen y de Medeiros, 2017), mejorar la función cognitiva, comunicación y estatus emocional (Lin *et al.*, 2019), y estimular la empatía y cuidado mutuo entre personas con demencia (Kim *et al.*, 2020).

TimeSlips tuvo su primera aplicación en idioma español entre 2020 y 2021. Un estudio radicado en el Grupo de Neurociencia de Antioquia (GNA, un centro de investigación de la Universidad de Antioquia), y en colaboración con una universidad británica, fue el primero en evaluar la gestión digital de un programa de *TimeSlips* (una adaptación del estudio presencial original en respuesta a la cuarentena impuesta en Colombia durante la pandemia por COVID-19).

El estudio demostró que la participación en este programa de biblioterapia virtual tuvo un impacto positivo en diferentes aspectos de la calidad de vida y el bienestar psicológico de los participantes (Fay *et al.*, 2023). Se observó un efecto positivo, por ejemplo, en el estado de ánimo, en los niveles de energía y en varios aspectos de la función cognitiva de los participantes (como la observación, concentración y memoria). También hubo evidencia de un efecto positivo en la creatividad, la capacidad de expresarse, la autopercepción y la autoestima, con un impacto concomitante en las actitudes y el comportamiento de algunos de los cuidadores hacia sus familiares con demencia. Un resultado significativo fue que la interacción exclusivamente virtual entre los participantes, y entre ellos

y los facilitadores, no representó ningún obstáculo a la formación y consolidación de lazos sociales auténticos y duraderos (Fay *et al.*, 2023).

Además de los datos cualitativos ofrecidos por los participantes y sus familiares en entrevistas semiestructuradas con el equipo investigador de este proyecto, las historias imaginativas creadas por los *participantes-autores* también se consideran fuentes valiosas de datos. Al analizar las sesenta y cuatro historias de la primera fase del proyecto (que se realizó con ocho personas entre abril y diciembre de 2020), se revela un tropo narrativo consistente que se puede encapsular con el término *ad libitum*. Son historias *ad libitum* porque revelan a autores expresándose libre y espontáneamente sin preocuparse por cualquier miedo a *fallar* (un aval fuerte de la eficacia de la ética *failure-free* de *TimeSlips*). *Ad libitum* también porque las contribuciones de muchos de los participantes indican una expresión *a gusto* y sin limitarse. Este deseo de aprovecharse al máximo de las posibilidades creativas y escapistas de los talleres del proyecto pareció aumentarse a medida que las limitaciones sociales, expresivas y hasta sensoriales de la cuarentena se prolongaran. Por otra parte, las narrativas creadas por los participantes demuestran características, actitudes y disposiciones *ad libitum* en el sentido etimológico de identificarse estrechamente con los términos en latín de *libens* (la condición de estar preparado y dispuesto a cometer cualquier acción); *libentis* (la cualidad de acometer tales acciones con entusiasmo y energía), y *libentia* (la posesión de una perspectiva optimista delante la vida). Como ilustración sencilla de este tropo y el espíritu *ad libitum*, obsérvese la respuesta de un participante a un estímulo visual presentado durante una de las sesiones. Para tener una referencia del estímulo empleado, consúltese la imagen disponible en la página Shutterstock con la descripción: «Chica linda caminando con una maleta grande y globos de colores en la carretera de campo», de la autora Mehendra_art. La imagen no se comparte en este capítulo debido a las restricciones de la licencia de uso.

Yo estoy analizando, entaconada, con zapato alto, con maleta, con bombas... tiene que tener una motivación inmensa ya sea por su familia. Pero la fuerza que tiene para llevar maleta, bombas, entaconada, es porque definitivamente tiene una fortaleza inmensa y supera todas las dificultades de espacio y tiempo

porque el encuentro familiar es muy emotivo para ella, y se logra tener tanta fuerza. (M., sesión del 26 de agosto de 2020)

Lejos de los estereotipos y estigmas peyorativos del supuesto déficit y declive de las personas con demencia, M. y los otros participantes de este proyecto de *TimeSlips* en Colombia se revelan como personas listas, preparadas y capaces de enfrentar los retos de la vida, con demencia o pese a la demencia. En cuanto a sugerencias para la implementación de este método biblioterapéutico con poblaciones afectadas por la demencia, será importante partir de los valores fundamentales ya mencionados, aplicar ciertas estrategias para estimular y validar las contribuciones narrativas de cada participante y emplear técnicas de dinámica grupal para estimular la comunicación y creación grupal fluida.

Entre los valores fundamentales del método *TimeSlips*, *olvidarse de la memoria* para enfocarse en la creación atemporal busca evitar las posibles dificultades (y angustias asociadas) de acordarse de acontecimientos (personales o colectivos) vinculados con los estímulos visuales usados en las sesiones. Esto no quiere decir que se deban evitar (ni mucho menos prohibir) las contribuciones narrativas de índole autobiográfica. De hecho, en algunos estudios previos de *TimeSlips*, el entrelazamiento de imaginación y recuerdo ha dado lugar a las narrativas más interesantes y significativas para los participantes (Fay *et al*, 2023; Swinnen y de Medeiros, 2017).

Esta asimilación de *todas* las contribuciones es otro pilar de este método *sin fallo*. Los facilitadores estimulan, inspiran y transcriben las contribuciones de los participantes, pero no las editan (por idiosincráticas que sean). En una sesión *TimeSlips*, no hay contribuciones ni correctas ni erróneas, y todas se incluyen en la narrativa colectiva.

El uso de preguntas abiertas es a la vez una técnica práctica y un valor clave de este método. Los facilitadores buscan estimular la creatividad de los participantes para después dejar que desarrollen sus narrativas en las formas y direcciones que quieran (por eso, el término *participante-autor* es más representativo de su protagonismo y autoridad). Este valor se pone en práctica cuando los facilitadores complementan una pregunta

inicial con la frase recomendada por *TimeSlips*: «Sí, y...», para así darles prioridad a las ideas y palabras de los participantes, como también limitar hasta cierto punto la voz del facilitador mismo.

En cuanto a otras pautas prácticas de una sesión *TimeSlips*, se inicia con la presentación de un estímulo visual escogido por los facilitadores (o por los participantes mismos, si resulta factible). Estos estímulos suelen ser fotografías interesantes que se presten a múltiples interpretaciones y que inciten la curiosidad de los participantes. Además de las preguntas abiertas obvias (qué, cómo, quién, cuándo y por qué), se pueden emplear preguntas más alusivas (como las mencionadas arriba) y cuestionamientos que *animen* a la imagen instantánea: ¿qué va a pasar después?, ¿qué harán luego?, ¿quiénes más vendrán?, etc.

Tanto en sesiones presenciales como en virtuales, se necesitan (por lo menos) dos facilitadores: uno para hacerles las preguntas a los participantes y otro para transcribir las respuestas (de forma manual o electrónica, pero siempre con el máximo nivel de fidelidad posible). En este sentido, el tamaño idóneo de las sesiones oscila entre cuatro (en sesiones virtuales) a diez (en sesiones presenciales), aunque se recomienda contar con más de dos facilitadores para los grupos más grandes, a fin de garantizar el intercambio con (y por tanto la participación de) cada miembro del grupo.

Cada sesión suele durar entre 45 y 60 minutos, pero se recomienda tomar una pausa en un punto intermedio para que el transcriptor lea la narrativa creada hasta ese momento y así estimular nuevas contribuciones creativas por parte de los autores y las nuevas preguntas del facilitador. Las sesiones suelen concluirse con la creación de un título para la narrativa, aunque se deben aceptar y transcribir múltiples títulos si los participantes los sugieren.

La interacción entre los participantes es uno de los elementos más interesantes y estimulantes de las sesiones *TimeSlips*. Aunque el método se basa en una ética *sin fallos*, es posible que los participantes mismos corrijan, editen y hasta rechacen algunas de las contribuciones de sus compañeros. Estos intercambios *editoriales* se deben también validar,

transcribir e incorporar en la narrativa colectiva, aunque los facilitadores sí pueden guiar la sesión para que ningún participante se sienta criticado o excluido (dirigiéndole las preguntas, por ejemplo, para darle validez a sus contribuciones). En este sentido y en otros, el manejo adecuado de una sesión de *TimeSlips* tiene sus retos, sobre todo si hay discrepancias notables entre los niveles de fluidez expresiva, aceptación de la actividad, autoestima y disposición de participar entre el grupo. Sin embargo, por repartir las preguntas de forma equitativa, por validar todas las contribuciones a la narrativa y por emplear otras técnicas de dinámica grupal, se puede lograr una participación, interacción y narración creativa fluida, estimulante y plenamente democrática.

Conclusiones

(Aquí se pone siempre un punto final,
pero de todo punto —siempre también— nace una línea).
Eduardo Zalamea Borda, *Cuatro años a bordo de mí mismo*

Desde las fábulas de Esopo y la poética de Aristóteles hasta las fantasías literarias estudiadas por Freud, las historias creativas han evidenciado su potente capacidad de preparar la psiquis para enfrentar vicisitudes de la condición humana. Desde sus inicios algo jocosos en el instituto del doctor Bagster, la biblioterapia ha demostrado su valor terapéutico en diversas poblaciones y condiciones. A lo largo de este capítulo hemos mencionado la lectura terapéutica con niños y la creación de narrativas orales con personas con demencia como valiosas intervenciones que promueven el bienestar emocional, cognitivo y social. Dicho de otro modo, las palabras sí sanan.

La literatura no solo ofrece entretenimiento y disfrute, además proporciona un espacio seguro para explorar las emociones propias y ajenas, comprender el mundo y procesar experiencias dolorosas. En la infancia, los textos literarios ayudan a los niños a desarrollar habilidades de pensamiento crítico y resolución de problemas. A través de historias, los pequeños pueden explorar diferentes perspectivas, aprender sobre las consecuencias de sus actos y descubrir soluciones imaginativas. De esta manera, la literatura se convierte en un camino hacia la comprensión y la empatía.

Sin embargo, la influencia de las historias no se limita a quienes las experimentan directamente. También impacta en familiares, amigos y compañeros. Por ejemplo, al compartir relatos sobre enfermedades o discapacidades, se pueden cambiar percepciones, comportamientos, cuestionar estereotipos y eliminar estigmas. Estos beneficios también se experimentan en la vida adulta. La lectura y la escritura creativa han demostrado efectos positivos sobre estados de ansiedad y depresión. Asimismo, permiten comunicar y comprender mejor los estados mentales y afectivos asociados a diagnósticos clínicos, como la esquizofrenia, el cáncer o el VIH.

Ahora bien, la creación literaria es una herramienta terapéutica que va más allá de las palabras escritas. En personas con demencia, donde se ven comprometidos la memoria y el lenguaje, la narrativa creativa se erige como una herramienta de expresión libre, en la que no importan los tiempos cronológicos, donde la coherencia y la cohesión pasan a un segundo plano y se da relevancia a los estados imaginativos espontáneos, fluidos y atemporales. En este contexto, *TimeSlips* resulta ser una técnica que aprovecha la expresión particular de las personas con demencia en lugar de corregir o dirigir sus producciones hacia discursos convencionalmente comprensibles. Gracias a este ambiente libre de fallos, en el que todas las contribuciones son valiosas, y a un enfoque en la imaginación, en lugar de la memoria, las personas con demencia encuentran una oportunidad de sentirse competentes, preservar su identidad, establecer lazos sociales y comunicarse de manera significativa.

Invitamos a los profesionales de la salud, educadores y terapeutas a considerar la implementación de estas herramientas en sus prácticas y contextos de trabajo. Para ello, este capítulo ofrece orientaciones generales para su aplicación basadas en experiencias previas exitosas. Es fundamental continuar investigando y ampliando nuestro conocimiento sobre los beneficios de la biblioterapia. Futuras investigaciones ayudarán a profundizar nuestra comprensión de cómo estas herramientas pueden adaptarse y aplicarse de manera más efectiva en diversos contextos y poblaciones.

Referencias

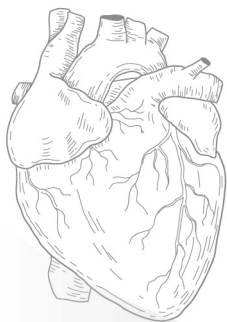
- Aristóteles. (1996). *Poetics* (M. Heath, trad.). Penguin Books.
- Bahlke, L., Pericolosi, S. y Lehman, M. (2010). Use of TimeSlips to improve communication in persons with moderate-late-stage dementia. *Journal of Aging, Humanities and the Arts*, 4, 390-405. <http://doi:10.1080/19325614.2010.535239>
- Bauer, M. S. y Balius, F. A. (1995). Story telling therapy and curriculum for students with serious emotional disturbances. *Teaching Exceptional Children*, 27(2), 24-28. <https://doi.org/10.1177/004005999502700206>
- Basting, A. D. (2000). *TimeSlips training manual*. University of Wisconsin-Milwaukee.
- Basting, A. D. (2009). *Forget memory: Creating better lives for people with dementia*. Cambridge University Press.
- Benbow S. M. y Kingston P. (2016). ‘Talking about my experiences ... at times disturbing yet positive’: Producing narratives with people living with dementia. *Dementia*, 15(5), 1034-1052. <http://doi:10.1177/1471301214551845>
- Bettelheim, B. (1994). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Crítica.
- Bryden, C. (2005). *Dancing with dementia: My story of living positively with dementia*. Jessica Kingsley.
- Burns, A. F., Blonder, L. X. y Heilman, K. M. (1991). Sociolinguistics and aphasia. *Journal of Linguistic Anthropology*, 1(2), 165-177. <http://www.jstor.org/stable/43102126>
- Cook, K. E., Earles-Vollrath, T. y Ganz, J. B. (2006). Bibliotherapy. *Intervention in School and Clinic*, 42(2), 91-100. <https://doi.org/10.1177/10534512060420020801>
- Crawford, P., Brown, B. Baker, C., Tischler, V. y Abrams, B. (2015). *Health humanities*. Palgrave.
- DeBaggio, T. (2003). *Losing my mind: An intimate look at life with Alzheimer's*. Simon & Schuster.
- DeVries, D. y Sunden, S. (2019). Bibliotherapy with children who have a sibling with a disability. *Journal of Poetry Therapy*, 32(3), 135-155. <https://doi.org/10.1080/08893675.2019.1625147>
- Esopo. (1978). *Fábulas de Esopo* (P. Bádenas de la Peña y J. López Facal, trad. y notas). Gredos.
- Fay, S. M., García-Toro, M., Hincapié Henao, L., Andrade Villegas, A. y Lopera, F. (2023). Creativity during COVID-19: Evaluating an online TimeSlips storytelling program for people living with dementia during quarantine in Colombia. *The Gerontologist*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac191>

- Flores, C. y Rioseco, M. P. (2020). La biblioterapia y sus contextos de uso en niños y en adolescentes. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 31(3), 1608. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=377665638016>
- Freud, S. (1908). El creador literario y el fantaseo (1906-1908). En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Tomo IX). Amorrortu (trabajo original publicado en 1907).
- Fritsch, T., Kwak, J., Grant, S., Lang, J., Montgomery, R. y Basting, A. (2009). Impact of TimeSlips, a creative expression intervention program, on nursing home residents with dementia and their caregivers. *Gerontologist*, 49, 117-127. <http://doi:10.1093/geront/gnp008>
- George, D. R. y Houser, W. S. (2014). «I'm a storyteller!»: Exploring the benefits of TimeSlips creative expression program at a nursing home. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29, 678-684. <http://doi:10.1177/1533317514539725>
- George, D. R., Stuckey, H., Dillon, C. y Whitehead, M. (2011). Impact of participation in TimeSlips, a creative group-based storytelling program, on medical student attitudes toward persons with dementia: A qualitative study. *Gerontologist*, 51, 699-703. <http://doi:10.1093/geront/gnr035>
- Gregory, K. E. y Vessey, J. A. (2004). Bibliotherapy: A strategy to help students with bullying. *The Journal of School Nursing*, 20(3), 127-133. <https://doi.org/10.1177/10598405040200030201>
- Grimes, N., Innes, G. R. y Salvesen, L. M. (2023). How libraries support the mental health and wellness needs of communities and library workers. En S. Van Alstyne (Ed.), *Perspectives and considerations on navigating the mental healthcare system* (pp. 78-109). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-6684-5049-9.ch004>
- Heath, M. A., Sheen, D., Leavy, D., Young, E. y Money, K. (2005). Bibliotherapy: A resource to facilitate emotional healing and growth. *School Psychology International*, 26(5), 563-580. <https://doi.org/10.1177/0143034305060792>
- Joray, S., Herrmann, F., Mulligan, R. y Schnider, A. (2004). Mechanism of disorientation in Alzheimer's disease. *European Neurology*, 52(4), 193-197. <https://doi.org/10.1159/000082034>
- Kasperek-Zimowska, B., Bednarek, A., Giguere, M., Orłowski, W. y Malewicz-Sawicka, M. (2021). The specificity of the use of bibliotherapy as an element of psychiatric rehabilitation in a group of patients suffering from schizophrenia. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 30(4), 278-286. <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.111946>

- Kim, S., Kyong, H. C. y Gerhart, O. (2020). Generativity in creative storytelling: Evidence from a dementia care community. *Innovation in Aging*, 4(1), 7. <http://doi:10.1093/geroni/igaa002>
- Lin, R., Chen, H. Y., Li, H. y Li, J. (2019). Effects of creative expression therapy on Chinese elderly patients with dementia: An exploratory randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2171-2180. <http://doi:10.2147/NDT.S200045>
- Lucas, C. V. y Soares, L. (2013). Bibliotherapy: A tool to promote children's psychological well-being. *Journal of Poetry Therapy*, 26(3), 137-147. <https://doi.org/10.1080/08893675.2013.823310>
- Maich, K. y Belcher, C. (2012). Using picture books to create peer awareness about autism spectrum disorders in the inclusive classroom. *Intervention in School and Clinic*, 47(4), 206-213. <https://doi.org/10.1177/1053451211424>
- Mar, R. A. y Oatley, K. (2008). The function of fiction is the abstraction and simulation of social experience. *Perspectives on Psychological Science*, 3(3), 173-192. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00073.x>
- Mar, R. A., Oatley, K., Hirsh, J., de la Paz, J. y Peterson, J. B. (2006). Bookworms versus nerds: Exposure to fiction versus non-fiction, divergent associations with social ability, and the simulation of fictional social worlds. *Journal of Research in Personality*, 40(5), 694-712. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.08.002>
- Mcardle, S. y Byrt, R. (2001). Fiction, poetry and mental health: expressive and therapeutic uses of literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(6), 517-524. <https://doi.org/10.1046/j.1351-0126.2001.00428.x>
- McChord Crothers, S. (1916, septiembre). *A literary clinic*. <https://cdn.theatlantic.com/media/archives/1916/09/118-3/132285593.pdf>
- McCulliss, D. (2012). Bibliotherapy: Historical and research perspectives. *Journal of Poetry Therapy*, 25(1), 23-38. <https://doi.org/10.1080/08893675.2012.654944>
- Mesulam, M. M. (2003). Primary progressive aphasia. A language-based dementia. *The New England Journal of Medicine*, 349(16), 1535-1542. <https://doi.org/10.1056/NEJMra022435>
- Las mil y una noches*. (2017). M. Castells Criballés, trad. Espasa-Calpe.
- Milne, A. y Phillips, J. (2020). Conceptualising dementia. En A. Milne (Ed.), *Mental health in later life: Taking a life course approach* (pp. 165-198). Bristol University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctvwrn494.15>
- Mitchell, W. (2018). *Somebody I used to know*. Bloomsbury.

- Montgomery, P. y Maunder, K. (2015). The effectiveness of creative bibliotherapy for internalizing, externalizing, and prosocial behaviors in children: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 55, 37-47. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.05.010>
- National Institutes of Health. (2015). Aphasia. *NIH Pub.*, (97-4257), 1-4. <https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/voice/Aphasia.pdf>
- Oliver, K. (2019). *Dear Alzheimer's: A diary of living with dementia*. Jessica Kingsley.
- Pardeck, J. T. y Markward, M. J. (1995). Bibliotherapy: Using books to help children deal with problems. *Early Child Development and Care*, 106(1), 75-90. <https://doi.org/10.1080/0300443951060108>
- Patel, D., Andersen, S., Smith, K. y Ritter, A. (2022). Completed suicide by firearm in an individual with the agrammatic variant of primary progressive aphasia: Case report. *Front Neurol*, 13, 828155. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2022.828155>
- Peterkin, A. y Grewal, S. (2018). Bibliotherapy: The therapeutic use of fiction and poetry in mental health. *International Journal of Person-Centered Medicine*, 7(3), 175-181. <https://doi.org/10.5750/ijpcm.v7i3.648>
- Phillips, L. J., Reid-Arndt, S. A. y Pak, Y. (2010). Effects of a creative expression intervention on emotions, communication, and quality of life in persons with dementia. *Nursing Research*, 59, 417-425. <http://doi:10.1097/nnr.0b013e3181faff52>
- Provost, M. (2017). *Using bibliotherapy to support children's friendships with peers with autism spectrum disorder*. San Diego State University.
- Pulvermüller, F., Härle, M. y Hummel, F. (2001). Walking or talking? Behavioral and neurophysiological correlates of action verb processing. *Brain and Language*, 78, 143-168.
- Ricœur, P. (1978). *The philosophy of Paul Ricœur: An anthology of his work* (C. E. Reagan y D. Stewart, eds.). Beacon Press.
- Ryan, E. B., Bannister, K. A. y Anas, A. P. (2009). The dementia narrative: Writing to reclaim social identity. *Journal of Aging Studies*, 23(3), 145-157. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.12.018>
- Rozalski, M., Stewart, A. y Miller, J. (2010). Bibliotherapy: Helping children cope with life's challenges. *Kappa Delta Pi Record*, 47(1), 33-37. <https://doi.org/10.1080/00228958.2010.10516558>
- Russell, A. E. y Russell, W. A. (1979). Using bibliotherapy with emotionally disturbed children. *Teaching Exceptional Children*, 11(4), 168-169. <https://doi.org/10.1177/004005997901100411>

- Shrodes, C. (1950). *Bibliotherapy: A theoretical and clinical-experimental study* [tesis doctoral]. University of California.
- Stetler, R. (2010). Experience-based, body-anchored qualitative research interviewing. *Qualitative Health Research*, 20(6), 859-867.
- Suvilehto, P., Kerry-Moran, K. J. y Aerila, J. A. (2019). Supporting children's social and emotional growth through developmental bibliotherapy. En K. Kerry-Moran y J. Aerila (Eds.), *Story in children's lives: Contributions of the narrative mode to early childhood development, literacy, and learning* (pp. 299-314). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-19266-2_15
- Swinnen, A. y de Medeiros, K. (2017). «Play» and people living with dementia: A humanities-based inquiry of TimeSlips and the Alzheimer's poetry project. *Gerontologist*, 58, 261-269. <http://doi:10.1093/geront/gnw196>
- Tielsch Goddard, A. (2011). Children's books for use in bibliotherapy. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(1), 57-61. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.08.006>
- Vigliotti, A. A., Chinchilli, V. y George, D. R. (2017). Enhancing quality of life and caregiver interactions for persons with dementia using TimeSlips group storytelling: A 6-month longitudinal study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 507-508. <http://doi:10.1016/j.jagp.2017.10.001>
- World Health Organization. (2021). *International Classification of Diseases, eleventh revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/browse11>
- Zwaan, R. A., Madden, C. J., Yaxley, R. H. y Aveyard, M. E. (2004). Moving words: Dynamic representations in language comprehension. *Cognitive Science*, 28, 611-619.



Capítulo 4

Salud y enfermedad en la Biblia: una trama entre el pecado y la gracia desde una perspectiva teológica¹¹

Fernando Antonio Zapata Muriel y Gloria Cecilia Quintero García

<https://doi.org/10.22209/9786289681208.C4>

A su paso, Jesús vio a un hombre que era ciego de nacimiento. Y sus discípulos le preguntaron: —Rabí, para que este hombre haya nacido ciego, ¿quién pecó, él o sus padres? —Ni él pecó, ni sus padres —respondió Jesús—, sino que esto sucedió para que la obra de Dios se hiciera evidente en su vida.

Juan 9:1-3

Introducción: un atisbo a los conceptos *salud y enfermedad*

La enfermedad era vista desde el Antiguo Testamento como un castigo de Dios debido al pecado cometido por el ser humano. Esta visión es superada por Jesús, el hijo de Dios, quien con su poder y su gracia manifiesta que no es la culpa del ser humano la que aparece reflejada allí, sino la gloria de Dios (Juan 9:3) que ha de manifestarse a este y al mundo para que crean.

En la Biblia, la salud es bendición de Dios y son prototipos de hombres saludables los patriarcas Abraham, Isaac, Jacob, Moisés, Aarón, entre otros; mientras, en el Nuevo Testamento, Jesús, María y los apóstoles dan cuenta de esta condición saludable. De otro lado, la enfermedad se ve reflejada en hombres como Job, en el pueblo de Israel herido por

¹¹ Capítulo original derivado del proyecto de investigación *La Interculturalidad en clave de fraternidad en el pensamiento social y teológico de Ramón Llull y del papa Francisco (2022-2023)*, realizado en convenio por el Centro Interdisciplinario de Estudios Humanísticos (CIDEH) de la Universidad San Buenaventura de Medellín y la Corporación Universitaria Uniremington. Código M8838.

diversas plagas: ranas, piojos, mosquitos, moscas, úlceras, sarpullidos, langostas y saltamontes (Éxodo 7:14; 11:10); la ceguera de Tobías; el sufrimiento generado a Sara por el demonio Asmodeo; la lepra de Naamán, el sirio, y la curación del profeta Eliseo. Otros casos son la enfermedad de Ezequías, uno de los mejores reyes de Israel, o la súplica a Yahveh y la alegría al sentirse escuchando y curado por Dios.

En el Nuevo Testamento, la salud es devuelta a personas que padecen de diversas enfermedades espirituales, psicosociales y biológicas: Lázaro, a quien Jesús resucita; asimismo, la hija de Jairo; el ciego de Betsaida, y el ciego Bartimeo. Algunos leprosos, paralíticos, sordos y mudos, entre otros, dan cuenta de los milagros de Jesús y de cómo este devuelve la vida a los muertos y cura a los enfermos.

La salud es un estado de bienestar eco-bio-psico-socio-espiritual, habita en todo ser humano y depende de cómo cada uno la alimenta. En la tradición hipocrática existe una afirmación clave para la relación cuidado de sí-ética: «que tu alimento sea tu salud». Esta es una invitación a cuidar y alimentar todas las dimensiones del ser humano antes mencionadas. Este proceso comprende un aprendizaje continuo en el ámbito de la integralidad de la persona: cuerpo, mente y espíritu.

Por la vía contraria puede inferirse que la enfermedad viene al ser humano para romper el equilibrio del organismo. Hay enfermedades por todas partes: en Europa, en Asia, en África, en América; en países tropicales y en los fríos; en naciones civilizadas y en tribus salvajes; hombres, mujeres y niños se enferman y mueren. Hay enfermedades en todas las clases sociales... Las riquezas no pueden comprar exenciones de ellas. Los que están en altos rangos no pueden prevenir sus embates... Las enfermedades son de todo tipo y descripción. Desde la coronilla de la cabeza hasta la planta de los pies, estamos expuestos a las enfermedades... La enfermedad es, a menudo, una de las lecciones más humillantes y angustiantes que le pueden suceder al ser humano (Ryle, 2020, p. 1).

El constructo salud es definido como «un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad o padecimiento» (Organización Mundial de la Salud, oms, 2004a, p. 14).

Según Zapata (2014, p. 81), la etimología del término *salud* comparte la misma raíz latina del concepto cristiano salvación: *salus* (nominativo), *salutis* (genitivo), de la raíz *salvus* (salvo, entero), que son sinónimos desde el ámbito espiritual-trascendente como liberación (en el hinduismo) e iluminación (en el budismo).

Lo anterior plantea un interrogante: en la definición de salud propuesta por la OMS, ¿dónde se ubica la dimensión espiritual? Este es un vacío percibido hoy, cuando se concibe al hombre como un ser integral, y la espiritualidad como una dimensión esencialmente humana que puede vivirse tanto desde la perspectiva espiritual como espiritual-trascendente. Lo sagrado aparece como «un elemento de la estructura de la conciencia humana, no como un estadio en la historia de esta conciencia» (Eliade, 1967, p. 17). Así, se puede colegir que la salud como estado de bienestar implica no solo lo bio-psico-social, como lo expone la OMS, sino, además, lo eco y lo existencial (espiritual), que parten de una concepción holística del ser humano.

La enfermedad, por su parte, puede concebirse como una pérdida de firmeza, de autoafirmación del yo, como generadora de malestar en el organismo y dificultad para alcanzar un estado de felicidad, de paz, de unidad y de alegría. La enfermedad hace perder firmeza al ser humano (*infirmo*: no firme); lo hace asténico, vulnerable (del latín *vulnus*: herida, golpe, punzada, desgracia, aflicción).

Salud y enfermedad incluyen la integralidad del ser partiendo de dos principios: el primero, en el universo todo está conectado, y el segundo: el hombre es un ser holista, integral, es unidad en medio de su pluridimensionalidad. En este sentido, es urgente comprender como: «sin salud mental no hay salud» (OMS, 2004b, p. 14). Este postulado corrobora la importancia de la salud mental, para el logro del bienestar y del bien ser del hombre en sentido integral, mucho más si se rescata su relación con la espiritualidad. En lenguaje bíblico, la salud es signo de estar en gracia de Dios, de ser fiel a Yahvé; esta traerá como consecuencia la prosperidad, la abundancia y la longevidad.

En esta misma dirección, la OMS describe la salud mental como «un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» (OMS, 2004b, p. 14). De este modo, la salud mental es el fundamento para la bienandanza y el funcionamiento efectivo del individuo y la comunidad. Ella es una necesidad y una búsqueda humana que se satisfará y encontrará en la medida cuando el hombre se encuentre, dialogue consigo mismo e indague por sí mismo.

Salud y enfermedad en el Antiguo Testamento

Respecto al tema de la salud y la enfermedad como se aborda en el Antiguo Testamento, Juan Luis de León Azcárate (2011) afirma que

lo que la Biblia entiende por salud y enfermedad, dista algo de la concepción de este binomio en la cultura occidental, que, para definir el concepto de enfermedad, distingue tres perspectivas de significado, sirviéndose de la lengua inglesa: la dimensión física o biológica (*disease*), la subjetiva o personal (*illness*) y la dimensión social (*sickness*). (p. 1)

En este sentido,

la dimensión física o biológica (*disease*) de la enfermedad no suele ser detallada en la Torá, con excepción del caso de las enfermedades cutáneas y en el contexto del binomio «pureza»/«impureza» (Lv 13-14). La dimensión social (*sickness*), encuadrada en el contexto de la alianza, es lógicamente la dominante. Escasa y parcial es la dimensión subjetiva de la enfermedad (*illness*) muchas veces silenciada. (De León Azcárate, 2011, p. 5)

Por su parte, como refiere Stolz (1978, pp. 789-793), la Biblia, al definir la enfermedad, no ofrece una homogeneidad semántica. La raíz más importante y habitual para nombrar el concepto de enfermedad es *hllh* (*holeh*), término sin correspondientes directos en las demás lenguas semíticas, que suele designar una situación de debilidad, flojera y agotamiento, de fuerza vital quebrantada.

De acuerdo con Mester (s. f., p. 4), en Eclesiástico 38:1-15 se enseña cómo proceder en la enfermedad: después de haber hecho las paces y las ofrendas, se debe llamar también al médico, pues la posibilidad de curar del médico, así como de la medicina, no proviene de ellos, sino de Dios. Por esto, el texto recomienda incluso que el propio médico rece por sus enfermos.

Para el israelita, es claro que no solo la idolatría trae enfermedad y muerte espiritual y hasta biológica, como ocurrió con los filisteos que robaron el arca a Israel cuando asesinaron a Jofni y Finnes (hijos de Elí), quienes habían prostituido su ministerio al desobedecer el mandato de Dios. Por su parte, los filisteos, fueron castigados con enfermedades y tumores en cada pueblo al que llevaban el arca.

Una de las primeras escenas en que salud y enfermedad están presentes acontece con las plagas de Egipto: la conversión del agua en sangre; la invasión de las ranas, los piojos, los mosquitos y las moscas; la peste del ganado; las úlceras y el sarpullido; la lluvia de fuego y de granizo, o las langostas y los saltamontes (Éxodo 7:14; 11:10). La enfermedad aquí es integral, abarca al cosmos en sus distintas especies (animal, vegetal y humana) y en los diversos ecosistemas (acuáticos, terrestres y aéreos). Dios condena a los egipcios a un sufrimiento en grande generado por estas plagas, que tendrán como culmen la muerte de los primogénitos.

De otro lado y en términos de salud, Job gozó de salud (1:1 y ss.) hasta que —con el permiso de Yahveh— fue desafiado por el diablo con la muerte de sus hijos, la pérdida de todas sus riquezas y luego fue herido con la lepra. A consecuencia de ello, Job es acusado por sus amigos Elifaz, Bildad y Zofar de hacer el mal (Job 4:23) y le dicen: «recuerda ahora, ¿quién siendo inocente ha perecido jamás? ¿O dónde han sido destruidos los rectos? Por lo que yo he visto, los que aran iniquidad y los que siembran aflicción, eso siegan» (Job 4:7-8).

Caso contrario ocurrió a Tobías, quien siendo tan justo como Job, después de padecer la ceguera tras el encuentro con el arcángel Rafael, obtiene no solo la luz y puede recuperar la vista, sino, además, la protección de Dios para su hijo. Rafael lo conduce y lo protege en el viaje,

así como le ayuda a contraer matrimonio siguiendo la ley del levirato con su familiar Sara (Tobías 3:7-15), que estuvo poseída hasta este momento por el demonio Asmodeo, quien asesinó a sus siete esposos la misma noche de bodas.

La salud y la enfermedad se dejan ver también en la alianza de Yahvé con su pueblo Israel. Esta es la dimensión social de la enfermedad (*sickness*). Ser fieles a la alianza es fuente de salud para el pueblo y, por su parte, la infidelidad traerá enfermedad y todo tipo de desgracias, incluida la muerte prematura (De León Azcárate, 2011, p. 6).

La enfermedad también pone en sintonía pueblos enemistados como ocurre con Siria e Israel. Cuenta el Libro de los Reyes que Naamán, el sirio, tenía lepra y una hebrea que trabajaba en el palacio habló de Eliseo, hombre de Dios y profeta de Israel, quien de un modo sencillo mostró la grandeza de Yahveh —Dios de Israel— al enviar a Naamán a bañarse durante siete días en el río Jordán, hasta que su carne y su piel quedaron como las de un niño (2 Reyes 5:1-19). De este modo, la relación de estos pueblos cobra sintonía, y se armoniza el sentido de colaboración y protección entre ellos. La salud devuelta al extranjero por gracia de Yahveh, a través del profeta, se convierte en generadora de paz para los pueblos.

El mismo Eliseo es quien levanta no solo de la enfermedad, sino también de la muerte al niño de aquella pareja que lo acogía en su casa cada vez que el pasaba por allí. La mujer era estéril y el mismo profeta, un día, a ella y a su marido les profetizó que al año siguiente tendrían un hijo, y así fue; no obstante, el niño enfermó cuando estaba un poco crecido. El profeta intervino pidiendo a Dios misericordia para aquella buena familia, y Dios, al escuchar el clamor del profeta, devuelve la vida al niño, como también retorna la paz y la alegría a su familia (2 Reyes 4:16-37).

Ya en el siglo VIII a. C., Ezequías, uno de los mejores reyes de Israel, cae en cama por una enfermedad de muerte. El buen rey suplica a Yahveh que libre al país del olvido y del reino de la muerte; Yahveh, al atender su clamor y devolver el reloj, le concede otros quince años de vida (Isaías

38:1-8). El rey, en medio de su alegría, exclama: «me has curado, me has hecho revivir, la amargura se me volvió paz, cuando detuviste mi alma ante la tumba vacía [...] los vivos, los vivos son quienes te alaban señor como yo ahora» (Isaías 38:16-20).

Una lectura teológica permite ver que estas escenas narradas en el Antiguo Testamento enseñan cómo la enfermedad sacude a cualquier ser humano: hombre o mujer, sin distinciones de ninguna índole, sea rico, pobre, bueno o malo, niño, adulto, poderoso (Ezequías, Naamán), o persona sencilla (Sara). Asimismo, la enfermedad afecta la vida integral, en lo personal; en su contexto cercano, el hombre se ve diezmado, pero la fe como gracia y virtud teológica aparece como una constante en el ser humano del Antiguo Testamento, por lo que la misericordia y compasión de Dios dejan ver su gran poder, su amor por el pueblo y su deseo de salvar al hombre tanto del pecado. Las infracciones atentan contra su vida espiritual, así como sucede en la enfermedad física. Desde una perspectiva teológica, el pueblo constata: Yahveh es un Dios que salva.

Los binomios salud-enfermedad y pecado-gracia aparecen en la Biblia en íntima conexión, tanto en el Antiguo como en el Nuevo Testamento. El Antiguo Testamento se desarrolla en el pueblo de Israel, es el territorio de Palestina, mientras que el Nuevo Testamento se desarrolla en el pueblo de Israel, en pleno Imperio romano, en el siglo I d. C. En el Antiguo Testamento —de acuerdo con la ley de la retribución—, el pecado de los padres se perpetúa en los hijos hasta la tercera o cuarta generación. Y la consecuencia de este es la enfermedad. Esta ley se romperá con el profeta Ezequiel; así, desde el siglo VI a. C., cada uno será responsable de sus culpas (Ezequiel 18:1-4; 4:19-23).

En el Antiguo Testamento, es observable y digna de estudiarse la enfermedad en hombres como Tobías, que significa ‘Dios es bueno’ (Tobías 2:9-10); el rey Ezequías, que significa ‘Mi fuerza es Yahveh’ o ‘Dios me fortalece’ (2 Reyes 20:1-6; Crónicas 32: 24-26; Isaías 38:1-22)—; asimismo, en hombres como Job, del hebreo *Lyon*, que significa ‘Aquel que soporta penalidades’, y en Naamán, el sirio, que significa ‘agradable’ (2 Reyes 5:1-6).

Podría preguntarse en contexto bíblico: ¿cuál es la causa de la enfermedad? En el principio, era el caos (confusión, oscuridad, tiniebla), pero cuando Dios crea el orden impera, sin embargo, el ser humano (hombre y mujer), creado a imagen y semejanza de Dios (Génesis 1:27). En el paraíso (Genesis 2:8-15) —por orgullo o por soberbia— hombre y mujer desobedecen a Dios, no lo escuchan, pero sí atienden la voz de la serpiente que los seduce (Génesis 3:1-7) hasta cometer el pecado (del griego *ἁμαρτία*: errar el tiro, no dar en el blanco, o *hamartein*, y del latín *pecco*, de *pedico*: tropezar, cometer una falta). Es importante recordar con García y de La Lama (2006):

La astucia de la serpiente ha consistido en atraer a la mujer a la materia de conversación que mejor se avenía a sus propósitos. Ganado este punto, la serpiente ha conseguido introducir un principio de desequilibrio en la intervención de Dios en la vida humana. (p. 4)

Este relato mítico del pecado de Adán y Eva es reconocido bíblicamente como el pecado original (Génesis 3:1-24), permite ver como ellos rompen no solo su relación con Dios, sino que crean además el desorden, el caos, la enfermedad en toda su diversidad (ecológica, biológica, psicológica, social y espiritual). Esta será su gran consecuencia. El hombre y la mujer son expulsados del paraíso, pierden todos sus privilegios; así,

el pecado entró en el mundo por un hombre, y por el pecado la muerte (Romanos 5:12). El pecado es la causa de toda enfermedad, dolencia, dolor y de todo sufrimiento en la tierra. Todo esto es parte de la maldición que vino al mundo cuando Adán y Eva comieron el fruto prohibido y cayeron. No habría ninguna enfermedad si no hubiera habido ninguna caída. No habría ninguna enfermedad si no hubiera habido ningún pecado. (Ryle, 2020, p. 2)

Cabe anotar que este relato es mítico; el mito no es historia, sino una narración en torno a cómo pudieron surgir las cosas en tiempos primordiales. Dicha narración es verdadera, sagrada, ejemplar, propia de una cultura. Esta es la intención del autor sagrado del Génesis en los capítulos 1-11, en los que esboza una prehistoria bíblica, fundamentada en algunos mitos.

Así pues, los mitos del diluvio universal (Génesis 7: 1-8, 22) y la torre de Babel (Génesis 11:1-9) esbozan la necesidad de una nueva creación, en ellos se ven problemáticas en el orden ecológico y social, ya percibidas en la historia bíblica de Abraham en el relato de Sodoma y Gomorra. Estas dificultades generan la destrucción de estas ciudades (Génesis 19:1-29), por lo que cabe preguntar: ¿obedecerán los desórdenes al incremento de este caos generado por Adán y Eva?

El pueblo de Israel se ubica en el contexto oriental; por ello, es importante comentar con Armstrong (2010, p. 1) que en el antiguo Oriente se miraba la enfermedad como una plaga causada por espíritus maléficos o enviada por dioses irritados al ser irrespetados o ser infieles al culto. Para obtener la curación se practicaban exorcismos destinados a expulsar a los demonios y se imploraba el perdón de los dioses con súplicas y sacrificios. Así, la medicina era ante todo cosa de los sacerdotes y en parte estaba cerca de la magia, aunque también existían los médicos.

La Biblia habla de muchas enfermedades generadas desde diversas zonas y órganos de nuestro organismo. Las observaciones médicas se limitan solo a lo observable y percibido por los sentidos: heridas o afecciones en la piel, fracturas, fiebre y agitación (Salmos 6; 32; 38; 39; 88; 102). Además, no se indaga mucho por sus causas naturales.

En el contexto bíblico, como se mencionó anteriormente, se considera la enfermedad como un estado de flaqueza y debilidad. Los verbos hebreos *halah* y *hanash*, y el sustantivo *hali*, así como los sustantivos griegos *astheneia* y *nosos*, dan cuenta de una situación de debilidad. Si la «vida» es considerada una fuerza sostenida por la bendición divina, la enfermedad es inestabilidad, desequilibrio, pérdida de armonía (Armstrong, 2010). Sin embargo, una lectura teológica del Antiguo Testamento deja ver que, en el siervo de Yahveh, nuestras heridas fueron curadas (Isaías 53:5). Mientras tanto, el Nuevo Testamento da cuenta de que Jesús sanaba toda enfermedad y curaba toda dolencia (Mateo 4:23; 9:35).

Cabe recordar en el contexto neotestamentario, Zaqueo, jefe de los publicanos, sufría acondroplasia, un tipo de enanismo de origen hereditario en el cual las extremidades inferiores son más cortas (Lucas

19:1-9). La lepra, hoy reconocida como enfermedad de Hansen, hacía a la persona impura; el leproso era condenado al ostracismo, alejado de la sociedad, tenía que vivir solo con otros leprosos. Los sacerdotes eran los encargados de declararlos limpios para permitirles volver a la vida en sociedad si sus llagas se secaban y no se multiplicaban (Levítico 13:6).

Como señala Sendrail (1983), puede encontrarse el mismo término aplicado a enfermedades y contextos aparentemente distintos. Así, por ejemplo, el término hebreo que designa las «úlceras malignas» de Job (2:7) (*shehin*) es el mismo que el de la sexta plaga de Egipto (Éxodo 9:9-11), el de las «úlceras de Egipto» (Deuteronomio 28:27; Deuteronomio 28:35), y el de la enfermedad de Ezequías (2 Reyes 20:7). Sin olvidar que en Levítico 13-14 el mismo término *tsara'at* se utiliza indistintamente para indicar «lepra», como también para señalar muchas dermatosis o enfermedades cutáneas, e incluso las manchas de los vestidos o el deterioro de los muros de las casas.

Así como se habla de diversas enfermedades, puede afirmarse que la enfermedad puede ser padecida por un pueblo o por una persona, como castigo por su pecado o como consecuencia del pecado de los padres. La curación se obtendrá por la fe, con la ayuda de la oración y la presencia de hombres instrumentos de Dios, como ocurrió con la curación de Naamán por parte del profeta Eliseo.

En estas situaciones, ¿cómo aparece Dios? ¿Cuál es su rol?

Mester (s. f.) afirma que la curación de muchas enfermedades se obtiene por medio de medicinas. En la Biblia se mencionan medicinas caseras y propuestas por gente del pueblo, entre ellas:

Vino para desinfectar heridas (Lc. 10, 34); masa de higo para curar úlceras (Is. 38, 21); colirio para los ojos (Ap. 3, 18); aceite para ablandar las heridas (Is. 1, 6; Lc. 10, 34); baños para las enfermedades de la piel (2 Re. 5, 10); provocar el vómito para sentir alivio en el estómago (Eclo. 31, 21); hierbas y raíces (Sab. 7, 20; Eclo. 38, 4); miel (Prov. 24, 130, hiel, corazón e hígado de pez (Tobías 6, 5, 7-9; 11,1-3), etc. (Mester, s. f., p. 4)

Ya desde la fe del pueblo y su lectura teológica de la vida, Dios aparece primero en el papel de médico que sana: «Yo soy el señor que les devuelve la salud» (Éxodo 15:26). La condición es doble: escuchar su voz, su palabra y seguir sus mandamientos, hacer lo que Él considera justo; de esa manera, como apunta el Nuevo Testamento, no habrá llanto, dolor o enfermedad, pues Dios mismo estará con ellos como su Dios. Dios enjugará toda lágrima de los ojos de ellos, y ya no habrá muerte, ni habrá más llanto ni clamor ni dolor, porque las primeras cosas pasaron (Apocalipsis 21:3b-4).

En segundo lugar, Dios pide a su pueblo adorarlo solo a Él, renunciar a toda idolatría; así, él no solo bendecirá su pan y su agua, sino que, además, apartará del pueblo toda enfermedad (Éxodo 23:25). Dios perdona todos los pecados y sana todas las dolencias de su pueblo (Salmos 103:3). Esta lectura teológica que hace el pueblo de Dios revela, de acuerdo con Mester (s. f., p. 5), por qué la Biblia condena la magia y prohíbe las consultas a los adivinos, cartománticos, encantadores y hechiceros (Éxodo 22:18; Levítico 19:26, 19:31, 20:6-27; Deuteronomio 18:10-11). La razón es una: solo Yahveh es Dios, a él adorarás, a él acudirás.

El enfermo, por su parte, clama a Dios, con la confianza y la convicción profunda de que él lo escucha, lo salva de su aflicción y lo sana (Salmos 107:19-20). Este, a su vez, se ha convencido de que Dios restaura el corazón quebrantado y cura sus heridas (Salmos 147:3). Asimismo, sabe que las palabras del sabio dan vida y salud a todo su ser (Proverbios 4:20-22). Por vía contraria, afirma Báez (2005) que la muerte se experimentará con todo su rigor cuando Dios opta por el silencio y calla (Salmos 28:1-2).

Salud y enfermedad en el Nuevo Testamento

El Nuevo Testamento se origina en el siglo I, en el pueblo judío y en el contexto del Imperio romano: Galilea al norte, con capital en Samaria, y Judea al sur, con capital en Jerusalén. Cabe destacar que, siguiendo las tradiciones del Antiguo Testamento, en el Nuevo el hecho de estar enfermo o padecer alguna discapacidad (ceguera, sordera, lepra o algún tipo de parálisis) es consecuencia del pecado, en principio del enfermo

o de sus padres. Muchos casos son patentes en el Evangelio y terminan con la curación de Jesús. Es el caso de Eneas, el paralítico, mencionado en Hechos de los Apóstoles (9:32-34): ocho años inválido, habitante de Lidia, cuando Pedro le dice: «Jesucristo te sana. Levántate y arregla tu cama [...] se levantó».

Cabe recordar, como dice Pagola (s. f.) que «Jesucristo es el anuncio y el ofrecimiento de la salvación de Dios bajo forma de salud» (p. 1). Algunos exégetas extrapolan su atención en torno a la relación de Jesús con los enfermos. De este modo, olvidan que la salud es horizonte, objetivo e inspiración de su actividad mesiánica.

En el Nuevo Testamento aparecen otros casos en los que la salud es devuelta a personas que padecen de diversas enfermedades espirituales, psicosociales y biológicas: Lázaro ('Él ha ayudado, Dios ayuda'), a quien el Evangelio reconoce como amigo de Jesús («tu amigo Lázaro está enfermo»), es de quien se entrega información a Jesús. Para él, «esta enfermedad no es de muerte, es para la gloria de Dios, para que el Hijo de Dios sea glorificado por ella» (Juan 11:3-4). Otro caso similar acontece con la hija de Jairo, cuya enfermedad lleva a la muerte y concluye, como también acontece con Lázaro, con la acción vivificadora de Jesús que resucita a una y a otro.

En clave teológica, es posible destacar en el Nuevo Testamento un sinnúmero de casos en los cuales la enfermedad es superada por la salud, la cual Jesús otorga como don divino a quien padece una condición valedudinaria. Entre ellos se cuentan: la suegra de Pedro (Marcos 1:30-31), el ciego Bartimeo (Marcos 10:46-52), la hija de una mujer sirofenicia (Marcos 7:24-30; Mateo 15:21-28), los enfermos (ciegos, sordos, paralíticos, jorobados, entre otros), y otros más a quienes Jesús curó al tener en cuenta su fe o la de sus acompañantes (Marcos 1:32-34; 6:55-56).

Jesús, ante la enfermedad corporal o psicológica, ve y siente una fuerza no posible para el médico. Dios le ha dado pleno poder de discernir ante los espíritus. Esto puede observarse en distintos momentos. Un primer caso que llama la atención ocurre con el paralítico del que nos habla Marcos (2:1-12), a quien Jesús cura su condición física y le devuelve su

pureza espiritual, perdonando sus pecados: «tus pecados quedan perdonados», dice Jesús al paralítico. No obstante, al leer la mala intención con que piensan los maestros de la ley sobre lo acontecido, después de interpelarlos, nuevamente habla al paralítico: «levántate, toma tu camilla y vete a casa».

Un segundo caso es el de Pablo, quien, herido con un aguijón o espina, afirma:

Para evitar que me volviera presumido por estas sublimes revelaciones, una espina me fue clavada en el cuerpo, es decir, un mensajero de Satanás, para que me atormentara. Tres veces le rogué al Señor que me la quitara; pero él me dijo: «te basta con mi gracia, pues mi poder se perfecciona en la debilidad». (2 Corintios 12:7-9)

El tercer acontecimiento digno de mencionarse es el caso del ciego Bartimeo, hijo de Timeo, cuyo nombre significa ‘altamente estimado’ (Marcos 10:46-52). Aquí el enfermo es reconocido por su nombre, distinto al ciego de Betsaida (Marcos 8:22-25); el nombre de dicho pueblo significa ‘casa de la caza o de la pesca’. Vale la pena observar cómo a uno y a otro les devuelve la vista; en el primero, el ciego es llevado hasta donde está Jesús, él le mojó los ojos con saliva, le impuso las manos y poco a poco recobró la vista (Marcos 8:23-25). En el segundo relato, Bartimeo, al darse cuenta de que Jesús pasaba por allí, comenzó a gritar y va tras de él hasta ser escuchado. Jesús lo curó y Bartimeo se convirtió en seguidor de Jesús al recobrar la vista. Como estos, así muchos enfermos, leprosos, paralíticos, sordomudos, entre otros, recibieron la curación. ¿Qué veía Jesús en ellos para curar su enfermedad?

En síntesis, a pesar de todo el bien obrado por Jesús, en los relatos anteriores, cabe asentir con Pagola (s. f.):

No hemos de pensar sólo en las curaciones. Toda su actuación despierta y promueve salud auténtica: su condena de los mecanismos inhumanos y destructivos de aquella sociedad, su lucha contra comportamientos patológicos de raíz religiosa, sus esfuerzos por crear una convivencia más solidaria y fraterna, su ofrecimiento del perdón reconciliador de Dios, su ternura

hacia los maltratados por la vida, su ayuda para recuperar un corazón más limpio y atento al Espíritu... «El Hijo del Hombre ha venido a buscar y salvar (*sózzein*) lo que estaba perdido» (Lucas 19:10). (p. 2)

La posesión diabólica y el poder de Dios

La posesión diabólica es, muchas veces, fruto de problemáticas bio-psi-co-sociales que afectan el espíritu y, en ocasiones, puede tener relación con alucinaciones o algún tipo de esquizofrenia. Esto trae consigo desgracia y hasta ideas e intentos de suicidio, como ocurre en el Antiguo Testamento con el caso de Sara, quien poseída por el demonio Asmodeo (demonio de los esposos), asesinó a todos sus maridos, excepto a Tobías, quien por intervención divina pudo salvarse (Tobías 7:10-16). Es curioso ver que después de que Tobías realiza el ritual recomendado por el ángel —poner sobre las brasas el corazón y el hígado del pez—, el olor del pez expulsó al demonio que escapó por los aires hacia Egipto (Tobías 8:2-3), y así el personaje puede tomar a Sara por esposa y llevarla a casa de sus padres. En el Nuevo Testamento, siguiendo a Aguirre (2018),

se dice, muchas veces de forma genérica, que Jesús, poseído por el Espíritu de Dios —no lo olvidemos— expulsa a los espíritus inmundos. En el evangelio de Marcos leemos: «Pero ¿quién es éste al que hasta los espíritus inmundos obedecen? Recorría todas las sinagogas de Galilea y expulsaba los demonios». Cuando elige a los doce lo hace para que estuviesen con él y para enviarles a predicar y a expulsar a los espíritus inmundos. Se reitera en multitud de textos. (Marcos 1, 27, 34, 39; 3:10-12; 3:14-15). (p. 3)

En el Nuevo Testamento se pueden mencionar casos como el del endemoniado de Gerasa o Gadara (Marcos 5:1s), o la sanación brindada por Jesús al muchacho endemoniado (Lucas 9:37-43; Mateo 17:14-21; Marcos 9:14-29). En el segundo texto, el verso 42 es clave: «Y mientras se acercaba el muchacho, el demonio le derribó y le sacudió con violencia; pero Jesús reprendió al espíritu inmundo, y sanó al muchacho, y se lo devolvió a su padre». Por su parte, para Marcos la evidencia de que el hombre es liberado está dada por unos testigos que ven al endemoniado ya recuperado: sentado, vestido y en su juicio. Esto permite ver, en términos de Pagola (s. f.), cómo

la salud que Jesús promueve no es pues una simple acción médica, sino «el reflejo sobre el plano de la persona total, de la “Soteria”, es decir, de la vida en su máxima expresión». Es una acción sanadora integral que revela y encarna a ese Dios amigo de la vida, que se manifestaba ya como el Sanador de Israel: «Yo soy Yahvé, el que te sana» (Éxodo 15:26). (p. 2)

En sentido teológico, algo llamativo del texto de Marcos (5:1 y ss.) puede fundarse en el diálogo que establece la legión de demonios con Jesús. No solo lo reconoce como hijo de Dios, sino que le implora: «no te metas conmigo, Jesús, Hijo del Dios altísimo, te ruego por Dios que no me atormentes» (Marcos 5:7). Y más adelante, al ver gran cantidad de cerdos, le pide: «“envíanos a esa piara y déjanos entrar en los cerdos”, y Jesús se lo permitió» (Marcos 5:12).

Posteriormente, viene la gente de la ciudad a ver lo sucedido. Al llegar «ven a Jesús, y al que había sido atormentado por el demonio, sentado, vestido y en su juicio cabal; y sintieron miedo» (Marcos 5:14-15).

Dios, el dador; el hombre desde la fe, el suplicante

Entre los humanos muchos se preguntan: ¿quién es Dios? Para Zapata (2017), Dios es el dador, Dios no puede reducirse a un mero concepto o a una abstracción, no es una idea; es imposible reducir a Dios a un efecto de la razón, pues Dios es una experiencia de vida, una experiencia que transforma la vida y otorga la salvación. Así lo experimentaba el israelita del Antiguo Testamento y el judío del Nuevo Testamento. Dos textos de Juan dan testimonio de ello, pero en la Biblia abundan este tipo de textos; en cada una de estas narraciones la fe del hombre es esencial. En el capítulo 9 de Juan se narra la enfermedad de un ciego de nacimiento:

A su paso, Jesús vio a un hombre que era ciego de nacimiento. Y sus discípulos le preguntaron: —Rabí, para que este hombre haya nacido ciego, ¿quién pecó, él o sus padres? —Ni él pecó, ni sus padres —respondió Jesús—, sino que esto sucedió para que la obra de Dios se hiciera evidente en su vida. (Juan 9:1-3)

Se observa en el texto anterior cómo el evangelista destaca la superación de las teorías de la retribución y de la responsabilidad personal del Antiguo Testamento. Pone por encima de ellas la obra de Dios (Juan 9:3), o lo que es igual, la gloria de Dios (Juan 11:4), reflejada en el bien hecho al prójimo para mostrar que el amor de Dios es misericordioso.

De modo similar, en Juan se narra la enfermedad y la muerte de Lázaro. Con el milagro realizado por Jesús al resucitar un muerto por enfermedad, se confirma aquello de revelar la gloria de Dios, quizás por eso dijo antes: «esta enfermedad no es de muerte, es para que se manifieste la gloria de Dios» (Juan 11:4). En esta misma perspectiva, vale la pena recordar el llamado de atención a Marta cuando están junto a la tumba: «¿no te he dicho que si crees verás la gloria de Dios?» (Juan 11:40). De acuerdo con Sicré (2014) «En el mundo antiguo, el milagro se consideraba algo normal, tanto en ámbito judío como griego» (p. 13). En los relatos anteriores, los milagros dejan para el evangelista Juan que la gloria de Dios llega al hombre para redimirlo y curarlo.

«Había un hombre enfermo llamado Lázaro, que era de Betania... cuando Jesús oyó esto, dijo: esta enfermedad no terminará en muerte, sino que es para la gloria de Dios, para que por ella el Hijo de Dios sea glorificado» (Juan 11:1-4). Bíblicamente, este nombre no representa solo a una persona, Lázaro, como su nombre lo indica, pues simboliza también a todo aquel necesitado que es ayudado por Dios.

Si en los relatos anteriores se resalta el rol de Dios, es claro que al hombre creyente se le pide orar con fe, suplicar, agradecer a Dios, confiado en que él escucha la voz humilde de quien grita, ora y pide con fe. Quizá, por eso, Santiago insiste en el valor de la oración a Dios implorando por el enfermo.

¿Está enfermo alguno de ustedes? Haga llamar a los ancianos de la iglesia para que oren por él y lo unjan con aceite en el nombre del Señor. La oración de fe sanará al enfermo y el Señor lo levantará. Y, si ha pecado, su pecado se le perdonará. (Santiago 5:14-15)

En torno al texto, Parkenson (s. f.) observa:

Los ancianos oran por el enfermo. Acompañando la oración, Santiago añade la frase, «Ungiéndole con aceite en el nombre del Señor». La palabra «ungir» es *aleipho*. A diferencia de *krío*, que «tiene un uso relegado a prácticas sagradas o simbólicas», *aleipho* se empleaba a su vez para fines medicinales (Marcos 6:13-17). El aceite era una medicina común (Lucas 10:34). Por consiguiente, los ancianos aliviaron al enfermo mediante la aplicación de aceite. Es probable que «frotar con aceite balsámico» se aproxima mejor al sentido del texto. Combinaron la medicina con la oración. «En el nombre del Señor». (p. 3)

Nuevamente se hace referencia al don de Dios; él, como médico, sanará al enfermo y lo levantará, y si ha pecado, lo perdonará. La curación de Dios es integral y restaurativa. Al hombre, por su parte, le corresponde elevar el corazón a Dios y con espíritu humilde decir: «Creo, señor, ayuda a mi incredulidad» (Marcos 9:24).

Conclusiones

En esta pequeña biblioteca que es la Biblia (setenta y tres libros), cuyo proceso escritural abarca un período de más de once siglos, en diversos momentos y contextos, para dar cuenta de la sabiduría que allí se atesora, se narra la historia de vida de dos pueblos: el judío y el cristiano, leídos desde la fe.

A través de los diversos contextos históricos y socioculturales en que fue escrita la Biblia, es mucho lo que se puede hablar del binomio salud-enfermedad, casi siempre leído teológicamente. Además, se relaciona frecuentemente lo biológico, lo psicológico y lo social con la espiritual, lo ético y lo moral (pecado-gracia).

Se manifiesta de esta manera cómo en el Antiguo y el Nuevo Testamento la enfermedad, desde una u otra perspectiva, afecta al hombre y trastoca su relación con Dios. Asimismo, cómo Yahvé o el mismo Jesús sienten compasión del hombre y buscan siempre su salud, su salvación, con lo cual se supera la teoría de la retribución, la teoría de la responsabilidad

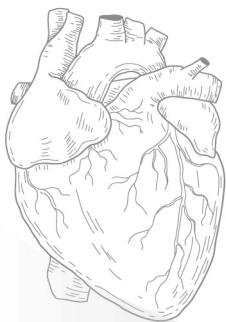
personal del Antiguo Testamento, para revelar así al hombre la gloria de Dios en su hijo, Jesucristo.

En este sentido, el hombre en su angustia ora, grita, clama a Dios desde su dimensión profunda; Dios escucha, atiende y obra como el médico que sana (Éxodo 15:26). En esa dinámica de promesa y cumplimiento —en la que se escribe gran parte de la Biblia— se puede aseverar que en Dios padre y en Jesús, su hijo, se cumple lo dicho por el salmista: «él sana a los que tienen roto el corazón, y les venda las heridas» (Salmos 147:3), o como anunció Isaías: «él tomó nuestras debilidades y cargó con nuestras enfermedades» (Isaías 53:4; Mateo 8:17).

Referencias

- Aguirre, R. (2018). *Jesús y el Espíritu*. <https://web.unican.es/campuscultural/Documents/JESUS%20Y%20EL%20ESPIRITU.pdf>
- Armstrong, S. (2010). *La enfermedad y Dios en la Biblia*. <https://estudiobiblico.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/08/la-enfermedad-y-dios-en-la-biblia.pdf>
- Báez, S. (2005). La sanación física y espiritual en la Biblia. *Revista Espiritualidad*, (64),183-213.
- De León Azcárate, J. (2011). «Yo soy Yahvé, el que te sana» (Ex. 15,26): enfermedad y salud en la Torá. *Theologica Xaveriana*, 61(171), 65-96. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&cpid=S0120-36492011000100003#:.-:.-text=En%20definitiva%2C%20Ex%2015%2C26,del%20bienestar%20colectivo%20de%20Israel
- Eliade, M. (1967). *Lo sagrado y lo profano*. Guadarrama.
- Mester, C. (s. f.). *Los profetas y la salud del pueblo*. Consejo Latinoamericano de Iglesias. <https://repository.globethics.net/handle/20.500.12424/191660>
- García, S. y de La Lama, J. (2006). Génesis 3, 1-6. Era la serpiente la más astuta alimaña que Dios hizo. *Scripta theologica*, 38(2), 425-444.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004a). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS. (2004b). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica*. http://www.asmi.es/arc/doc/promocion_de_la_salud_mental.pdf

- Pagola, J. (s. f.). *Acercamiento a la experiencia de la salud en Jesús*. Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos. <https://sanitarioscristianos.com/documentos/152.pdf>
- Parkerson, G. (s. f.). *El poder restaurador de la oración: una consideración de Santiago 5:14-16*. <https://obrero.fiel.s3.amazonaws.com/vida%20cristiana/pdf/El%20poder%20restaurador%20de%20la%20oracion.pdf>
- Proyecto Teología del Trabajo. (2014). *Los amigos de Job lo acusan de hacer el mal (Job 4, 23)*. <https://www.teologiadeltrabajo.org/antiguo-testamento/job/los-amigos-de-job-lo-culpan-de-la-calamidad-job-4-23/los-amigos-de-job-lo-acusan-de-hacer-el-mal-job-4-23>
- Ryle, J. C. (2020). La enfermedad es universal. *Portavoz de la Gracia*, (34), 1-4. <https://docplayer.es/201296972-Numero-34-la-enfermedad.html>
- Sicré, J. (2014). Biblia y ciencia. Puntos de conflicto e intentos de solución. *Proyección*, (254), 285-314.
- Sendrail, M. (1983). *Historia cultural de la enfermedad*. Espasa-Calpe.
- Stolz, P. (1978). Kommentar zu Peter Zweifels Referat "Wieviel ist eine zusätzliche Million für das schweizerische Gesundheitswesen wert?". *Swiss Journal of Economics and Statistics (SJES)*, 114(III), 473-477.
- Zapata, F. (2014). La espiritualidad un camino para la construcción de una personalidad saludable. En J. J. García Posada (Ed.), *Cuestiones actuales de teología. Extracto de tesis doctorales en Teología 2014* (pp. 113-143). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Zapata, F. (2017). Dios, ¿quién eres?... Dios, ¿qué eres? *En-clave Social*, 5(1), 24-43. <http://revistas.unilasallista.edu.co/index.php/EN-Clave/article/view/1054/922>



Capítulo 5

El cuidado, la persona y la enfermedad: el caso de *La escafandra y la mariposa*

Aníbal Arteaga Noriega y John Camilo García Uribe

<https://doi.org/10.22209/9786289681208.C5>

Introducción

El ser humano es esencialmente un ser que cuida y que requiere cuidados. El cuidado como práctica y actividad es tan antiguo como la humanidad misma. Algunos autores, como Sáez (2019), han destacado el rol del cuidado en los procesos de humanización y hominización de la especie humana, es decir, en la evolución como homínidos y en la culturización de la humanidad. Cuidar los unos de los otros permitió que comunidades de *sapiens* prevalecieran sobre otros y que los lazos familiares y del cuidado sentaran las bases de la sociedad que hoy conocemos. En este mismo sentido, Aristóteles (2005) describe al hombre como un ser social por naturaleza; el hombre solo puede alcanzar su perfección y su felicidad en sociedad.

Por esto, la primera reflexión es que necesitamos de otros para vivir (Chicote, 2007). Desde que nace el ser humano comienza una relación con otros, lo que se convierte en la primera forma de interacción social. Para el óptimo desarrollo, el hombre necesita de otros que le aseguren satisfacer sus necesidades básicas; entre ellas se encuentra el cuidado. La palabra cuidado «se refiere a la acción de cuidar y procede del latín *cogitatus* (reflexión, pensamiento, interés reflexivo que uno pone en algo)» (García Uribe, 2020, p. 54). El verbo *cogitare* se compone de *co* (acción conjunta) y *agitare* (poner en movimiento); es un frecuentativo de *agere* (llevar adelante, hacer avanzar, mover) (Corominas y Pascual, 1985).

Las primeras manifestaciones de cuidado se presentaron en el marco de la salud.; posteriormente, ese modelo pedagógico de cuidado fue abordado desde el aspecto médico. Ahora, este concepto debería perdurar a lo largo de toda la historia, pero con el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la medicina, esta última lo convirtió en un asunto de práctica que busca las causas de las enfermedades. Los textos y conceptos médicos tienden a menospreciar la filosofía del cuidado, de la persona y del cuerpo humano. Están basados en la teoría de que la medicina no es una ciencia teórica y en la que solo la experiencia y la razón son la forma de una práctica adecuada. Además, disciplinas como la enfermería y la epidemiología quedaron relegadas a un segundo plano (World Health Organization, WHO, 1990).

En la Edad Media se empezó a hablar de un componente biomédico que tiene como énfasis central el órgano, la enfermedad o el malestar. Esta perspectiva dejó de lado aspectos como la humanización y el cuidado; este último cambió de sentido al convertirse en un asunto religioso, según el cual la persona que suministra el cuidado obtiene la salvación (WHO, 1990).

La enfermería es una de las profesiones que tiene por objeto disciplinar el cuidado de los otros en una dimensión profesional. Enfermero proviene del latín *infirmus*; el prefijo *in* significa ‘negación’ o ‘falta’, *firmus* significa ‘firmeza’ y el sufijo *ero* significa ‘ocupación’. En el idioma inglés, la palabra *nurse* tiene antecedentes en nodriza, procedente del francés *nocerice* y del latín *nútrio*, *-is*, *-ire*, es decir, ‘alimentar’, ‘nutrir’ o ‘criar’ (Theofanidis y Sapountzi-Krepia, 2015); de ahí que muchas prácticas de cuidado se asocien en el ámbito de alimentar o criar a otro. En este sentido, la enfermería ha tomado como principal foco de atención el cuidado que va más allá de la enfermedad. Según Watson (2012), el cuidado se manifiesta en la práctica transpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

En este contexto, las enfermedades neurológicas representan un desafío particular, ya que no solo afectan el cuerpo, sino también la calidad de vida y el bienestar emocional de quienes las padecen. Estas enfermedades pueden alterar profundamente la vida diaria, causando sufrimiento

físico y psicológico. Este capítulo reflexiona sobre la importancia de cuidar a las personas con enfermedades neurológicas de una manera integral, al reconocer sus necesidades más allá de la enfermedad y enfocándose en su salud y bienestar general. Por eso, se hace necesario aceptar que se necesita del enfoque biomédico que ayude a solucionar las principales necesidades orgánicas, solo que se debe tener en cuenta la integralidad del ser y las sensaciones que se pueden tener frente a cualquier padecimiento.

Se concibe el cuidado no solo en sus dimensiones epistemológicas, filosóficas, antropológicas e inclusive pedagógicas, sino que se materializa en la acción que va desde una preocupación por el otro hasta una ocupación (García Uribe, 2020). La enfermería busca que el sujeto logre un adecuado proceso de armonización con el entorno y con un ambiente que facilite la adaptación ante el padecimiento (Hernández Gómez *et al.*, 2016). Aunque existen millones de procesos patológicos, sujeto de cuidado solo hay uno. La relación que se construye en el marco del cuidado es única e irreplicable, toda vez que es contingente, azarosa y determinada por diversos factores. El ser en el mundo es un ser vulnerable; en medio de esa condición de vulnerabilidad le es propio tratar de ocultar esa fragilidad. Para intentar maquillar ese desvalimiento, necesita de otros, de su atención y de sus cuidados. Esa relación fundada en el marco del desvalimiento y la fragilidad es singular, contingente e irreplicable (García Uribe, 2021a). En este sentido, se propone reflexionar alrededor de un ejemplo literario: el narrado en el libro *La escafandra y la mariposa* (Bauby, 2010), un caso paradigmático en el que se interrelacionan de manera fidedigna el cuidado, la persona y la enfermedad.

Metodología

La casuística, en este caso literaria, es de una importancia superlativa para la pedagogía en las ciencias de la salud y, en general, para la discusión de temas alrededor de una historia hipotética o real. En la casuística como estrategia pedagógica existen antecedentes en los diálogos platónicos, así como en las disertaciones alrededor de casos hipotéticos en la filosofía y la teología medievales. «En algunas aulas de la época medieval había dos podios, uno a cada lado de la audiencia para que los

profesores pudieran debatir sus tesis, frecuentemente con un panel de jueces al centro» (Hall, 2017).

En lo concerniente a este escrito, se trata de un caso real sobre la experiencia de un paciente masculino con síndrome de enclaustramiento y la percepción que tiene de su enfermedad y de los cuidados recibidos. Como en cualquier asunto de esta índole, en este se abordan situaciones problemáticas alrededor de la experiencia de una enfermedad y los cuidados. Según la casuística, se puede llegar a la resolución de una cuestión y a la justificación de un juicio en la balanza de los argumentos o razones. Pero nuevas razones o argumentos pueden cambiar, de tal forma que las conclusiones y recomendaciones siempre quedan abiertas a discusión y deliberación (Hall, 2022).

De ser escritor a ser paciente: el juego de roles de la enfermedad

Jean-Dominique Bauby (nació en París el 23 de abril de 1952 y falleció en Berck, Paso de Calais, el 9 de marzo de 1997) fue editor de una revista francesa. A los 43 años sufrió un accidente cerebrovascular, por lo cual quedó con la secuela del síndrome del enclaustramiento (*locked-in syndrome*), catalogado como una enfermedad neurológica caracterizada por la parálisis completa de los músculos voluntarios, exceptuando los músculos de los ojos. Los pacientes que padecen esta patología están conscientes, pero son incapaces de hablar, moverse o tener contacto con el exterior, como si estuvieran «atrapados en su propio cuerpo». Solo se pueden comunicar con movimientos de los ojos y con el parpadeo. En la enfermedad no hay un tratamiento específico o cura.

Respecto a los cambios suscitados por la enfermedad, algunos son objetivables, medibles y de alguna manera se pueden comparar entre sujetos de diferentes características; otros cambios son subjetivos, es decir, dependen del sujeto que los padece. En el caso de un síndrome de enclaustramiento, la dimensión subjetiva de la transformación patológica es enorme. Si se toma seriamente, este aspecto —el cambio de rol de una persona se apodera de su cuerpo, de su vida y de su salud, pues antes era libre y autónomo— sufre una transformación radical en la que pasa de ser económicamente productivo a estar postrado en cama, a depender de otros para las actividades básicas de la vida diaria. Pasa de estar libre

a estar preso de sí mismo, de su cuerpo: es lo que en palabras platónicas se podría considerar un alma libre y con alas encerradas en un cuerpo inmóvil, anclado a una cama.

Lo anterior supone un cambio importante para cualquier persona, es posible que se tenga una sensación de incertidumbre frente al futuro; ante el desconcierto, la indiferenciación y la nada se tiende a caer en la angustia. Esta no es lo mismo que el miedo; la angustia es una sensación de desazón ante la nada, no tiene un objeto particular y definido. Todo esto implica un cambio radical en los estilos de vida, la cotidianidad, las relaciones, las prácticas de autocuidado y el significado de la existencia. Es de resaltar que, aunque la posibilidad de enfermar y morir es inherente a la vida misma, son también cualidades inexorables la necesidad de atención y cuidados, y esto es necesario. La contingencia y finitud de lo humano permite cercar la ontología con la necesidad de cuidados, nos acerca a un situarse desde la interdependencia y las relaciones, para ver en el otro un ser tan vulnerable y extraño como uno. Así, se puede establecer una relación empática desde la categoría común de la vulnerabilidad y la falta de solidez.

Todo ello es posible encontrarlo a lo largo del texto de Bauby (2010), que utiliza la metáfora de la escafandra para simbolizar su parálisis física y la metáfora de la mariposa para representar la libertad de su mente y espíritu. Ya desde la filosofía platónica se proponía el cuerpo como la cárcel del alma; pero ahora es una metáfora que atraviesa la vida misma haciéndose realidad. Porque para un escritor, el hecho de estar preso de sí mismo equivale a cortar las alas de la mariposa, ahogar su vuelo y con ello su vida. La mariposa representa el margen de posibilidades de excitabilidad y sensibilidad neuronal, limitadas enormemente por una escafandra, que sirve de traje para respirar y ver el mundo bajo el agua; en este caso posibilita una existencia exigua.

Desde otro punto de vista, este texto hace una invitación a volver a conceptos, definiciones y categorías como sufrimiento, muerte y enfermedad terminal. Sobre esta última, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1990) afirma que es aquella enfermedad que no tiene tratamiento curativo específico y que por ello conlleva a la muerte en un

tiempo variable; es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y trae consigo un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia. Aquí el rol del cuidador se ve comprometido, y con una alta posibilidad de que se genere sobrecarga. Esta es precisamente la enfermedad del protagonista de esta obra: una afección terminal con un pronóstico ominoso a corto plazo, una gran dependencia de cuidados y gran sufrimiento para el paciente y las familias.

La enfermedad terminal esta hilvanada al concepto de muerte, y estos, a su vez, a la incertidumbre; por más pruebas y herramientas diagnósticas, el pronóstico y la evolución de la enfermedad son siempre asuntos enmarcados en el ámbito de la probabilidad. En el tema de la incerteza hay posturas conceptuales, entre las que se encuentra la teoría de la incertidumbre de Mishel (1988), quien dice que las personas pueden expresar cognitivamente todos los productos de las enfermedades. Por otro lado, se entiende la incertidumbre, según la Real Academia Española, como la falta de certidumbre, es decir, la falta del conocimiento que puede ser seguro. A partir de la definición de la teoría de Mishel, se trata de la incapacidad de reconocer los efectos de la enfermedad que se padece. Por eso, es importante evaluar la incertidumbre en los pacientes porque pueden influir negativamente los efectos de las enfermedades.

Con todo lo que conlleva el padecimiento de la enfermedad, Bauby logró escribir *La escafandra y la mariposa*. El autor, bajo un especial cuidado de una terapeuta, dictaba sus pensamientos y experiencias por medio de los parpadeos que realizaba; se estima que el libro pudo ser escrito con aproximadamente 200 000 parpadeos por parte de Bauby (le iban mostrando las letras una a una y cuando llegaba la letra que él necesitaba parpadeaba). Una vez publicado en 1997, este libro se convirtió en *best seller*; tres días después de la publicación, el autor murió producto de una neumonía. La obra se ha traducido en diferentes idiomas al de la versión original, que fue en francés; además, en 2007, se estrenó la versión adaptada al cine, la cual tuvo nominaciones a los premios Óscar y llevó el mismo nombre del libro.

Bauby pudo dar sentido a los últimos días de su vida a través de lo que él mejor sabía hacer, escribir. Encontró en la escritura más que un medio

de comunicación: una forma de dar a conocer su dolor, una especie de catarsis en el sentido aristotélico. *Kátharsis* proviene del griego, hace referencia a purificación, purga o limpieza del cuerpo físico; la palabra es usada por Aristóteles (1988) para denotar purificación moral y espiritual, toda vez que consideraba un efecto catártico inherente a la tragedia. Una vez que los espectadores veían en los actores un reflejo de sus culpas morales y debilidades de espíritu, podían asimilar el castigo o las consecuencias de sus actos de una forma más justa, por lo que se sentían liberados y purificados. La catarsis no es un mero relato, implica una especie de actuación, de hacer pasar las palabras por el cuerpo, un representar y encarnar el lenguaje, todo ello para resignificar el temor (*fobos*) y una especie de piedad o compasión. En la versión trilingüe de la *Poética* se describe la catarsis como

placer [...] y así como los personajes ven ahora cada uno claramente el curso fatal de su propia vida, así en nosotros se enciende una luz nueva y el espíritu se reestablece. Y así la catarsis es también clarificación y purificación: es el retorno del alma desde la incertidumbre a la certeza, desde el desconocimiento al conocimiento, desde la oscuridad a la luz, desde la turbación al orden y al equilibrio. (Aristóteles, 1974, p. 375)

La escritura de la historia de vida del autor no es solo un acto de comunicación, es también una manera de reafirmar su identidad y su humanidad en medio de una experiencia profundamente deshumanizante. Es una forma de encontrarse a sí mismo en medio de la cárcel que supone su enfermedad. Esto puede ser de ayuda para otras personas que atraviesan por momentos de enfermedad al vislumbrar la escritura como terapia. Este proceso de creación literaria le permite a la persona transformar su sufrimiento en una obra de arte significativa, pues se plantea no solo como una vía de escape del aislamiento emocional, sino también una herramienta para redefinir su identidad, para darle un sentido a sus últimos días y dejar un legado. La catarsis literaria, narrativa, performativa y dialógica constituye un elemento fundamental en la terapéutica de las ciencias de la salud; *La escafandra y la mariposa* es un ejemplo de ello.

Observando el vuelo de la mariposa que quiere salir de la escafandra

«Si dejo de lado el ojo, dos cosas no están paralizadas: mi imaginación y mi memoria. Son las únicas dos salidas para escapar de mi escafandra» (Bauby, 2010, p. 34). El relato del libro lleva toda la experiencia del paciente encerrado en su cuerpo, en la que se compara la sensación de usar una escafandra (el traje que usan los buzos para sumergirse en el mar). Esta es una referencia al aislamiento; la persona queda sin contacto exterior y solo puede visualizar lo que le permite el vidrio puesto sobre la cara, lo cual representa la sensación de tener un cuerpo completamente inmóvil. Por otro lado, está la sensación de libertad que le permitía su mente; por ello, comparaba esa sensación como la de una mariposa, en la que podía compartir con su mundo interior e interactuar con sus recuerdos y sentimientos.

Bauby nos sumerge en una experiencia fenomenológica única en la que el cuerpo se convierte en un límite, pero la mente, liberada de las restricciones físicas, tiene un vuelo proustiano, ya no por una magdalena (pedazo de pan), sino por la sensación de encontrarse de cara con la finitud humana, con la vulnerabilidad, con la sensación de querer ser y no poder. Esto es una invitación a examinar no solo nuestras acciones pasadas, sino también el telón de fondo de nuestras decisiones, y a encontrar el significado en la intersección entre la libertad y la inevitabilidad. Esta conciencia fenoménica puede reconocerse en relatos como el siguiente:

Hoy mi vida parece una sucesión de pequeños fracasos. Mujeres que no supe amar, oportunidades que no aproveché, momentos de felicidad que dejé escapar. Una carrera cuyo resultado conocía de antemano, pero no escogí al ganador. ¿Habré sido ciego y sordo, o hacía falta un desastre para que hallara mi verdadera naturaleza? (Bauby, 2010, p. 47)

Es un texto con una riqueza hermenéutica increíble. Si pensáramos por un momento más allá de la condición patológica del síndrome de enclaustramiento, es posible realizar una analogía con la propuesta platónica del cuerpo como cárcel del alma, descrita en el *Fedón* (Platón, 2014a). En dicha obra se hace referencia a una dimensión corpórea que nos opone mil obstáculos, toda vez que impone necesidades y cuidados especiales. Además, siempre existe la posibilidad de enfermar, en estas

contingencias se turban los pensamientos y se priva al alma de echar vuelo. Desde otro punto de vista, la capacidad cognitiva e imaginativa del autor, pensada como una mariposa, es una alusión metafórica que puede interpretarse desde el ciclo de vida como un proceso que atraviesa una metamorfosis desde el huevo, pasando por la oruga, la crisálida y hasta llegar a la mariposa; un insecto con alas funcionales y ornamentales de diferentes variedades.

La consciencia y cognición humana atraviesan procesos de transformación de manera análoga hasta llegar a un clímax que nos saca del capullo; en otras palabras, se adquiere una mayoría de edad en sentido kantiano,¹² en la que el ser humano pasa de arrastrarse a pavonearse por los aires. Esta posibilidad nos permite volar, trascender y a veces polinizar flores para promover la diversidad genética de las plantas. Es decir, cuando volamos a través de nuestra mente, podemos tocar, invitar y tomar de la mano a otras entidades cognitivas a alzar el vuelo.

La escafandra y la mariposa lleva a una reflexión de lo que podemos hacer con nuestra vida, a pensar el sentido de la vida no solo desde la perspectiva de una persona enferma que tiene todas las limitaciones para moverse, sino que también es una invitación a pensar en el ahora, a vivir cada instante como si fuera el último, a pensar que la dicotomía cuerpo-mente es irresoluble e inseparable. Lo corpóreo no puede expresarse sin eso otro que nos anima, sin aquello que nos impulsa a volar. Este texto es una invitación a valorar la vida, cada paso, cada expresión, cada posibilidad de masticar, de deglutir, de reír y de abrazar a los otros, pero también de movilizarnos por el cuidado tanto de la escafandra (aquella cárcel necesaria) como de la mariposa (aquella dimensión pequeña capaz de volar y trascender).

No solo los pacientes con síndrome de enclaustramiento están encerrados en el cuerpo, esta sensación de impotencia y de minusvalía puede

¹² «La ilustración es una salida de la minoría de edad a la mayoría de edad, es un tránsito al pensar por uno mismo. La minoría de edad es la incapacidad de servirse de su propio entendimiento sin la dirección de otro. Uno mismo es culpable de esta minoría de edad, cuando la causa de ella no radica en una falta de entendimiento, sino de la decisión y el valor para servirse de él con independencia, sin la conducción de otro. ¡*Sapere aude!*! Ten valor de servirte de tu propio entendimiento! Es pues la divisa de la ilustración» (Kant, 2013, p. 67).

llegar por otras vicisitudes. El padre de Bauby le decía: «¡Tres pisos de escaleras a los 93 años! Los dos estamos encerrados. Tú, prisionero de tu cuerpo; yo, de mi apartamento. Recuerda esto» (Bauby, 2010, p. 27).

Esta frase es el relato que hace cuando su padre lo llama. Aunque la vejez no es sinónimo de enfermedad, sí puede ocurrir un menguamiento de las capacidades físicas. No es de extrañar que existan propuestas teóricas para un envejecimiento activo o saludable, enmarcadas en un mantenimiento de la autonomía, la independencia y la calidad de vida. Ahora bien, ¿cuántas personas jóvenes sin enfermedades subyacentes se encuentran encerradas en su propio cuerpo? No se puede desconocer que la contemporaneidad y el modelo neoliberal imponen prácticas y estilos de vida que hacen que los sujetos sean presos de sí mismos y que, incluso, sin tener que llegar a la vejez, la escafandra sea tan pesada y hermética que impide volar a nuestras mariposas.

Lo más llamativo es que la preocupación del padre no es tanto por su incapacidad de bajar las escalas, sino por la sensación de impotencia de no poder escuchar una respuesta de su hijo y, a su vez, lo que siente el hijo al no poder responder a su padre, a un padre que no puede ver; «debe ser difícil hablarle a un hijo el cual no te puede responder» (Bauby, 2010, p. 25). Cuántas veces hablamos a personas que no responden, no solo porque fisiológicamente no pueden hacerlo, sino porque se encuentran embebidos por dispositivos tecnológicos. De igual forma, es difícil hablarle a alguien que no puede responder; la reciprocidad y el reconocimiento son necesidades inherentes a lo humano. El hecho de no sentir al otro deja una abertura, nos hace sentirnos despojados en sentido existencialista y sin un asidero en el mundo.

Una lectura de este texto puede ser de ayuda para humanizar la atención en salud. Aunque la humanización de la salud es un concepto complejo,¹³ es necesario hacer de los hospitales ambientes más amigables y de los profesionales de la salud personas más compasivas, profesionales capaces de reconocer al otro que sufre, capaces de darle voz a aquel que no puede hablar, y ayuda a aquel que no puede caminar. Los profesionales de la salud deben cuidar tanto de la escafandra como de la mariposa; somos cuerpo, pero a la vez somos más que cuerpo. La dimensión corpórea no es la única dimensión que puede enfermar, a veces la mariposa no puede volar, no tiene alas y solo se arrastra. Otras veces, la escafandra puede parecer mariposa, mientras que la mariposa asume el papel de escafandra; la condición humana bio-socio-psico-eco-espiritual es más que una relación diádica que pueda escindirse. «Mi escafandra va conmigo al fondo del mar, no me importa que me arrastre al fondo. Porque también es mi mariposa» (Bauby, 2010, p. 2).

«La última vez que vi a mi padre lo afeité, ahora es a mí a quien afeitan todas las mañanas, con frecuencia pienso en él, cuando el auxiliar raspa mis mejillas con una hoja de ocho días de uso» (Bauby, 2010, p. 6). Cuántas veces en el ejercicio del cuidado clínico, comunitario o personal las personas se olvidan de las sensaciones del otro. Es posible que sea, por la inmediatez de la vida, solo por cumplir con el oficio o simplemente por manifestar poco interés en el otro. Las necesidades de autocuidado en las personas con limitaciones pueden ser suplidas por el trabajo de otros; entre ellos se encuentran familiares, amigos, conocidos y personal de enfermería que, como objeto de la profesión, buscan cada

¹³ «Hablar de humanización puede ser un término que denota el egocentrismo como característica humana, dado que le confiere a la categoría humana un carácter netamente benevolente, hoy en día se humanizan desde perros y gatos, hasta la salud y la educación. ¿Qué hay de diferente en humanizar un perro y humanizar la salud o la educación?, ¿realmente se le están confiriendo características humanas a las mascotas o la salud? Cuando hablamos de humanizar a los animales se hace referencia a asignar características y actividades a animales que no las poseían, no las necesitan y por ello pueden ser contraproducentes, por ejemplo, una fiesta de disfraces para perros, compartir la mesa y los mismos alimentos con las mascotas, sobrecargarlos con objetos decorativos o excederse en las medidas de higiene. Ahora bien, cuando se hace alusión a humanizar una salud deshumanizada, en el sentido de la pérdida de valores humanísticos, la mercantilización y tecnificación (actividades humanas) de la salud están íntimamente ligadas a lo humano, es necesario asumir que lo humano implica perfectibilidad y no la perfección, que es humano el intercambio, lo técnico y por supuesto algunos defectos o antivaleores, como el egoísmo, la crueldad, la avaricia, entre otras. Por lo que hablar de humanizar la salud podría constituir un término detrás del cual se ejercen no solo múltiples significados, sino que a la hora de implementar estrategias con el eslogan de humanización pueden ser un tanto confusas, mezquinas, egocéntricas y eufemísticas» (García Uribe, 2021b, p. 22).

día mejorar o suplir esas necesidades insatisfechas. Es necesario contemplar el rostro y no la cara de las personas, esto en términos de Levinas (2015). El rostro del otro no puede entenderse en su uso habitual, porque al considerar someramente los rasgos concretos de una persona, de entrada, es un dirigirse a ella como a un objeto. Por esto, contemplar el rostro del otro es dejarse tocar por él (Levinas, 2015), es algo que se vive como un sobrecogimiento que no deja tiempo para mirarlo al modo como se contempla una imagen o un paisaje. El rostro es una expresión de la vulnerabilidad, toda vez que es la parte más desnuda del cuerpo, la más expuesta y la más expresiva. En ella es posible examinar cómo una ausencia de protección se impone a quien lo mira, lo que ocasiona una conjunción paradójica entre una invitación al asesinato y una absoluta prohibición de ceder a tal tentación (Giménez Giubbani, 2011).

En el texto de Bauby resulta interesante el relato de los momentos previos a la enfermedad, a la vida cotidiana, al cómo era la vida antes de la enfermedad, cuando trabajaba en una revista, porque esto deja entrever una especie de añoranza, un anhelo del tiempo pasado, una especie de retrotopía (en el sentido de Bauman, 2017). Se trata de un deseo imperioso por regresar a mundos imaginarios olvidados en el pasado, un anhelo de rectificación de los defectos de la actual situación humana, aunque, en este caso, resucitando los malogrados y olvidados potenciales de antaño. Además de esa nostalgia existencial, el autor narra las sensaciones que tuvo al momento de experimentar el accidente vascular, todo el acontecimiento de la atención hospitalaria, es decir, cómo fue la nueva interacción entre el personal sanitario, su familia y amigos. De ese modo, se encontró con una nueva faceta interna y cómo día a día fue teniendo la resiliencia necesaria para asumir su nueva vida al buscarle un significado, con todo lo que implicaba la parálisis corporal, exceptuando la de su ojo izquierdo. Pese a todo lo que iba aconteciendo, Bauby no perdió la alegría de ninguna manera, como tampoco esa capacidad de plasmar en las letras su sentir. Por eso, hace una descripción de la relación con sus seres amados antes, durante y después de la enfermedad; el relato cuida los detalles en cuanto a emociones que hacen sentir al lector como parte de esa realidad (Arrogante, 2015).

Una de las reflexiones importantes del libro, a nivel general, es que se resalta la importancia de la comunicación y cómo ese aspecto puede ser un puente de unión entre las personas, más allá de las palabras. También marca la intensidad del mensaje, lo que se denomina fisiológicamente *prosodia*; el llamado *tonito* puede ser un acto fundamental en los procesos comunicativos y, por supuesto, en el marco del proceso salud-enfermedad, así como, en general, en las relaciones humanas, porque puede modificar las distancias entre emisor y receptor, pero también puede configurar estructuras lingüísticas pragmáticas, sintácticas y semánticas diferentes. No tener voz, entonación ni cuerpo móvil impone unas limitaciones comunicativas importantes. Respecto a la entonación se dice que

la prosodia es la disciplina que se encarga de describir melódica y rítmicamente los sonidos del habla: esa especie de ‘acento’ que nos permite identificar a nuestro interlocutor, si es hombre o mujer, la clase social a la cual pertenece, si pregunta algo, si está triste, o, incluso, si es extranjero. (Mora Gallardo y Asuaje, 2009, p. 18)

La acentuación, el ritmo y la entonación son las cualidades sonoras responsables de esa *música* que escuchamos cuando alguien nos habla. El ser humano es un ser que habla, un ser con *logos*, no solo en sentido de pensar, sino de discurso y de palabra; son palabras que configuran significados y que llaman a otros a que funjan de intérpretes. Las limitaciones de estas capacidades imponen un sufrimiento superlativo y requieren de habilidades terapéuticas y comunicativas por parte del personal de salud, para un cuidado y un tratamiento integral de estos pacientes. En el inicio del libro se destaca la forma de describir todo lo sucedido al momento del ingreso al hospital en Berck-sur-Mer, Francia, y cómo de manera preliminar era imposible que le entendieran que el cambio de posición en la que se encontraba era necesario, trabajo habitual desarrollado por el personal del cuidado en enfermería (Carvajal Carrascal y Montenegro Ramírez, 2015).

El baño como actividad básica de la vida diaria suele ser un espacio de encuentro consigo mismo. A veces, por la catatonia de la vida cotidiana, se suele pasar de largo y se reflexiona poco sobre aquel espacio íntimo.

Sin embargo, cuando se requiere de la ayuda de otro para bañarse, cuando se pierde la intimidad y aquel espacio de encuentro, las implicaciones para el individuo suponen un abismo en la estructura psíquica de los sujetos.

Un día me resulta divertido que a mis cuarenta y cuatro años me laven, me den la vuelta, me limpien el trasero y me pongan los pañales como a un niño de pecho. En plena regresión infantil, obtengo incluso con tales manejos un vago placer. Al día siguiente todo ello se me antoja el colmo del patetismo, y una lágrima surca la espuma de afeitarse que un auxiliar extiende por mis mejillas. En el baño semanal, trae recuerdos en donde la nostalgia de los constante chapuzones de mi primera vida, acompañados de una taza de té o whisky, de un buen libro o del periódico, permanecía largo tiempo en remojo accionado los grifos con los dedos de los pies. Pocas veces soy tan cruelmente consciente de mi situación para evocar placeres, por fortuna no puedo pensar demasiado en ello, de inmediato me devuelven tiritando de frío, sobre una porta enfermos tan cómodo como una tabla de faquir.¹⁴ (Bauby, 2010, p. 32)

Muchas pruebas, muchos exámenes, y a pesar de ello, muchas veces los pacientes, y el mismo Bauby, tienen la sensación de que, pese a que se hagan todos los esfuerzos posibles, se sienta que todo va a salir mal. En este sentido, pueden surgir preguntas: una persona con alteraciones corporales tan serias, ¿dónde deja su dignidad?, ¿cómo se mantiene la humanidad?, ¿hasta qué punto el aferrarse a la vida se deja de vivir?, ¿cuál es el límite y cómo establecerlo? Esos cuestionamientos, más que útiles, son necesarios para los pacientes, las familias y, por supuesto, para los profesionales de la salud, debido a que las personas con discapacidad manifiestan sensación de aislamiento y soledad; además, esa desconexión del entorno que no permite la libre comunicación entre lo que se siente y se piensa. Sin embargo, el autor va más allá de esta pregunta por el sentido de la vida o lo que él llama cosas esenciales. Cuando se refiere a las cartas que lee de sus amigos, destaca lo siguiente:

¹⁴ Tabla o cama llena de clavos usada por faquires, quienes se acuestan allí para demostrar la superioridad de su espíritu ante la inocuidad del dolor.

Algunos me hablan del sentido de la vida, de la supremacía del alma, del misterio de toda existencia, y por un curioso fenómeno de inversión de las apariencias, son aquellos con quienes había establecido las relaciones más triviales los que más abordan estas cuestiones esenciales. (Bauby, 2010, p. 43)

«Su ligereza enmascaraba un alma profunda. ¿Acaso estaba ciego y sordo, o bien se requiere la luz de una desgracia para que un hombre se revele tal como es?» (Bauby, 2010, p. 51). Esta pregunta es desgarradora, es una invitación a no dejar perder, en medio de la hiperconectividad, la productividad y el egoísmo, aquellas conversaciones con los otros que nos interpelan por la vida misma. Y, por supuesto, es una invitación a vivir el presente como si fuera el último instante, a no ser ciegos, sordos, mudos e insensibles.

Otro de los aspectos que se abordan es en dónde quedan los gustos propios, es decir, las fijaciones, las pasiones y el uso del tiempo libre mientras llegan las enfermedades. En este aspecto, Bauby hace referencia a su amor por el cine y la conexión con las películas; es fácilmente una ruta de escape que todas las personas necesitan para distraer la mente y que se alterna con las actividades de la vida diaria (Mallo-López *et al.*, 2021). «Aférrase fuerte a lo humano que tiene en su interior y sobrevivirá» (Bauby, 2010, p. 43). Es una de las muestras estipuladas en el libro, la cual es representada por la mariposa, en el momento en que no hay mucho por hacer; solo queda lo interno, las ganas de sobrevivir y las ganas de aportar. Tanto es así que uno de los máximos reflejos es que se escribió, se consolidó el libro y se generaron ingresos económicos, hechos que demuestran que en la discapacidad también se puede producir.

Mantener el amor, o una relación pese a la adversidad, es una expresión y condición de la resiliencia. Bauby describe altibajos emocionales, y además de cargar con los problemas internos producto de la discapacidad, afronta el día a día con las sensaciones de la otra persona, así como mantiene la fuerza del amor, pues cualquier vínculo de emociones es complejo. En este caso se vuelve extremo; es claro que la separación corporal marcó de alguna manera una de las grandes preocupaciones del autor, pero a la vez el lazo emocional se vuelve fuerte. Como decía Aristófanes en su discurso en *El banquete*, de Platón (Platón, 2014b),

los hombres no se han percatado en absoluto del poder de Eros, un dios auxiliar de los hombres y médico de enfermedades. Un Eros que impulsa a encontrar la mitad perdida, aquello capaz de completarnos después de aquella división realizada por Zeus, con la cual castigó a los seres humanos en dos mitades y ordenó a Apolo que voltara sus rostros en dirección al corte para que, viendo la herida de la división, fuesen más moderados, numerosos y débiles. A través de este desgarro originario, comenzamos a existir tal y como somos ahora, una existencia fragmentaria, imperfecta y penosa, caracterizada por añorar todo aquello que ahora está perdido. Esta separación inicial, esta escisión, impone una búsqueda imperiosa de cada uno de su propia mitad, un anhelo insaciable por reunirse con ella y rodearse con las manos, entrelazándose unos con otros, deseosos de ser en una sola naturaleza, incluso dispuestos a morir de hambre y de absoluta inacción, por no querer hacer nada separados unos de otros (Platón, 2014b). La visión de Aristófanes de la vida humana es trágica y conmovedora, porque muestra una falta original, una imposición y el desplazamiento del deseo. Deseamos una situación originaria imposible, un deseo del deseo que nos desgarran a nosotros mismos, toda vez que no podemos trascender el cuerpo; aunque parezca paradójico, esa situación de seres incompletos nos mantiene en la búsqueda, en el camino y en la ruta del vivir.

¿Se puede impactar la vida de las personas aun estando paralizado? En verdad, una de las grandes motivaciones para escribir el libro fue esa: la capacidad que tiene el autor de transmitir todos sus sentimientos en letras. Tanto es así que, en uno de los capítulos, Bauby recibe un escrito de una mujer llamada Florence, en el que le expresa que ha podido leer el libro y ha podido sorprenderse, pero sobre todo conmoverse. La conexión entre autor y lector es una relación a veces incierta y subvalorada. La producción escrita, en ocasiones, carece de la retroalimentación de la comunicación verbal y corpórea. La comunicación, incluso a través del parpadeo, puede configurar un ambiente contextual en el que se observa al sujeto; la presencia del otro, sea en silencio o incapacitado para responder, implica una reconstrucción en la emisión de los mensajes. De ahí que dejarnos afectar por la presencia del otro es un imperativo en el marco de la atención en salud y, por supuesto, de toda relación comunicativa.

«La memoria es la única felicidad que tenemos» (Bauby, 2010, p. 349), en el sentido de que, si estamos paralizados y no tenemos otra cosa diferente a la resignación, es quizá una de las pocas cosas con las cuales podemos buscar motivación. Los recuerdos, la vida, lo que sabemos e imaginamos es con lo que nos quedamos; cuando todo se apaga, cuando todos los sonidos se van, solo quedamos con la parte interior. Al no poder gozar de placeres físicos por el padecimiento que presenta, las imágenes se hacen una fuente importante de ganas de vivir, eso de alguna manera puede ser fuente de madurez, pero sobre todo de sabiduría del autor al momento de presentar la situación (Bauby, 2010, p. 37). Ya Platón (2014a, 191d) describía la memoria a través de la tablilla de cera, como aquella retención de las percepciones y las impresiones para una posterior evocación de los contenidos pasados. Así, la memoria es una posibilidad epistémica y existencial en la que el conocer tiene por esencia una búsqueda dentro de sí para, posterior a ello, recordar.

Más allá de rememorar, al estar acostado y postrado en una cama, se pueden experimentar muchas cosas que al parecer serían simples:

Desde hace media hora la alarma del aparato de la alimentación está sonando, no hay nada más irritante que ese bip-bip. Encima, el esparadrapo que mantiene cerrado mi párpado derecho se ha despegado, por ende, las pestañas están llenas de goma, que dolorosamente cosquillean mi globo ocular, para colmo la sonda vesical se ha salido, estoy empapado de orina por completo. Solo estoy a la espera de un socorro. (Bauby, 2010, p. 33)

Todos los días hacemos movimientos o cambios en las cosas que efectuamos, desde apagar la alarma del despertador hasta realizar ejercicio para mejorar la condición física. En el caso del relato que se desprende de estas líneas, es resultado muy doloroso que una persona pudiera perder la autonomía para realizar estas cosas tan básicas, que en la mayoría de los casos no deberían tener ninguna complicación. Otro punto a considerar es el rol de las personas que cuidan; es posible que ningún familiar estuviera presenciando esta situación, es decir, ¿está críticamente enfermo y también solo? Además, se puede ver comprometido el papel del personal asistencial, por lo motivos que sean, pero en este momento

hay una persona que no puede defenderse por sí misma, pero tampoco puede realizar autocuidado (Cantillo-Medina *et al.*, 2018).

Conclusiones

Como conclusión, se pueden mencionar varios elementos reportados en el libro. Entre ellos se encuentra la importancia de la comunicación humana y la posibilidad que tienen las personas para poder expresar por medio de palabras sus sentires, que a la vez es una forma de interacción con el otro y de manifestación de emociones, pensamientos, como también para establecer conexión con el medio externo. La resiliencia es un elemento fundamental del ser humano, que fue demostrado por el autor no solo con la escritura del libro, sino con ese día a día y la posibilidad de buscar en sus recuerdos, en sus experiencias, para encontrar así la belleza incluso en las situaciones más difíciles. A pesar del encierro en su propio cuerpo, Bauby buscó alegría en los pequeños detalles y en pequeños logros que se iban presentando día a día.

La escafandra y la mariposa, más que un escrito literario, es un testimonio de vida, en donde la voluntad, la perseverancia, el amor y la determinación son el vivo ejemplo de lo que puede hacer la fuerza humana para tener la capacidad de superar todas las dificultades. Además, constituye un relato real de cómo la literatura, la ciencia y la salud se pueden integrar, con el fin de comprender un fenómeno social, así como ser una inspiración para familiares y pacientes que se encuentren en una situación similar.

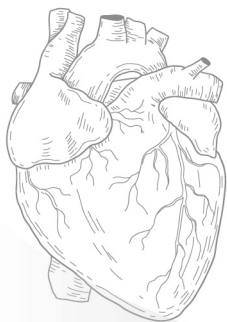
La experiencia de Jean-Dominique Bauby, tal como se describe en su obra, ofrece una visión profunda y conmovedora de la vida y la mente humana en medio de una enfermedad devastadora. A través de su narrativa, Bauby nos invita a reflexionar sobre aspectos fundamentales de la vida humana, como la dualidad mente-cuerpo y la relación entre las limitaciones físicas y la libertad, con los cuales se resalta la capacidad de la mente humana para trascender las restricciones del cuerpo al encontrar vuelo y libertad incluso en circunstancias adversas. Esta es una obra que nos enfrenta de lleno con la finitud y la vulnerabilidad inherentes a la condición humana. A través de su experiencia, Bauby nos recuerda la importancia de reconocer y aceptar la vulnerabilidad característica de lo

humano, pero, a su vez, es una historia que propone una seria reflexión sobre el sufrimiento al final de la vida y los cuidados necesarios para un buen morir. De ahí que se resalta la escritura como forma no solo de comunicación, sino también como sentido mismo de la vida porque, al compartir su historia, el autor deja un legado y su obra ofrece una forma de encontrar significado y propósito a otros en situaciones similares.

Referencias

- Aristóteles. (1988). *Poética*. Gredos.
- Aristóteles. (2005). *Política*. Istmo.
- Arrogante, Ó. (2015). Resiliencia en enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería*, 24(4), 232-235. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300009>
- Bauby, J. D. (2010). *La escafandra y la mariposa*. Bronce.
- Bauman, Z. (2017). *Retrotopía*. Polity Press.
- Cantillo-Medina, C., Ramírez-Perdomo, C. y Perdomo-Romero, A. (2018). Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. *Ciencia y Enfermería*, 24. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532018000100216>
- Carvajal Carrascal, G. y Montenegro Ramírez, J. D. (2015). Hygiene: Basic care that promotes comfort in critically ill patients. *Enfermería Global*, (40), 351-361. <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.4.231831>
- Corominas, J. y Pascual, J. (1985). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. Gredos.
- Chicote, G. (Ed.). (2007). *Extraños en la casa: alteridad y representaciones ficcionales en la literatura española, siglos XIII a XVII*. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.411/pm.411.pdf>
- García Uribe, J. C. (2020). Cuidar del cuidado: ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 24(57), 52-60. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.57.05>
- García Uribe, J. (2021a). La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud. *Cultura de los Cuidados*, 60(25), 19-32. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.60.03>
- García Uribe, J. (2021b). Cuidar en la era tecnocientífica: de la finitud al superhombre. *Cultura de los Cuidados*, 25(59), 50-59. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.59.07>

- Giménez Giubbani, A. (2011). Emmanuel Levinas: humanismo del rostro. *Escritos*, 19(43), 337-349.
- Hall, R. (2017). La casuística como pedagogía para enseñar la bioética. *Revista Médica Electrónica*, 39(1), 813-820. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39s1/rme120117.pdf>
- Hall, R. (2022). *Pedagogía casuística de la bioética: una colección de casos*. Conbioética.
- Hernández Gómez, J., Jaimes Valencia, M. L., Carvajal Puente, Y., Suárez Suárez, D. P., Medina Ríos, P. Y. y Fajardo Nates, S. (2016). Modelo de adaptación de Callista Roy: Instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 13(1), 6-21. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2016v13n1.2107>
- Kant, I. (2013). *¿Qué es la Ilustración?* Alianza.
- Levinas, E. (2015). *Ética e infinito*. Antonio Machado Libros.
- Mallo-López, A., Aguilera-Rubio, Á., Izquierdo-Rodríguez, N., Molina-Rueda, F. y Cuesta Gómez, A. (2021). Valoración de la efectividad de un protocolo de estimulación sensorial de la mano hemiparésica para la rehabilitación del control postural en pacientes con ictus crónico. Estudio piloto. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 30(2), 123-137. <https://doi.org/10.28957/rcmfr.v30n4>
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- Mora Gallardo, E. y Asuaje, R. A. (2009). *El canto de la palabra: una iniciación al estudio de la prosodia*. Universidad de Los Andes.
- Platón. (2014a). *Fedón*. Gredos.
- Platón. (2014b). *El banquete*. Gredos.
- Platón, y Lledó, E. (2000). *Diálogos V*. Gredos.
- Sáez, R. (2019). *Evolución humana: prehistoria y origen de la compasión*. Almuzara.
- Theofanidis, D. y Sapountzi-Krepia, D. (2015). Nursing and caring: An historical overview from Ancient Greek tradition to modern times. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 791-800.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing* (2.^a ed.). Jones & Bartlett Learning.
- World Health Organization (WHO). (1990). *Report of a WHO Expert Committee: Cancer pain relief and palliative care*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y



Capítulo 6

El exceso de peso en Colombia: un acercamiento desde las tesis de la ilustración

Beatriz Elena Gil Gil

<https://doi.org/10.22209/9786289681208.C6>

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad y el sobrepeso como un exceso en la acumulación de grasa que puede ser anormal y perjudica la salud. Para 2022, se consideró que en el mundo pueden vivir más de 2500 millones de personas adultas que tienen sobrepeso, con un aumento aproximado de 600 millones desde 2016 y 890 millones con obesidad, lo que representa un incremento de 240 millones en los últimos seis años. Lo anterior puede estar representado en clasificación de sobrepeso en el 39% de los hombres adultos y el 40% de las mujeres; mientras que el 13% de los adultos son obesos (OMS, 2021). En 2016, la OMS definió que en las cuatro décadas anteriores la prevalencia de obesidad en el mundo se triplicó (OMS, 2021). En 2022, la OMS reportó un aproximado de 390 millones de niños y adolescentes con exceso de peso, 160 millones clasificados con obesidad. La primera infancia para 2022 ya alcanzaba un reporte de 27 millones de niños y niñas clasificados con obesidad.

Las tendencias en América Latina y el Caribe muestran en las últimas décadas un aumento de peso y mayor prevalencia de la obesidad. Los habitantes de países en desarrollo tienen una relación directa entre exceso de peso y el estado socioeconómico, lo que muestra que la obesidad es más frecuente en estratos socioeconómicos más pobres. Sin embargo, desde el inicio del milenio, se ha documentado que las causas en las

variaciones entre países desarrollados o en desarrollo pueden deberse a factores culturales, ecológicos o sociales (Peña y Bacallao, 2000).

Según el *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe* (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y Organización Panamericana de la Salud, 2017), se considera el exceso de peso como un desbalance entre el consumo de alimentos y el requerimiento energético, lo que provoca acumulación de grasa corporal que es un peligro para la salud. En América Latina, las causas pueden deberse al cambio en los patrones alimentarios por un incremento de la disponibilidad de alimentos ultraprocesados (los cuales contienen altas cantidades de azúcares, grasas saturadas y sodio) y un bajo consumo de los alimentos y recetas propias de la región, realizadas con alimentos frescos y saludables. Según el *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe*, para la región, la prevalencia de sobrepeso en la primera infancia en menores de cinco años fue del 8,6% en 2023.

Lo anterior ubica a la región en un 3% por encima del promedio mundial. Además, se resalta que los países de la región no tienen datos actualizados, lo cual dificulta la toma de medidas pertinentes para alcanzar la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura *et al.*, 2023). Por otro lado, a parte de los hábitos alimentarios cambiantes, están los estilos de vida con menor nivel de actividad física; jornadas laborales largas; falta de regulación del comercio y publicidad de alimentos no saludables; estímulos fiscales, y otras situaciones del mercado que favorecen a los productos generadores de posible exceso de peso. Otro factor por considerar es la falta de planeación en las estructuras que permitan mayor movilidad para el peatón, como también desplazamiento en bicicleta y menos motorizada (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Según el mismo informe de 2022 para América Latina y el Caribe, la obesidad se presenta en un 24,2% de los adultos en 2016, lo que equivale a 106 millones de personas adultas y supera el promedio a nivel

mundial, que es el 13,1 % (FAO, 2022). Por su parte, en Colombia, desde 2009, se ha declarado a la obesidad como «una enfermedad crónica de salud pública, la cual es causa directa de enfermedades cardíacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos» (Ley 1355 de 2009).

Al observar el contexto de Colombia, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) estima que para 2022 se tendrá un 6,2% de sobrepeso en menores de 5 años. Los últimos datos de medición para Colombia en relación con el exceso de peso se reportaron en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN, 2015); en adelante no se cuenta con otros datos oficiales. El sobrepeso afecta al 37,8% y la obesidad al 18,7% de los adultos entre los 18 y 64 años, lo cual aumenta el exceso de peso en 5,3% con respecto a la medición de la ENSIN 2010 (Ministerio de Salud y Protección Social, Minsalud, 2015).

Asimismo, para la población adulta, entre 18 y 64 años, se encontró que se presenta mayor porcentaje de exceso de peso en mujeres (59,6%) que en los hombres (52,8%), sin diferencias significativas por región. Es importante para el texto actual aclarar que sí existen diferencias por etnia; los afrodescendientes tienen mayor índice de exceso de peso que los indígenas. El índice de riqueza mostró que el exceso de peso en el índice de riqueza más bajo es de 52,1% y en el bajo 55,7%, mientras que en el índice de riqueza medio es del 60,2% y en el alto de un 50,1%; por lo tanto, son resultados alarmantes sin importar el índice de riqueza (Minsalud, 2015).

En consonancia con lo expuesto, a continuación, se hará una breve reflexión frente a algunos de los factores que pueden influir en el estado nutricional de una persona, para lo cual se tienen en cuenta personas sin enfermedades de base que influyan en la obesidad, independientemente de la voluntad del individuo o su condición socioeconómica. Por ejemplo, las enfermedades de base psicológica o endocrinológicas.

- **Factores genético-adaptativos**

La teoría del genotipo ahorrador propone que personas que en un tiempo prolongado presentan un consumo inadecuado o fluctuante de alimentos pueden generar formas adaptativas para mejorar la eficiencia del uso de la energía y el depósito de grasa. Esto implica que cuando se logra disponer de alimentos en una frecuencia más regular en el tiempo, se puede presentar exceso de peso (Peña, 2000).

- **Factores alimentarios**

Del mismo modo, Colombia es un país caracterizado por la producción de una amplia variedad de alimentos, cuya disponibilidad se ve afectada por factores como la ubicación geográfica, la zona (urbana o rural) en la que se encuentra, entre otros aspectos.

Lo anterior ha llevado a que se formulen conclusiones para algunas ciudades de Colombia, como que las personas de estratos socioeconómicos bajos tienen un menor consumo de alimentos de alta calidad nutricional como verduras, frutas, fuentes cárnicas y lácteos. Así, prefieren el consumo de alimentos como harinas refinadas, azúcares y grasas disponibles a menor precio, enfocados desde la industria a poblaciones de bajos recursos económicos (Álvarez y Gil, 2015).

Como prueba de todo lo mencionado, los azúcares como la panela, el azúcar refinado y la miel son alimentos altos en calorías y con bajo aporte de micronutrientes que pueden ocasionar exceso de peso. Bajo esta premisa, se encontró que el 93,4% de los colombianos adultos consumen estos alimentos diariamente, en una frecuencia promedio de 13,3 veces (Minsalud, 2015).

Igualmente, las gaseosas son alimentos con alto contenido de azúcar cuyo consumo es del orden del 71,6% de los colombianos, cifra que no distingue nivel socioeconómico. Todo esto muestra la influencia de la industria en el consumo de alimentos poco saludables en las personas. Cabe resaltar que en el estudio ENSIN se identificaron las zonas con menor disponibilidad de agua potable como sectores con mayor consumo de gaseosas y bebidas azucaradas (Minsalud, 2015).

Un análisis similar merecen los productos en paquete (fuente de carbohidratos y grasa), que son consumidos por el 51,3 % de la población. Los alimentos fritos como fuente de grasa, ingeridos en exceso, pueden ocasionar un mayor riesgo de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles. Según la ENSIN 2015, el 86,2 % de la población colombiana consume este tipo de alimentos (Minsalud, 2015).

• **Actividad física**

El último factor, para el análisis del presente texto, que incide en el estado nutricional de las personas sin distinguir su nivel socioeconómico es la actividad física, la cual incrementó en 2010 a 53,5 % y disminuyó en la medición de 2015 a 51,3 %. Caminar es el principal medio de transporte. Los niveles de actividad física no presentaron diferencias entre la región en la que se ubica en el país o el nivel de riqueza. Se encuentra diferencia para el sexo: se muestra mayor nivel de actividad física en hombres (61,1 %) que en mujeres (42,7 %) (Minsalud, 2015).

En Colombia, la prevalencia de cumplimiento de las recomendaciones de actividad física de caminar como medio de transporte fue de 31,7 % y para el uso de la bicicleta de 4,9 % (Minsalud, 2015). No obstante, vale la pena resaltar que permanece un gran porcentaje de la población colombiana que no realiza ningún tipo de actividad física, la que, sin lugar a dudas, es necesaria para mantener un balance energético entre la energía que se consume y la que se gasta, evitando un exceso de peso. La actividad física se puede realizar de diferentes formas y requiere de la voluntad de las personas, así como de la creación del hábito en los diferentes ciclos de la vida.

Por todo ello, la pregunta que servirá de guía para el presente escrito se resume en determinar cómo pueden las consideraciones de Immanuel Kant sobre la ilustración ayudar a entender las razones que explican la existencia del sobrepeso y la obesidad en Colombia. A partir de este acercamiento, se proponen alternativas de solución para el fenómeno del exceso de peso en el país.

Frente a lo anterior, se dirá que, sin lugar a dudas, la filosofía puede contribuir a entender los problemas que propone la nutrición hoy en

día. Sin ahondar en las razones de la anterior afirmación, más por falta de espacio que de explicaciones, el presente trabajo pretende incluir en el análisis de la obesidad en Colombia una categoría filosófica, específicamente el concepto de ilustración que propone Kant.

Para esto, en los párrafos siguientes se hará una breve narración de las principales tesis expuestas por Immanuel Kant en su ensayo *¿Qué es la Ilustración?* Posteriormente, se hará un análisis ejemplificativo de dichos argumentos con algunas consideraciones alrededor de este fenómeno, lo que llevará a contribuir en el concepto de ilustración nutricional como elemento que puede tenerse en cuenta para el estudio de la obesidad en Colombia y las intervenciones futuras frente al tema.

¿Qué es la ilustración según Immanuel Kant?

Todo problema que se plantea puede ser abordado desde diferentes ópticas: social, económica, filosófica, política o antropológica. De igual forma, todo fenómeno puede ser visto desde una óptica subjetiva o incluso desde la forma de las externalidades que lo afectan. En respuesta a la pregunta sobre la ilustración, Immanuel Kant planteó una respuesta de la cual se extraerán cuatro tesis que servirán de fundamento para lo que se dirá en las siguientes páginas:

- **Primera tesis: la minoría de edad**

Kant inicia su exposición partiendo de que la ilustración es el reflejo de superar la minoría de edad, es decir, es el momento en que una persona se hace responsable de todos aquellos aspectos que influyen sobre su vida, lo cual se puede asemejar a la autodeterminación (Kant, 1784).

- **Segunda tesis: la voluntad**

En segundo lugar, Kant hace énfasis en que la ilustración o la salida del individuo de la minoría de edad no es un proceso natural propio del crecimiento o del envejecimiento. Por el contrario, es un acto evolutivo que depende del deseo de la persona de salir de su estado de ignorancia y del querer responsabilizarse de las decisiones de cada aspecto de su vida (Kant, 1784). Es así como se puede estar en presencia de personas muy jóvenes capaces de tomar sus propias decisiones

y prever de una forma consciente las consecuencias de estas. Por otro lado, se pueden evidenciar personas adultas que, a pesar de la cantidad de tiempo vivido, no son capaces de tomar decisiones por sí mismas y dependen de terceros para realizar su proyecto de vida. De conformidad con Kant, esto pasa por dos razones básicas, que son las dos últimas premisas que se extraen de su texto (Kant, 1784).

- **Tercera tesis: poner responsabilidad en terceros**

Precisamente, sobre la imposibilidad de salir de la minoría de edad, Kant explica que así como es voluntad de las personas superar esta etapa, también sostiene que hay muchas personas a gusto con ella, pues les permite estar en una situación más cómoda en la que otros deciden sobre lo que es bueno o malo. Esto implica que lo que les ocurre no es de su responsabilidad y que esta puede ser trasladada a un tercero (Kant, 1784).

- **Cuarta tesis: intereses de terceros**

De igual forma, tal postura es complementada por aquellos interesados en que esta se mantenga, pues por múltiples razones desean que estos sujetos no abandonen su minoría de edad, ya que solo así lograrán darles órdenes sin obtener mayor resistencia (Kant, 1784). Piénsese en el caso de una madre sobreprotectora con su hijo, la de un gobernante con sus gobernados, la de la industria de los alimentos y la de los modernos *influencers*, entre otros casos.

Las tesis de Kant y la nutrición en Colombia

Al retomar las tesis propuestas por Kant, se pasará a aplicarlas a la situación nutricional de Colombia. Para ello, se hará uso de dos casos típicos o dos situaciones extremas.

- **Caso 1**

Juan Pérez es un adulto de 28 años de edad residente en un barrio de invasión llamado Nueva Jerusalén, en la ciudad de Medellín, desplazado del municipio de Peque hace tres años. Él, al igual que sus cinco hermanos, no ha logrado terminar la educación secundaria y labora como vigilante; trabaja diez horas diarias y se desplaza hacia su empleo en bus del transporte público.

En el municipio de Peque se desempeñaba como agricultor, lo que implicaba jornadas de trabajo físico, especialmente de fuerza. Allí intentaba trabajar menos de ocho horas diarias, lo cual empezó a hacer desde los 15 años y, a diferencia de hace tres años que se desplazó a Medellín, no presentaba índices de sobrepeso que limitaran con la obesidad.

La empresa para la que trabaja actualmente le ha recomendado visitar la EPS, por su problema de exceso de peso. El médico le ha sugerido adelgazar y lo ha incluido en el programa de control de peso y prevención de enfermedades crónicas, en el que tuvo la oportunidad de consultar con una nutricionista dietista y recibir información para mejorar su estado de salud. La nutricionista dietista procuró realizar recomendaciones al alcance del presupuesto económico que se tiene en el hogar y la cultura alimentaria relatada por parte de Juan Pérez, pero los cambios le implican tomar acciones propias y compromiso desde su voluntad.

A pesar de tener el conocimiento y no tener otras causas de exceso de peso, al siguiente control con el médico se encontró que no existen cambios en el estado nutricional ni en el control de hábitos. En ese sentido, Juan no continuó en el programa de educación nutricional con la nutricionista dietista por no tener tiempo dentro de sus jornadas laborales.

Las razones que Juan Pérez da para sus resultados son que su mamá es quien cocina y no acata las recomendaciones de la nutricionista de la EPS ni del médico tratante sobre el cambio de sus hábitos. Los conceptos sobre la alimentación que lleva en la ciudad se basan en un bajo consumo de frutas y verduras por considerarlas costosas, que no llenan y no son necesarias para tener un cuerpo de aspecto fuerte. Gracias al contexto en el que vive, Juan tiene una percepción de que su cuerpo está fuerte si tiene contextura gruesa, lo que considera como bueno para aguantar el trabajo de la ciudad, además, sus compañeros de trabajo tienen una composición física similar y omite la oportunidad de adquirir nuevo conocimiento por parte del personal de salud.

Si bien los conceptos sobre alimentación continúan igual, su antiguo patrón alimentario ha cambiado, pues antes consumía cinco comidas (tragos antes de salir a jornalear, desayuno, almuerzo, cena y merienda).

Hoy en día en la ciudad ha reemplazado las carnes como el pollo y el cerdo por salchichón y chorizo, y la arepa de maíz por pan, galletas y productos de panadería en general que adquiere fácilmente en paquetes económicos y son acompañados con gaseosas.

En conclusión, su rutina actual de alimentación se puede resumir en las siguientes comidas:

- **Desayuno:** lo compra en el puesto de empanadas después de haber trabajado dos horas porque prefiere dormir más tiempo, no tiene quién le haga el desayuno en la mañana y no está dispuesto a prepararlo él mismo.
- **Almuerzo:** empacado del día anterior, según lo que haya cocinado su madre para la cena, incluye chorizo, arroz, tajadas de papa y plátano fritas y caldo de hueso con papas.
- **Cena:** es similar al almuerzo.

En el mismo sentido, mientras vivía en Peque, Juan montaba en bicicleta, pero como actividad de recreación con sus compañeros para llegar a las canchas de fútbol donde se reunían a jugar con regularidad entre una y dos horas, cuatro veces por semana.

Actualmente, en el barrio, él no realiza actividad física porque el espacio deportivo del barrio siempre está lleno en las noches y debe hacer inscripciones para separar el lugar, como también pertenecer a los grupos de entrenamiento, pero no desea hacerlo. No realiza actividad física en casa porque considera que llega muy cansado y no sabría realizar ejercicios de forma individual.

Por lo demás, es complejo desplazarse en bicicleta a su trabajo porque no conoce las rutas de ciclovía de la ciudad y no le gusta ponerse el casco exigido por las autoridades de tránsito. Adicionalmente, su principal preocupación se limita a garantizar que los alimentos que compra sean baratos, tengan un buen sabor y dejen sensación de llenura. Además, la mamá está tranquila porque compra todo lo que sale en la televisión y la publicidad de las tiendas. Siguiendo la información adquirida por estos medios de comunicación, la mamá está segura de tener la alimentación ideal para su familia.

Este caso refleja la situación por la que pasan un número considerable de personas pertenecientes a estratos bajos, con determinantes económicos y de salud que generan consecuencias a raíz de consumir alimentos económicos, saciantes y que llenan (Aguirre, 2000).

• **Caso 2**

Pedro Giraldo tiene 28 años de edad, es ingeniero civil y está estudiando una maestría. Presenta antecedentes de sobrepeso en la adolescencia y, luego de permanecer dos años en el diagnóstico de sobrepeso, pasó a presentar un diagnóstico de obesidad. Al atender a su obesidad, los amigos y familiares de Pedro le han hecho varias recomendaciones para que esté más sano; sin embargo, él no se siente capaz de seguir los planes de alimentación con especialistas debido a una sensación de que «lo ponen a aguantar hambre» y le toca esforzarse demasiado.

Además, considera que los planes nutricionales que le mandan no son compatibles con su vida social, en la cual comparte con amigos en asados y cócteles, o no tiene tiempo dentro de su rutina para otros hábitos. Por lo tanto, Pedro prefiere intentar adelgazar con medicinas que prometen eliminar la grasa, estrategias en las redes sociales de *influencers* que no requieren mayor esfuerzo y que recurren a masajes reductores. Así, Pedro está pensando en hacerse una cirugía.

Igualmente, Pedro convive con su familia, la cual también tiene exceso de peso y a sus integrantes no les gusta cocinar o comer los alimentos empacados que podría realizar la persona que les ayuda en la casa. De manera frecuente, consumen alimentos tales como frutas para la mañana, verduras fáciles de preparar como el tomate, que generalmente acompañan con aderezos y quesos madurados. También compran tocina para las hamburguesas casi listas que vienen congeladas; mantequilla de maní importada para comer con pan integral; salsa de chocolate para el café capuchino; helado; cortes de carne como tocino, costillas, punta de anca para los asados y quesos. Por último, las bebidas más usadas para acompañar las comidas y atender las visitas son las gaseosas y diferentes licores, cocteles acompañados de picadas o *snacks* altos en sodio, calorías y grasas saturadas.

Pedro considera que no le queda mucho tiempo entre estudiar y trabajar, a su vez come pocas veces al día. Cuando no está en la casa consume la comida de los restaurantes que hacen domicilios a las obras donde se encuentre y que ofrecen generalmente bandejas de frijol, arroz, plátano frito, huevo y chicharrón, acompañados de gaseosas.

A pesar de que en la universidad donde estudia la maestría, en la unidad residencial donde vive y en el club al cual pertenece su familia tiene la posibilidad de realizar actividad física, Pedro expresa no tener tiempo para ello. Además, manifiesta sentirse muy cansado para incluir otras actividades en su rutina.

A continuación, se explican, a la luz de las ideas sobre la ilustración de Kant, las causas por las cuales los dos casos expuestos no logran adecuar su estado nutricional.

Primera tesis: la minoría de edad

En el tema de la alimentación, la minoría de edad se puede entender como la incapacidad de una persona para tener conciencia de la necesidad de tener un adecuado estado de salud y su falta de voluntad para buscar estrategias que lo mejoren.

Siguiendo los planteamientos de Kant, tanto Juan como Pedro cuentan con una estructura fisiológica capaz de adaptarse a las condiciones que se les presentan, es decir, son personas que someten a diario su cuerpo a una alimentación inadecuada y, sumado a ello, realizan poca actividad física sin distinción de sus características socioeconómicas. Ninguno de los dos casos se encuentra con diagnósticos de base que puedan irrumpir en su voluntad y que impidan que su estado nutricional dependa de otro factor diferente a la toma de decisiones de hábitos que influyen en el resultado de su composición física. Tanto Juan como Pedro permanecen dentro de la minoría de edad, pues ellos no toman conciencia de su estado nutricional y de la responsabilidad propia de resolver su problema, a pesar de ser advertidos de los riesgos que corren en su salud.

Antes de pasar a la segunda tesis (de la voluntad), es perentorio nombrar los determinantes sociales de la salud que influyen en la obesidad de las personas, pues el entorno alimentario es un determinante en el exceso de peso, en especial en la obesidad (Chumpunuch y Urai, 2022). Otro aspecto que puede influir son las redes sociales, puesto que la familia afecta la elección de alimentos y prohibiciones de ejercicio, lo cual sería una antítesis a la segunda tesis de Kant. Finalmente, las conductas de consumo excesivo que conducen a la obesidad en las personas mayores estaban relacionadas con actitudes y creencias detrás de las elecciones de estilo de vida que causan el problema de la obesidad (Chumpunuch y Urai, 2022).

A pesar de existir factores que determinan la obesidad, no se puede desconocer que, como fenómeno epidemiológico, no se podría resolver sin desconocer la perspectiva individual y las libertades para tomar decisiones. A continuación, se expone la tesis de la voluntad, entendiendo que la autonomía de la voluntad, la que afirma Kant, es la que determina la conducta (Garduño *et al.*, 2019).

Segunda tesis: la voluntad

Las personas que desean salir de la minoría de edad deben autodeterminarse y hacer conciencia de la necesidad de controlar los factores que pueden influir en su estado nutricional. En relación con esta tesis, es pertinente citar una de las recomendaciones expuestas en el libro *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*, en el que se sostiene que es fundamental

generar la voluntad de adoptar los comportamientos conducentes a la prevención de obesidad. Para esto, no solo debe evitarse la exposición de la población a estrategias de mercadeo de alimentos cuyo consumo excesivo provoca obesidad y enfermedades crónicas y la publicidad engañosa que induce el consumo de alimentos cuyo consumo excesivo afecta la salud. Debe igualmente haber una fuerza comunicativa regulada y financiada por el estado para empoderar a los consumidores hacia una mejor elección de alimento. (Rivera *et al.*, 2013, p. 19)

A partir de la anterior cita se puede evidenciar la necesidad de generar estrategias que promuevan en las personas salir de la minoría de edad. Para esto, se brindan herramientas a fin de que se pueda desarrollar el entendimiento necesario para alcanzar la ilustración.

En las intervenciones se debe procurar que el conocimiento que quiere transmitirse brinde pautas básicas para el mantenimiento de un adecuado estado de salud, en cualquier nivel educativo y de acuerdo con los recursos que se tengan. En pocas palabras, en el mercado pueden encontrarse alimentos sanos a diferentes precios y ser consumidos por toda la población en general. Por ejemplo, Juan podría seguir las recomendaciones del personal de salud y comprar con el dinero de las gaseosas frutas en cosecha o permanentemente económicas, como el banano; en el caso de la proteína, podría evitar comprar embutidos y en su lugar comprar huevo. Para el caso de Pedro, este podría estar haciendo uso de los medios para realizar actividad física y seguir, al igual que Juan, las recomendaciones de los especialistas.

Sin embargo, para mejorar las prácticas en alimentación y realizar actividad física, tanto Pedro como Juan deben autodeterminarse, hacer consciencia de su estado de salud y aplicar estrategias para mejorar su composición corporal. En este sentido, no solo el hecho de diagnosticar exceso de peso o indicar la clasificación de composición corporal hace que los individuos como Juan o Pedro mejoren por su voluntad. Se requieren también estrategias de salud pública que indiquen los riesgos y acompañen la adquisición de mejores hábitos y responsabilidad del mantenimiento de la salud desde la infancia. Para ello, hay que normalizar las acciones salutogénicas en las familias y el individuo.

Tercera tesis: poner responsabilidad en otros

Podría argumentarse que algunas personas no llegan a lograr la ilustración porque se sienten cómodas, y no logran asumir la necesidad de tomar decisiones o ponen en manos de otros la responsabilidad de su estado nutricional. Pedro, por ejemplo, busca una forma fácil de resolver el problema que no esté controlada desde su propia voluntad, pues prefiere pensar en alternativas como cirugías y masajes que otros hacen por él. No hay forma de concebir un plan de alimentación que le exige

autodeterminación, que podría evitar eventos riesgosos de las cirugías y que permitiría cambios a largo plazo.

Mientras tanto, Juan evade la responsabilidad de su estado nutricional, se siente cómodo con su cuerpo que considera fuerte por ser voluminoso y pone la responsabilidad en las manos de su madre, quien prepara los alimentos en el hogar. A pesar de adquirir la oportunidad de conocer la lista de alimentos y combinaciones que deben realizar en el día para mejorar su estado de salud, ninguno de los dos busca hacer compras de alimentos más responsables o acompañar las decisiones de alimentos que se preparan en su hogar, o la búsqueda de alternativas de alimentos más sanos por fuera del casa.

Cuarta tesis: intereses de terceros

La cuarta tesis se enfoca en los terceros que desean mantener en las personas la falta de ilustración y perpetúan con sus acciones la minoría de edad nutricional en las personas. De ese modo, prevalecen ideas equivocadas de alimentación que solo benefician las ganancias económicas de unos cuantos.

Por ejemplo, si bien Juan y Pedro son responsables de cambiar sus hábitos, existen terceros que apoyan la minoría de edad de Juan y Pedro para salir del sobrepeso, como la industria del azúcar; las gaseosas; las cadenas de restaurantes y de comida rápida; la publicidad; el mercado farmacéutico enfocado al exceso de peso; los modelos de negocio de la estética; la poca apropiación y fomento del consumo de alimentos sanos; el pobre fomento a los sectores agrícolas, y los tratados de libre comercio.

En Colombia, en los últimos años, se han intentado acciones en pro de mitigar los riesgos del creciente exceso de peso, fenómeno entendido desde la complejidad, pues es causado no solo por un desequilibrio energético, sino que gira alrededor de factores conocidos como ambientes obesogénicos. En otras palabras, se trata de aquellos que son la suma de influencias del entorno, las oportunidades o las condiciones de vida en el fomento de la obesidad y exceso de peso en individuos y poblaciones (Townshend y Lake, 2017).

«La ley de obesidad» plantea estrategias de educación alimentaria nutricional, como el etiquetado nutricional, la educación en la etapa escolar, el control en la venta y exposición de alimentos altos en nutrientes críticos (el azúcar, la grasa saturada y el sodio). Sin embargo, se ha encontrado que la norma, desde su publicación en 2013, ha enfrentado distintos detractores, entre ellos el sector comercial y un Estado como actor pasivo ante el fenómeno de la obesidad en crecimiento.

Es hasta 2022 que se logró normativizar el etiquetado nutricional a través de los sellos de advertencia, inicialmente a través de la Ley 2120 de 2021 «por medio de la cual se adoptan medidas para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir enfermedades no transmisibles y se adoptan otras disposiciones». Esta fue reglamentada con la Resolución 810 de 2021 y luego con la Resolución 2492 de 2022, con las cuales los sellos de advertencia circulares sufren una transformación a octagonales, e incluyen evidencia científica de impacto en el consumidor. Lo anterior fue un avance en el acompañamiento para que los colombianos, sin importar su edad, puedan educarse frente al contenido de los alimentos que consumen.

Alternativas de solución al problema: armonizando las tesis de Kant

El hecho de poder establecer estrategias de sensibilización frente a la conciencia de la toma de decisiones en la alimentación propia puede mejorar los niveles de malnutrición por exceso en el país. Se sugieren las siguientes estrategias para alcanzar la ilustración nutricional:

Promoción de hábitos alimentarios saludables

- **Enseñanza de hábitos de alimentación en la educación básica**
 - *Incorporación de programas de nutrición:* en los planes de estudio de los escolares se puede incluir educación sobre nutrición y hábitos alimentarios saludables desde edades tempranas. De esta forma, desde la infancia se lograría crear conciencia sobre las bases de una dieta completa, equilibrada, suficiente y adecuada, así como tener información básica para tomar decisiones informadas sobre alimentación.

- *Entornos alimentarios escolares saludables*: desde los establecimientos educativos se puede proponer que los alimentos ofrecidos en los restaurantes escolares hagan parte de una alimentación adecuada. Lo anterior puede ayudar a impartir buenos hábitos alimentarios a partir de la infancia.
- **Publicidad y medios de comunicación**
 - *Campañas de sensibilización*: las redes sociales y los medios de comunicación como radio y televisión pueden usarse para concientizar a la población sobre el problema del fenómeno de la obesidad y la importancia de una dieta adecuada en todo el curso de vida.
 - *Continuar con el etiquetado nutricional y la educación para entenderlo*: continuar el uso de etiquetado frontal de advertencia para que los compradores puedan tomar decisiones informadas sobre los alimentos que se consumen.

Acceso a alimentos saludables

- **Políticas públicas y acceso a los alimentos**
 - *Apoyos para el acceso a alimentos saludables*: identificar poblaciones que requieran apoyo en el acceso a alimentos sanos y de buena calidad que permitan saciedad y conserven una alimentación balanceada que cubran los requerimientos diarios de la población. Además, se necesita acompañamiento en el uso y preparación de los alimentos según su cultura alimentaria.
 - *Regulación de alimentos procesados*: regular la publicidad y el acceso a productos ultraprocesados y ricos en grasas y azúcares simples, especialmente en entornos frecuentados por los infantes como escuelas y áreas de esparcimiento social escolar.
- **Infraestructura alimentaria**
 - *Mercados locales y huertos urbanos*: fomentar la creación de mercados locales y huertos urbanos para mejorar la disponibilidad y el acceso a alimentos frescos y saludables. Estas iniciativas pueden contribuir al logro de la seguridad alimentaria.
 - *Mejorar la distribución de alimentos*: garantizar que las comunidades rurales y de bajos ingresos tengan acceso a alimentos

nutritivos mediante la mejora de la infraestructura de distribución y logística.

Intervenciones comunitarias

• Programas de apoyo

- *Identificación de necesidades de aprendizaje:* identificación de las necesidades de aprendizaje de las poblaciones en riesgo de malnutrición por exceso, comprensión de su entorno alimentario y generación de grupos participativos como apoyo en el aprendizaje colectivo.
- *Grupos de apoyo y talleres:* generar grupos de apoyo y talleres en comunidades para educar sobre alimentación y nutrición, así como proporcionar estrategias prácticas para mantener un peso saludable.
- *Promoción de la actividad física dentro de las comunidades:* promover espacios para la realización de la actividad física accesible y gratuita, como cursos de deportes específicos, actividad física y baile. Promover eventos deportivos para fomentar un estilo de vida activo y saludable.

• Involucrar el sector salud y los profesionales de la salud

- *Incluir mayor profesionales de salud:* dentro de los equipos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en todo el curso de vida, incluir profesionales en nutrición y dietética que puedan informar, educar y comunicar sobre buenos hábitos alimentarios y estilos de vida saludables.
- *Intervenciones personalizadas:* aumentar la disponibilidad de agenda para la asesoría con nutricionistas dietistas en el sistema de salud. Además, permite la implementación de planes de alimentación personalizados y seguimiento regular, adaptados a las necesidades individuales de cada paciente.

Acceso y uso de tecnología y redes sociales

- Desarrollo de aplicaciones de fácil uso en dispositivos móviles: generar programas o aplicaciones que permitan a la población a entender su ingesta calórica, organizar comidas saludables y

hacer cálculo de su actividad física y el balance entre sus requerimientos, su ingesta y su gasto calórico.

- Educación en línea: brindar cursos en la web, a través de videos, conferencias y artículos, que permitan a la comunidad entender y educarse sobre el exceso de peso.

Investigación y monitoreo

• Estudios y evaluación

- *Actualización de datos e investigación permanente*: patrocinar estudios para entender las causas subyacentes de la obesidad en los diferentes grupos poblacionales. De esta forma, se pueden realizar intervenciones basadas en las necesidades reales de la población y se pueden optimizar los recursos. Es importante que estas construcciones se hagan en conjunto con las poblaciones por intervenir.
- *Sistemas de monitoreo y evaluación*: seguimiento continuo de las intervenciones, tomar decisiones a tiempo para mejorar las políticas y optimizar recursos.

Conclusiones

Prevalencia creciente de la obesidad y el sobrepeso a nivel mundial y en América Latina: la obesidad y el sobrepeso han aumentado significativamente en las últimas décadas, tanto a nivel global como en América Latina. Esta tendencia creciente también se observa en todas las etapas de la vida, por lo que se requieren herramientas que acompañen a la población de Latinoamérica para generar decisiones sanas.

Determinantes socioeconómicos y culturales del exceso de peso: el sobrepeso y la obesidad son más comunes en los estratos socioeconómicos más bajos de los países en desarrollo, afectados por factores como la disponibilidad y el consumo de alimentos ultraprocesados, que son elevados en azúcares, grasas saturadas y sodio. En Colombia, por ejemplo, la población de estratos socioeconómicos bajos tiende a consumir alimentos de baja calidad nutricional debido a su costo y accesibilidad. Además, los cambios en los patrones alimentarios y estilos de vida, incluyendo una menor actividad física y la influencia de la publicidad de alimentos no saludables, contribuyen al aumento del exceso de peso.

La influencia de factores individuales y familiares en el control del peso: los casos ejemplificados de Juan Pérez y Pedro Giraldo ilustran cómo la falta de conciencia y responsabilidad personal, junto con la influencia del entorno familiar y social, afectan negativamente el control del peso. A pesar de tener acceso a información y programas de salud, ambos individuos no toman medidas efectivas para mejorar su estado nutricional, en parte debido a la dependencia de otros para la preparación de alimentos y la falta de voluntad para cambiar hábitos. Esta situación refleja la «minoría de edad» conceptualizada por Kant, en la que las personas no asumen la responsabilidad de su salud y bienestar, dependiendo en cambio de decisiones y hábitos impuestos por su entorno inmediato.

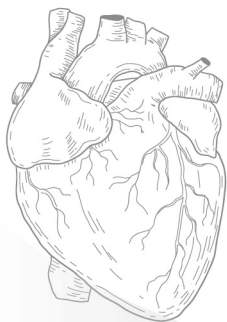
La educación alimentaria y nutricional como estrategia de promoción de la salud es un medio que puede influir en la toma de decisiones individuales, con base en las dos primeras tesis de la ilustración de Kant. Asimismo, debe contar con apoyo estatal por encima de intereses económicos de la industria alimentaria, con el fin de cumplir con sus obligaciones de respetar, proteger y acatar el derecho a la alimentación.

Referencias

- Aguirre, P. (2000). Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. En M. Peña y J. Bacallao (Eds.), *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública* (pp. 13-26). Organización Mundial de la Salud.
- Álvarez, M. y Gil, B. (2015). Caracterización demográfica y económica de los hogares de Medellín y sus corregimientos. En G. M. Hoyos (Ed.), *Perfil de seguridad alimentaria y nutricional de Medellín 2015* (pp. 52-164). Universidad de Antioquia.
- Chumpunuch, P. y Urai, J. (2022). The social determinants of health influencing obesity for the aged in the Pakpoon community context: A qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences*, 9, 211-221. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.02.005>
- Garduño, J., Ávila, D., Quezada, A., Merelo, C., Torres, V. Muñoz, O. (2019). La obesidad y el genotipo ahorrador. Determinismo biológico y social versus libre albedrío. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 76(3), 106-112. <https://doi.org/10.24875/bmhim.19000159>

- Kant, E. (1784). *Respuesta a ¿Que es la Ilustración?* https://www.utadeo.edu.co/sites/tadeo/files/collections/documents/field_attached_file/que_es_la_ilustracion_0_0.pdf
- Ley 1355 de 2009 (14 de octubre), por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. *Diario Oficial* 47502. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37604>
- Ley 2120 de 2021 (30 de julio), por medio de la cual se adoptan medidas para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir enfermedades no transmisibles y se adoptan otras disposiciones. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=168029>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Minsalud. (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional*. Universidad Nacional de Colombia; Instituto Nacional de Salud; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/libro-ensin-2015.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*. <https://doi.org/10.37774/9789275319727>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Mundial de Alimentos y Organización Panamericana de la Salud (FAO, FIDA, OPS, PMA y Unicef). (2023). *América Latina y el Caribe: panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2023: estadísticas y tendencias*. <https://doi.org/10.4060/cc8514es>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=Desde%201975%2C%20la%20obesidad%20se,y%20el%2013%25%20eran%20obesas>
- Peña, M. y Bacallao, J. (2000). La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. En M. Peña y J. Bacallao (Eds.), *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública* (pp. 3-11). OMS.
- Resolución 810 de 2021 (16 de junio), por la cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos de etiquetado nutricional y frontal que deben

- cumplir los alimentos envasados o empacados para consumo humano. *Diario Oficial* 51.707. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/docs/resolucion_minsaludps_0810_2021.htm
- Resolución 2492 de 2022 (13 de diciembre), por la cual se modifican los artículos 2, 3, 16, 25, 32, 37 y 40 de la Resolución 810 de 2021 que establece el reglamento técnico sobre los requisitos de etiquetado nutricional y frontal que deben cumplir los alimentos envasados y empacados para consumo humano. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202492de%202022.pdf
- Rivera, J., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F. y Rendón, C. (Eds.). (2013). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. <https://alimentacionysalud.unam.mx/wp-content/uploads/2021/01/Libro-obesidad-anm.pdf>
- Salazar, C. y García, R. (2019). El impacto de la educación nutricional en la prevención de la obesidad infantil en Colombia. *Revista Latinoamericana de Nutrición*, 69(3), 220-227. <https://revistaslatinoamericananutricion.com/impacto-educacion-nutricional-obesidad-infantil-colombia>
- Townshend, T. y Lake, A. (2017). Obesogenic environments: current evidence of the built and food environments. *Perspectives in Public Health*, 137(1), 38-44. <https://doi.org/10.1177/1757913916679860>



Capítulo 7

Mujer y maternidad: hacia una hermenéutica de los conceptos¹⁵

Héctor Mauricio Mazo Álvarez

<https://doi.org/10.22209/9786289681208.C7>

Introducción

El siglo xx trajo consigo grandes transformaciones: la consolidación de un sistema económico como el capitalismo; el fortalecimiento de las democracias en los países de Occidente; la Declaración Universal de los Derechos Humanos, después de haber vivido las dos guerras mundiales; la consolidación del modelo de autonomía en términos éticos para la sociedad; los movimientos sociales en las décadas de los sesenta y los setenta que mostraron como su natural consecuencia los derechos civiles; la llegada de la sociedad de consumo, y muchos otros cambios que fueron redefiniendo no solo los roles de las personas, sino las instituciones mismas. Entre ellas se encuentra la familia, como señala Lipovetsky: «el Estado retrocede, la religión, la familia se privatizan, la sociedad de mercado se impone: ya sólo quedan en la palestra el culto a la competencia económica y democrática, la ambición de la técnica, los derechos de los individuos» (Lipovetsky, 2006, p. 56).

Hoy se asiste a una sociedad que impone nuevos retos y plantea nuevas necesidades a las personas. La diversificación y tecnificación del trabajo han alcanzado unos niveles sin precedentes; el aumento de los niveles de competitividad, sumado a un espíritu insaciable de consumo, ha llevado

¹⁵ Este capítulo de reflexión surge de la investigación *Conductas y actitudes maternas indicadoras de un proceso de apego sano o en riesgo*, realizada por docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana.

a cambios en las estructuras laborales en las que las mujeres tienen cada vez mayor participación. Así «actualmente en nuestro país las brechas salariales han disminuido, dado que la selección del personal y la retribución tiende a ser equitativa, además proporcional al cargo que ocupa y las habilidades que posee» (Pérez Cuello *et al.*, 2019, p. 34).

Para muchas mujeres en la actualidad, la maternidad no es ni la finalidad ni mucho menos la realización en su condición humana; anteponen sus expectativas laborales, académicas y personales frente a la posibilidad de la maternidad. Para muchas otras mujeres, el hecho de ser madres puede ser una opción que se puede negociar con otros intereses y necesidades, mientras que para otras simplemente es su realización a nivel personal, tal como sostiene Miret Gamundi: «las mujeres de entre 18 y 25 años manifiestan que no desean tener hijos en un 27% y las mayores de 40 años no los han tenido en un 19%» (2019, p. 3).

Una aproximación histórico-hermenéutica al concepto de maternidad: la tradición greco-latina

André Comte-Sponville señala que los seres humanos tienen un doble nacimiento: «nacemos hombres; nos hacemos humanos» (2002, p. 147). Esto significa que los seres humanos tienen una naturaleza biológica, ya que se nace de un macho y una hembra de nuestra propia especie, pero nos hacemos humanos en la medida que nos encontramos inmersos en aquello que llamamos cultura. En esta misma vía se encuentra Savater cuando afirma que «nuestra humanidad biológica necesita una conformación posterior, algo así como un segundo nacimiento en el que por medio de nuestro propio esfuerzo y de la relación con otros humanos se confirme definitivamente el primero» (1997, p. 23).

De este modo, cuando se analiza lo humano, se debe tener en cuenta que no solo la naturaleza biológica es la condición que explica muchos comportamientos, ya que existe también una naturaleza social que se conoce con el nombre de cultura. Allí se encuentran, entre otros, roles, oficios y labores que se desempeñan en términos sociales, como es el caso de la maternidad, pues esta «no es un hecho natural, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico

y de una época definida de su historia» (Palomar Vera, 2005, p. 36). La maternidad no solo es un hecho biológico, es una construcción social que debe ser comprendida en las condiciones que la han hecho posible a lo largo de la historia.

Desde el punto de vista etimológico, nos encontramos con la siguiente definición que nos presenta Kurczyn: «los términos más comunes para referirse al proceso reproductivo de la mujer son embarazo, gestación y maternidad» (2004, p. 121). La maternidad la podemos entender, de forma más amplia, como la vivencia que tiene una mujer por el hecho de ser madre, o por la idea de la maternidad en sí misma.

En la mitología griega se encuentra Deméter, la diosa madre adorada desde el comienzo de la humanidad. Deméter se relaciona también con la diosa egipcia Isis, la fenicia Astarté y la mesopotámica Ishtar. Deméter «es la protectora de la agricultura, principalmente del trigo y de toda semilla o grano de que el hombre saca pan» (Garibay, 2013, p. 11). En estos pueblos, las divinidades femeninas eran adoradas porque de ellas dependía la fertilidad; son poblaciones agrarias que viven de la tierra. Sus tótems estaban representados generalmente por mujeres de genitales amplios y senos grandes, así como la fertilidad de la tierra se identificaba en las mujeres de la tribu.

En los relatos de Hesíodo en su *Teogonía*, el dios Cronos, padre de los dioses olímpicos, devoraba a sus propios hijos para evitar que estos le robaran el poder (esta condición humana está fielmente descrita en la teoría psicoanalítica). Rea, la esposa de Cronos, ha visto cómo su esposo se ha devorado cinco de sus hijos. Rea lo engaña con el último de los hijos, pues en lugar del bebé la madre le entrega una piedra envuelta en unas sábanas; este recién nacido es Zeus, quien posteriormente lideró la lucha contra su padre. Del mismo modo, en la mitología griega, Heracles mata a sus hijos en un ataque de locura, ya en esta tradición aparecen los padres que arremeten contra sus hijos y el papel de las esposas es pasivo, porque deben apoyar a sus esposos. Posteriormente, se da el paso de las sociedades agrarias a las sociedades guerreras; así, se puede observar el papel de las divinidades de este lugar y especialmente de las deidades femeninas. Zeus, el dios más importante del Olimpo, tenía por esposa

a la diosa Hera, quien, motivada por las múltiples infidelidades de su esposo, decide reunir a los demás dioses olímpicos y elabora un plan que tiene por propósito poner fin al reinado de Zeus. Por esto, lo encadenan mientras se encuentra dormido y cuando despierta es prisionero en su propio lecho. Luego, es liberado por los hecatónquiros; Hera es condenada a permanecer colgada desde el cielo mediante unas cadenas de oro. «Las demás deidades estaban indignadísimas, pero no se atrevieron a rescatarla, a pesar de lo mucho y de lo lastimosamente que se quejaba. Finalmente, Zeus prometió liberarla si juraba no rebelarse nunca más contra él» (Graves, 1984, p. 16). El papel de las mujeres, en la tradición griega, está determinado por la obediencia que deben tener para con los hombres, específicamente con sus esposos. «En la Grecia antigua la madre es una figura absolutamente asentada de la ciudad puesto que tiene la función primordial de prolongar la sociedad establecida» (González Galván, 2007, p. 271).

El destino natural de la mujer griega fue la maternidad y el cuidado de los niños durante sus primeros años de vida. Otro de los oficios al que podían aspirar las mujeres griegas era el de partera. «La herencia helénica nos relata que ante los primeros signos del trabajo de parto, eran mujeres parteras quienes invocaban a la diosa Artemisa, preparaban pociones para facilitarle el trabajo a la parturienta y cantaban con ella» (Oiberman, 2005, p. 118).

La medicina griega se nutrió de los conocimientos egipcios sobre embarazo y parto; las parteras gozaban de elevada dignidad y un buen reconocimiento social en estrecha relación con los filósofos, lo mismo que el arte de la partería o mayéutica. La ley ateniense exigía para ejercer este oficio haber sido madre y no estar en edad de procreación. Estas parteras conocían más de las mujeres que los propios médicos, quienes solo asistían al trabajo de parto en casos estrictamente necesarios.

Uno de los personajes que mejor encarna este ideal de la mujer es la esposa del héroe Odiseo, Penélope, quien lo espera al cuidado de la casa y de su hijo Telémaco. Los griegos habían fundado un sistema patriarcal altamente sofisticado; mientras las virtudes de los hombres eran la valentía y la elocuencia encarnadas en los personajes homéricos de Aquiles

y Odiseo, las mujeres estaban confinadas a los espacios del hogar y el cuidado de los niños. «Los recursos que Penélope utiliza no se reducen únicamente a las *αρεταί*, las virtudes de paciencia y lealtad conyugal, sino que la *μῆτις*, la prudencia característica de Ulises, encuentra su alter ego femenino en la personalidad de Penélope» (Arciello, 2018, p. 136).

En el Imperio romano, las cosas no sufrieron una gran transformación en el tema de la mujer y el oficio de la maternidad, en comparación con el mundo griego. Se sabe que cuando la mujer era estéril, el hombre podía separarse de ella, además, podía ser cambiada por mujeres fértiles ya embarazadas. Era tan importante la procreación que en la época del emperador Augusto se promulgaron tres leyes relativas a la familia para hacer «frente a la merma de nacimientos entre los patricios y la necesidad de seguir cubriendo los cargos públicos y los cuadros militares preservando el linaje de los ciudadanos romanos eminentes» (Castro y Canales, 2020, p. 408). La *lex Iulia de maritandis ordinibus* (incentivar la fertilidad y los matrimonios con hijos), la *lex Iulia de adulteriis coercendis* (castigos para los que permanezcan solteros y sin hijos) y la *lex Papia Poppaea* (la regulación respecto a la organización familiar impuesta por el Estado) tenían por objetivo contar con herederos legítimos y regular el matrimonio.

En este mismo sentido se comenzó a nombrar a las mujeres de acuerdo con estas condiciones: *matrona* era la mujer casada que hubiera dado a luz a su primer hijo; *materfamilias* era una denominación que recibía la mujer casada que hubiera tenido al menos dos hijos. Ambos títulos llevaron a la designación de esposa o mujer de buenas costumbres. La forma tradicional del matrimonio en términos jurídicos durante la época del imperio señalaba que la autoridad la tenía el señor de la casa: «la *patria potestas*, antes a cargo del padre de familia, ahora era compartida por el esposo. Ambos, padre y esposo, ejercían el derecho sobre la vida y la muerte de la mujer o su castigo y repudio» (Bailón García, 2012, p. 102). Entonces, uno de los grandes aportes de la tradición romana al tema de la maternidad fue una doctrina jurídica y un conjunto de leyes que situaban la función materna dentro del marco familiar.

Otro de los conceptos importantes que se heredaron de Roma fue el de filiación, que se define como el vínculo jurídico que existe entre dos

personas cuando una desciende de la otra, bien sea por línea biológica o por adopción. También se puede decir que la filiación forma parte de la relación paterno-filial junto con los conceptos de paternidad y maternidad, en especial, al pertenecer todos ellos a un mismo vínculo jurídico. Ambos conceptos se pueden definir de la siguiente forma: «la primera de ellas, relativa a la madre: *quia semper certa est*; la segunda, al padre: *pater vero is est, quem nuptiae demonstrant*. Certeza e incerteza, seguridad e inseguridad» (Duplá, 2019, p. 291).

Consideraciones sobre la maternidad en la tradición judeo-cristiana

De otro lado, la teología cristiana, que tiene sus raíces en el judaísmo, ha sido la que más ha moldeado la valoración de la mujer en la cultura occidental. El papel de las mujeres en los últimos siglos ha tenido como modelo a la Virgen María, pero, desde el Génesis, se nos mostró otro personaje que terminó siendo fundamental para las mujeres: Eva, un ser que cayó en tentación y fue culpada de los infortunios de Adán. El primer relato de la Biblia cuenta la historia de un hombre, una mujer y un engaño: es la historia de Adán y Eva, creados por Dios, viven en el paraíso, donde confluyen cuatro ríos, y se les prohíbe comer los frutos del árbol del bien y del mal. Sin embargo, la serpiente convence a Eva de desobedecer este mandato; por su desobediencia son expulsados del paraíso, pues ese acto «se considera esencialmente como desobediencia a Dios surgida de la soberbia» (Devia, 2019, p. 131). En consecuencia, el paraíso se ha perdido para siempre. Este hecho determinó la historia tanto de los hombres como de las mujeres en la tradición occidental. El pecado en el mundo se introduce por medio de la mujer.

En otras tradiciones aparece un personaje femenino del que poco se conoce, nos referimos a Lilith, la primera mujer de Adán. Este relato aparece en el Zohar o *Libro del esplendor*, en el siglo XIII, y en el alfabeto de Ben Sira, que es una colección de textos recopilada en la Edad Media. «Su nombre original en acadio es Lilitu, que proviene de la palabra *lil*, que en este idioma significa viento o espíritu. Su traducción dio probablemente origen a una confusión, pues *lil* en hebreo significa noche» (Eteessam Párraga, 2009, p. 230). Se cuenta que después de la creación de Adán, Dios vio que no era bueno que estuviera solo y creó a Lilith. Ambos fueron creados por separado pero iguales, esa igualdad no fue

del agrado de Adán y desde el comienzo este buscó que ella se sometiera ante él, pero Lilith se negó. Fue rechazada como esposa por pedir igualdad, entonces, Lilith pronuncia el nombre divino y cuando lo hace es vestida de un poder tal que asciende volando a los cielos. Tres ángeles van a buscarla, pero ella se niega a volver a la tierra, por lo cual es castigada a perder todos los días a cien de sus hijos. De esta forma, Lilith es convertida en demonio y castigada por su arrogancia, pero escogerá a los hijos de Adán y Eva para vengarse.

La religión cristiana enfrenta a Lilith con Eva, que, pese a ser originariamente la culpable de la perdición de la humanidad, no deja de ser la madre. Por lo tanto, es merecedora de respeto en alguna medida. Esta es la base de la leyenda que conduce a la tradicional asociación de la imagen de Lilith con el peligro sobrenatural que acosa a las parturientas y a los recién nacidos: «Según la leyenda hebrea es un espectro nocturno, enemigo de los partos y de los recién nacidos. [...] Su figura puede coincidir con Brunilda, en la saga de los nibelungos, en contraposición con Crimilda (Eva). Símbolo de la *madre terrible*» (Cirlot, 1970, p. 278).

Lilith es un súcubo, demonio femenino que seduce a los hombres en sueños y crea otros seres diabólicos; la ladrona de niños y la seductora confluyen en Lilith. En épocas medievales se conocía a Lilith como ladrona y era la responsable de la muerte súbita de los infantes; sin embargo, entre Lilith y la Virgen María hay un elemento común, por lo menos desde la tradición judeocristiana: la asociación que se hace entre las mujeres y la sexualidad, pues «el primer eje constitutivo de la mujer es la sexualidad, un segundo es su relación con los otros y el poder» (Sanhueza Morales, 2005, p. 152). Las coordenadas en este punto para pensar la mujer tienen que ver con la sexualidad y como el campo por excelencia de relación con otro.

Hoy, entre las causales de nulidad matrimonial en el derecho canónico, se apela a la simulación o exclusión intencionada (en el caso de la procreación). En otras palabras, cuando uno de los integrantes de la pareja de esposos se niega a tener hijos, el matrimonio puede ser declarado como nulo. «Si las madres y la maternidad no salen de las sombras fue (y sigue siendo) una cuestión de poder. El control de la fecundidad

femenina es el lugar por excelencia de la dominación de un sexo sobre el otro» (Knibielher, 2001, p. 7).

En este sentido, se encuentra un personaje histórico, Leonor de Aquitania, quien fue reina de Francia cuando estuvo casada con Luis VII; posteriormente, fue reina de Inglaterra cuando estuvo casada con Enrique II. Su primer matrimonio terminó en separación porque solo le había dado al rey hijas mujeres, las cuales no podían heredar, asunto fundamental en una monarquía; sin embargo, en su segundo matrimonio con el rey de Inglaterra, le daría dos hijos conocidos como Ricardo Corazón de León y Juan Sin Tierra. «Leonor ejerce un poder considerable como reina, especialmente como promotora de alianzas matrimoniales que supondrían que su descendencia subiera a los tronos de León, Aragón, Portugal y Francia» (García, 2017, p. 231).

Hacia el final de la Edad Media, el oficio de la partería había generado un conocimiento muy grande en las mujeres en temas como la anatomía femenina, la herbolaria, los ungüentos y las pócimas utilizadas para diferentes enfermedades. Este conocimiento de la naturaleza y la anatomía femenina fue pasando de generación en generación, para crear así a finales del medioevo un oficio con un conocimiento ya no solo de las mujeres, sino de lo que hoy conocemos como medicina natural y otras artes que fueron valoradas como oscuras. Estas parteras se ocupaban de «los cuidados de la mujer: el acompañamiento y apoyo psicológico durante el parto, de la atención de este y de la recuperación de la parturienta, atendiendo a su higiene y alimentación, así como realizando los primeros cuidados del neonato» (Ganso Pérez, 2017, p. 330).

La llegada del cristianismo no representó una inmediata conversión de masas como se pudo llegar a pensar en algún momento. En algunas ocasiones, la adopción de la nueva religión era solo de los gobernantes; en muchas partes de Europa, durante el primer milenio, la religión dominante fue la religión pagana. El papa Gregorio intentó realizar una conversión masiva transformando los templos paganos en templos cristianos; sin embargo, muchos de los símbolos paganos fueron llevados a los templos cristianos por los trabajadores paganos. Para los cristianos de esta época, los *wicca* eran los rivales.

En esa lógica se dice que los demonios de una religión eran los dioses de la religión anterior, muchos dioses eran representados con cuernos y pezuñas. Para los cristianos, esta representación es la del demonio, pero, en las tradiciones paganas es Pan o el fauno de las tradiciones griega y romana, respectivamente. Sin embargo, estas prácticas paganas comenzaron a ser reconocidas como hechicería o brujería por el mundo cristiano, entendidas como «un fenómeno que durante siglos ha fascinado la mente de los hombres, desde los más iletrados campesinos a los más dotados filósofos y científicos, llevando a la tortura y la muerte a cientos de miles de personas» (Martínez Peñas, 2019, p. 70).

Un viejo ritual típico de las mujeres de las villas consistió en ir al campo cuando estaba la luz de la luna llena y bailar montadas en varas o palos de escoba, como si fueran caballos. Ellas saltaban muy alto mostrándole a los cultivos la altura a la que debían crecer, esto era una forma inofensiva de magia, pero la Iglesia tildó esto de brujería. En 1484, el papa Inocencio VIII emitió una bula contra los brujos; en 1487 apareció la obra *Malleus maleficarum*, que fue compilada y escrita por dos monjes inquisidores dominicos, Heinrich Kramer, también conocido como Heinrich Institoris, y Jacob Sprenger. En este texto se daban recomendaciones definitivas sobre cómo reconocer y perseguir a las brujas, incluso se describen métodos de tortura para aquellas personas que tenían rasgos que se podían identificar como brujas.

Comenzaron a ser perseguidas las mujeres y a ser satanizadas por los conocimientos que tenían, pues «la brujería se convierte en forma de religiosidad, de magia, pero también un saber alternativo, el único en muchas ocasiones al que podían acceder las gentes rurales, sin cercanía de médicos que eran más teólogos que científicos, o de barberos» (González Vergara, 2013, p. 361).

Modernidad y modernización del rol materno en el mundo contemporáneo

A comienzo de la Modernidad, la condición de las mujeres y de la maternidad poco había cambiado. Mientras con el hijo varón se podía incrementar la fuerza laboral, las posesiones y las riquezas se aumentaban con las hijas mujeres; además de ello, «las mujeres de la época trabajaban

básicamente como *amas de leche*, llamadas también nodrizas, sirviendo en casas de monjas, las campesinas solían mezclar sus trabajos con elaboración de artesanías, vivanderas en el mercado o atendiendo fondas» (García Sánchez y Guerrero Barón, 2014, p. 108). Empero, estas funciones se iban a dividir con el tiempo.

Las mujeres en etapa fértil debían ser entregadas a un hombre con una dote para garantizar su bienestar. En nuestros días, incluso, hay prácticas que perviven de una sociedad patriarcal, como es el hecho de que cuando un niño nace, lleva en primer grado el apellido paterno, mientras que en segundo grado aparece el apellido materno. En pleno siglo XXI, con las mujeres muere el apellido paterno que traen de su familia, aunque la ley en Colombia hoy permite que esté en primer grado el apellido materno. En ese sentido, la «Corte Constitucional declaró como inconstitucional la Ley 54 de 1989, que ordenaba que los hijos llevaran primero el apellido del padre» (Stacey Salazar, 2021).

Antes de la revolución francesa, se comenzaron a manifestar voces en pro de los derechos de las mujeres. Habría que decir que la libertad, la igualdad y la fraternidad eran derechos, pero de los hombres. Condorcet, quien en su obra elaboró una tabla histórica de los progresos del espíritu humano, reclamó el reconocimiento del papel social de la mujer. Este filántropo comparaba la situación de las mujeres con la de los esclavos en la época medieval. Tras el triunfo de la revolución en 1789, pronto surgió una contradicción evidente: ¿cómo era posible hablar de los tres valores pilares de la revolución y al mismo tiempo negar el acceso de las mujeres a estos derechos? Esta paradoja fue denunciada por Olimpia de Gouges, quien «realiza una paráfrasis enfatizada a la mujer, como un reclamo y denuncia a la negación de los derechos, ya que cuestionaba porque que la declaración que se propuso excluía a la mitad de la población, favoreciendo solo al hombre» (Ruiz Conejo *et al.*, 2022, p. 243).

Sin embargo, con la Revolución Industrial, muchas mujeres se vieron obligadas a abandonar su lugar en los hogares y comenzaron a trabajar en las fábricas. A esta situación se sumó una idea propuesta por los filósofos de la Ilustración que rondaba en la época: igualdad entre hombres

y mujeres. A pesar de ello, todavía eran voces aisladas y el trabajo femenino era equiparable al trabajo de los niños; asimismo, sus salarios eran controlados por sus padres o maridos, pero la realidad mostraba un panorama muy distinto. Mujeres y niños seguían teniendo condiciones deplorables en la naciente sociedad industrial, pese a logros como el que señala Oiberman: «la mortalidad infantil, las condiciones infrahumanas de estas mujeres madres y las luchas populares de la época lograron reivindicaciones que permitieron la licencia por maternidad. El primer país que impuso este tipo de beneficio fue Alemania con Bismarck» (2005, p. 123).

En el siglo XVIII, los médicos comenzaron a imponer la idea de que los niños concebidos tenían derecho a vivir en las mejores condiciones. Esto implicaba que el cuerpo de la mujer debía tener las mejores atenciones; de esta forma, comenzó una nueva forma de valorar la mujer, pasaba de una valoración por linaje a una por la maternidad. No obstante, en cuanto a su condición de mujer seguiría siendo un rol secundario subeditado al cuidado y alimentación de los hijos, además de su rol de esposa.

En el siglo XIX se impone la educación universal y obligatoria que transforma nuevamente el rol de la mujer, pero especialmente el de la maternidad; los hijos pasan gran parte del tiempo de la infancia y la adolescencia en la escuela. Al mismo tiempo, en Europa aparece la mujer proletaria que trabaja en industrias y fábricas, en jornadas laborales de catorce horas. De otro lado, gracias a los descubrimientos de Pasteur, se comenzaron a implementar medidas de higiene en los hospitales, lo cual llevó a que la mayoría de las mujeres decidieran tener sus partos en los hospitales y no en la casa con la asistencia de comadronas, de tal forma que «el hospital se convierte por excelencia en el lugar donde se ejerce el biopoder además de constituirse en el aparato de medicalización colectiva por excelencia» (Montero, 2017, p. 45).

En la primera mitad del siglo XX, en los países occidentales se desarrollaron las dos guerras mundiales. Mientras los hombres combatían y morían en el frente de batalla, las mujeres ocupaban sus lugares en las fábricas; de esta forma, se fueron conquistando espacios sociales y

derechos laborales para ellas. Sin embargo, quedaban otras metas por alcanzar, «a las mujeres todavía les quedaba alcanzar la ciudadanía, ligada a la plena igualdad formal; ésta llegó mucho más tarde, en un proceso de conquista de sus derechos, que no se aventuraba fácil» (Valpuesta, 2007, p. 143). De hecho, el voto solo se materializó como derecho para las mujeres hace muy pocas décadas; en el caso específico de Colombia, en el año 1957, casi dos millones de mujeres participaron de la consulta que buscaba poner fin a la violencia entre partidos, además de dar fin a la dictadura del general Rojas Pinilla, quien paradójicamente había reconocido el voto a la mujer como un derecho. Este sería el comienzo del camino de la igualdad de derechos tanto para hombres como para mujeres en Colombia. Pese a que la visión tradicional miraba con sospecha el voto femenino, «la oposición a tal ideal sostuvo la defensa de hacer valer los valores morales de la familia tradicional, pues las buenas costumbres [...] sucumbirían si se les diera a las mujeres el derecho de ciudadanía plena» (Zapata Hincapié, 2019, p. 70).

Las movilizaciones obreras desde finales del siglo XIX buscaban mejores condiciones de trabajo en la Revolución Industrial, a las que se sumaba la lucha por el reconocimiento de los derechos civiles, sociales y políticos para las mujeres, que en las décadas de los cincuenta y sesenta del siglo XX se encontró con un modelo de sociedad con profundas transformaciones. Por ejemplo, en el campo político, la implementación de los Estados sociales de derecho; en el campo económico, el naciente capitalismo, y en términos sociales, se propuso como espejo la sociedad norteamericana como primera sociedad que satisfacía las necesidades de la mayoría de sus ciudadanos. Sin embargo, este modelo no era perfecto, los movimientos por los derechos civiles mostraron que el sueño americano no era para todos los ciudadanos. Los afrodescendientes, los indígenas, los homosexuales, las mujeres, entre otros, seguían siendo excluidos pese a «los logros políticos y legislativos alcanzados; y su reconocida influencia en las distintas modalidades de la acción colectiva que surgieron a finales de los años 60, empezando por el movimiento estudiantil [...], pasando por el antibelicismo y el feminismo» (Aguilar Fernández, 2007, p. 19).

En la década del cincuenta, eran legales en los Estados Unidos prácticas como el linchamiento, la segregación de las personas negras que debían sentarse en la parte trasera de los buses y ceder el puesto a una persona blanca. Rosa Park fue una activista que se negó a darle la silla a una persona y fue arrestada por esta negativa. Para esta época comienzan los movimientos sociales que fueron creando una conciencia en los Estados Unidos acerca de la importancia de las movilizaciones, una contracultura que se dará alrededor de los movimientos por los derechos civiles, una juventud nueva y distinta que tiene una idea diferente de sociedad. La contracultura es una ampliación de los derechos humanos, porque se empieza a identificar como derechos lo que antes no se entendía como tal, acabando con formas de opresión que se habían naturalizado, identificado y denunciado por todos los movimientos sociales. «De esta manera, esta contracultura invirtió los valores existentes a lo largo de la década de 1960. El imperialismo militar y el belicismo fueron relevados por la demanda de paz y hermandad» (García Martín, 2022, p. 458).

A finales de los sesenta llegaría el momento de las mujeres, cuando comienzan a preguntarse por qué no tienen los mismos derechos que tienen otras personas. Esto dio origen a los colectivos de conciencia que pensaban, desde el punto de vista de la mujer, cuál era el papel que cumplía dentro de la contracultura, lo que abrió paso a los movimientos feministas. Por eso, «tomar conciencia de la situación impulsó tanto la recuperación sistemática de la memoria de las mujeres como la conveniencia de asumir independencia intelectual y política para orientar unas reivindicaciones consideradas propias» (Martín Valdunciel, 2021, p. 126).

No obstante, muchas de estas luchas se daban por garantías en el espacio de lo público: el voto, la igualdad ante la ley o el acceso igualitario. Así, «con el Estado democrático de Derecho se reconoció formalmente la igualdad entre los dos sexos. Sin embargo, es sabido que, aunque condición necesaria, la legalidad no es suficiente para abatir las prácticas sistemáticas de minoración de las mujeres» (Martín Valdunciel, 2022, pp. 172-173). Es decir, en el espacio de lo privado, las mujeres seguían siendo muy vulnerables; la toma de conciencia llevó a mostrar que esa asimetría en lo privado estaba fundamentada en creencias, de tal forma

que lo que le pasa a cada mujer en lo privado es común a todas las mujeres y obedece a una estructura social.

Esta estructura social representó para los hombres un rol que exige de forma permanente demostrar su masculinidad y hacer alarde de ella, tanto en lo público como en lo privado. La conquista y éxito en el plano de la genitalidad se convirtió en la mejor expresión de esa masculinidad, pero para las mujeres sucedía todo lo contrario: sobre ellas se signaban unos prejuicios morales que no le permitían en público hacer demostración alguna de sus deseos o necesidades, lo cual hace mucho más compleja la relación entre hombres y mujeres. No obstante, «la separación entre sexo y procreación fue otro gran logro social para las mujeres en el siglo xx, producto, en parte, del desarrollo de conocimientos en torno a la libido o placer como dimensión fundamental de la sexualidad» (Martínez, 2022, p. 198).

Quizá uno de los acontecimientos más importantes en el aspecto sexual en el siglo xx fue la creación de la píldora anticonceptiva —aunque existen referencias desde los antiguos egipcios que empleaban métodos anticonceptivos—. Para comienzos del siglo xx, un fisiólogo, Ludwig Haberland, demostró que la menstruación era regulada por hormonas; más adelante, el bioquímico Adolf Butenandt aisló la hormona sexual de la progesterona de ovarios de hembras de cerdo; en 1951, los químicos Luis Miramontes y George Rosenkratz sintetizaron una molécula que llamaron noretindrona, pero la idea de usarla como un anticonceptivo nació de Margaret Sanger, quien junto con la activista Katherine McCormick hicieron una colecta para financiar la investigación. De tal suerte, en 1960 se autorizó en los Estados Unidos la comercialización de la primera píldora anticonceptiva. Ahora bien, no se puede perder de vista que «desde el inicio la píldora ocasionó polémica con la iglesia católica e intenso debate moral» (Monterrosa Castro, 2020, p. 148).

Ana de Miguel Álvarez afirma que «drogas, sexo y rock fue la tríada que reflejaba el rechazo a la rutina de pasar la vida en el trabajo asalariado de 9 a 5 y la sentida búsqueda de experimentación con nuevas emociones, sentimientos y sensaciones» (2015, p. 21). Todas estas transformaciones generaron una verdadera revolución porque la sexualidad y la

anticoncepción pudieron ser discutidas públicamente por primera vez. En la medida en que se podía desligar la sexualidad de la procreación, se abría paso una nueva sociedad en la que algunos temas dejaban el espacio de lo privado para convertirse en debate público.

Los movimientos feministas cuestionaron lo que en miles de años se había silenciado y plantearon preguntas fundamentales; por ejemplo, Mary Astell formuló este cuestionamiento en el siglo xvii: ¿por qué si todos los hombres nacen libres, las mujeres nacen esclavas? Una segunda ola del feminismo en la primera mitad del siglo xx se trasladó al terreno de la vida sexual; así, Virginia Woolf, escritora inglesa, vivió su sexualidad con absoluta libertad, describió a través de las letras esa experiencia femenina y muchas mujeres se identificaron con los personajes de sus novelas. En su novela *Una habitación propia*, la escritora lanzó esta pregunta: ¿qué necesitan las mujeres para escribir buenas obras? Y ella misma entregó la respuesta: independencia económica y personal. De tal manera que se amplió el espectro de las reivindicaciones de la mujer, pues tomó fuerza «la idea de que las mujeres no deben concentrarse exclusivamente en el aspecto legal de sus reivindicaciones, en la reclamación de derechos, en el sentido del derecho positivo y codificado, de las cuotas y las discriminaciones positivas» (Fuster García, 2010, p. 221).

Uno de los convencionalismos que se transformó con el movimiento feminista fue la manera de vestir de las mujeres. Hasta ese momento «la moda siempre había sido dictatorial, en la actualidad se ha convertido en una herramienta de lucha de las mujeres para vestir aquello que se piensa, traduciéndose en un signo de identidad y empoderamiento. Porque romper estereotipos, es feminismo» (Tidele, 2021, p. 28). La revolución feminista había llegado a la moda; la libertad y la igualdad comenzaron a diseñarse con aguja y dedal. Por ejemplo, la diseñadora Coco Chanel fue una gran artífice de este cambio, pues despojó a las mujeres de los trajes propios de la época, eliminó el incómodo corsé y diseñó ropa cómoda para dar mayor libertad de movimientos, por lo cual se popularizaron el pantalón y el calzado plano.

Otra figuras importantes en el movimiento feminista fue Simone de Beauvoir, quien en 1949 publicó *El segundo sexo*, obra que fue

considerada pornográfica e inadecuada por algunos sectores religiosos. Para la autora, el ser mujer no es algo biológico sino social y cultural, ya que no se nace mujer, sino que se llega a serlo. En su obra profundiza en aspectos biológicos, psicológicos y antropológicos, adelantándose décadas a los primeros estudios que diferenciaron género y sexo. «La mujer ya no se define hoy, como en el pasado, aludiendo a una misteriosa esencia que los autores no sabían dónde situar: «¿se trata de algo que segregan los ovarios?, ¿está colgada del cielo de Platón?» (Morant, 2017, p. 106). Beauvoir no vio con buenos ojos la idea de permanecer en el hogar; la condición de la maternidad no fue el espejo en el cual ella se reflejaba, pues «la maternidad era para ella el encadenamiento de la mujer a las normas sociales que la convertían en un eterno menor de edad» (Alcalá García, 2015, p. 66).

Otra autora determinante en el movimiento feminista fue Betty Friedan con su obra *La mística de la feminidad*, orientada a combatir la opresión en los ámbitos de la familia, el matrimonio y la sexualidad. Este era un feminismo liberal que luchaba por conseguir la igualdad en las esferas públicas por medio de reformas legales. Empero, las leyes no cambian la sociedad, el problema para las mujeres era mucho más profundo: una estructura social y política conocida como patriarcado. Esto dio origen al feminismo radical que intentaba revalorar el dominio del hombre sobre la mujer en el ámbito familiar, una relación de poder que se extendió posteriormente a la esfera pública. Este feminismo acuñó conceptos como patriarcado, género y acoso sexual. Las pensadoras radicales atacaron el problema desde sus cimientos y las liberales desde las instituciones; sin embargo, mujeres negras, islámicas o transexuales quedaban por fuera de este nuevo orden social.

En la década de los noventa aparece una tercera ola de feminismo que «va de la década de 1990 en adelante y contiene el feminismo posmoderno, poscolonial, feminismo *queer*, ciberfeminismo y activismo radical (transfeminismo)» (Lamus Canavate, 2020, p. 9). Algunos autores hablan de la cuarta ola asociada con las manifestaciones recientes alrededor del mundo, las cuales han despertado la conciencia feminista en una parte de la población que no estaba tan relacionada con el activismo.

Después de todos estos movimientos feministas y del reconocimiento de la autonomía reproductiva, aparecieron los derechos sexuales y reproductivos. La sociedad contemporánea ha reconocido que la sexualidad es una parte fundamental de la personalidad de todo ser humano; su desarrollo depende de la satisfacción de necesidades básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. «Los derechos sexuales comprenden el derecho básico de toda pareja y de toda persona de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura; esto es, libre de enfermedad, lesiones, coerción o violencia, e independientemente de la situación reproductiva» (Guevara Ríos, 2020, p. 7). Vivir una sexualidad plena y placentera es esencial para el bienestar de la persona. Los derechos sexuales y reproductivos buscan proteger la libertad y la igualdad de todos los seres humanos; muchos de estos privilegios están íntimamente vinculados a los derechos fundamentales, como el derecho al libre desarrollo de la personalidad, la salud y la educación. En cuanto a sus contenidos, «desde la afirmación del derecho a decidir el número de hijos/as y el lapso entre ellos/as, a centrar su contenido en el acceso a la planificación familiar, y por último, en el derecho a la salud sexual y reproductiva» (González Moreno, 2017, p. 11).

Dentro de estos movimientos feministas aparece la pregunta por la maternidad, y la verdad es que en esta lucha por la equidad no se puede obviar la maternidad. Esta siempre estuvo confinada al espacio de lo privado, a la intimidad de la pareja; hoy sale al espacio público y la maternidad se convierte en opción para la mujer que «debe construirse de nuevo sobre una actualidad en la que las mujeres están inmersas, y comenzar a buscar soluciones para las problemáticas que ha originado un modelo social que no se corresponde con los deseos de la propia mujer» (Alcalá García, 2015, p. 79).

Conclusiones

En la sociedad actual, las mujeres son protagonistas del mundo económico, social y familiar. En este último ámbito han cambiado los roles por parte de los padres, se han transformado las dinámicas de la familia y se ha creado una redistribución de los papeles dentro de esta. Sin embargo, en términos educativos, la familia sigue siendo la principal responsable de la formación de los menores de edad; resulta evidente que

«la familia es la primera red de apoyo de las personas y la más cercana, por esta razón es importante promover un ambiente familiar sano en donde se brinden los recursos necesarios para un buen desarrollo personal y social» (Suárez y Vélez Múnera, 2018, pp. 174-175). Las obligaciones para los padres no han disminuido; por el contrario, los riesgos en la sociedad actual han hecho que el acompañamiento y la protección de los padres de familia para con sus hijos sea mucho más demandante, a la par que se incrementan los compromisos laborales, sociales y «las condiciones de apoyo de la familia se convierten en factor fundamental de desarrollo porque su influencia como mediador, orientador y motivador del aprendizaje afianza las posibilidades que dan valor a la enseñanza y a la oportunidad de éxito» (Flórez Romero *et al.*, 2017, p. 6).

El cuerpo de la mujer ha sido parte del territorio en el que se dan las principales luchas de poder a lo largo de la historia, también es el espacio de emancipación. Muchos son los logros alcanzados en las últimas décadas y, de igual forma, son muchas las metas que siguen pendientes por alcanzar. La lucha de las mujeres por construir una sociedad más equitativa no solo merece todos los aplausos, sino el apoyo por parte de todas las personas. No obstante, las mujeres no se tienen que convertir en hombres para lograr esta equidad; no se trata de ser iguales, se trata de darles a las mujeres y a las madres el lugar que realmente merecen. La maternidad hoy es una opción, no una obligación como fue durante siglos; se trata de respeto a las mujeres que deciden optar por una vida sin hijos, pero, a su vez, de apoyo real a las que deciden ser madres. Se puede decir entonces que la reivindicación es igualdad de oportunidades, es equidad en el reconocimiento del valor real de la mujer.

Referencias

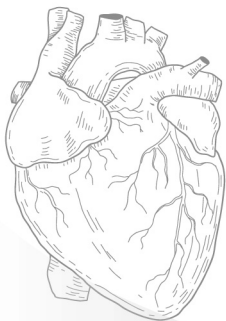
- Aguilar Fernández, S. (2007). Contexto político y protesta: el movimiento por los derechos civiles en Estados Unidos 1933-1968. *Revista de Estudios Políticos (nueva época)*, (136), 11-49. <https://www.cepc.gob.es/sites/default/files/2021-12/26375rep136001.pdf>
- Alcalá García, I. (2015). Feminismos y maternidades en el siglo XXI. *Dilemata*, (18), 63-81. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/372/377>

- Arciello, D. (2018). Evocaciones míticas en versos actuales. La figura de Penélope en algunos poemas contemporáneos. *Siglo XXI. Literatura y Cultura Españolas*, 16, 135-153.
- Bailón García, M. (2012). El papel social y religioso de la mujer romana *Fortuna muliebris* como forma de integración en los cultos oficiales. *Habis*, 43, 101-118. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/31268/El%20papel%20social%20y%20religioso%20de%20la%20mujer%20romana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castro, O. y Canales, A. (2020). El matrimonio y su disolución: del derecho romano al derecho mexicano. *Ridrom. Revista Internacional de Derecho Romano*, (24), 406-453. <https://reunido.uniovi.es/index.php/ridrom/article/view/18155/14927>
- Cirlot, J. E. (1970). *Diccionario de símbolos*. Labor.
- Comte-Sponville, A. (2002). *Invitación a la filosofía*. Paidós.
- de Miguel Álvarez, A. (2015). La revolución sexual de los sesenta: una reflexión crítica de su deriva patriarcal. *Investigaciones Feministas*, 6, 20-38. https://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/La_revolucion_sexual_de_los_sesenta_-_Ana_de_Miguel.pdf
- Devia, C. (2019). Los sentidos y el pecado original en el pensamiento de John Wyclif. *Mirabilia*, 29(2), 129-143. <https://raco.cat/index.php/Mirabilia/article/view/360925/455769>
- Duplá, T. (2019). El presente del pasado: el principio *Mater semper certa est* y su reflejo en la actual legislación sobre reproducción humana asistida. *Ridrom. Revista Internacional del Derecho Romano*, (22), 289-325. <https://reunido.uniovi.es/index.php/ridrom/article/view/18134/14910>
- Eetessam Párraga, G. (2009). Lilith en el arte decimonónico. estudio del mito de la *femme fatale*. *Revista Signa*, 18, 229-249. <https://revistas.uned.es/index.php/signa/article/view/6206/5939>
- Flórez Romero, G. A., Villalobos Martínez, J. L. y Londoño Vásquez, D. A. (2017). El acompañamiento familiar en el proceso de formación escolar para la realidad colombiana: de la responsabilidad a la necesidad. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas*, 11(18), 1-25. <https://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios/article/view/888/1191>
- Fuster García, F. (2010). Feminismo y teoría política en Virginia Woolf: lectura de *Una habitación propia* desde el pensamiento de la diferencia sexual. *Lectora*, 16, 211-227.
- Ganso Pérez, A. I. (2017). *Las parteras, un arte de mujeres para mujeres. una investigación sobre el pasado*. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/16797>

- García, E. R. (2017). La maldición de la reina Leonor o como dar voz y sustentar los pilares del reino. *Estudios Humanísticos. Filología*, 39, 225-243.
- García Martín, J. A. (2022). La lucha contra la segregación racial y por los derechos civiles en Estados Unidos: una aproximación a través de la canción protesta estadounidense. *Futuro del Pasado*, 13, 451-504. <https://revistas.usal.es/uno/index.php/1989-9289/article/view/27376/26631>
- García Sánchez, B. Y. y Guerrero Barón, F. J. (2014). La condición social de la mujer y su educación a finales de la Colonia y comienzos de la República. *Historia y Memoria*, (8), 103-141.
- Garibay, A. M. (2013). *Mitología griega, dioses y héroes*. Porrúa.
- González Galván, G. (2007). El lado oscuro de la maternidad en la literatura griega. *Revista de Filología*, 25, 271-275. [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/16361/RF_25_\(2007\)_25.pdf?sequence=1](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/16361/RF_25_(2007)_25.pdf?sequence=1)
- González Moreno, J. M. (2017). Los derechos sexuales y reproductivos como categoría jurídico-internacional revisable. *Revista de Derecho Público*, (38), 1-29.
- González Vergara, O. (2013). Notas sobre la brujería medieval: acerca de la bruja de Jules Michelet. *Roda da Fortuna. Revista Eletrônica sobre Antiguidade e Medievo*, 2(1), 359-377. https://media.wix.com/ugd/3fdd18_92ee7c079ff-0377b3ad329c405739a5e.pdf
- Graves, R. (1984). *Los mitos griegos*. Ariel.
- Guevara Ríos, E. (2020). Derechos sexuales y derechos reproductivos. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 9(1), 7-8. <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/183/181>
- Knibielher, Y. (2001). *Historias de las madres y la maternidad en Occidente*. Nueva Visión.
- Kurczyn, P. (2004). *Acoso sexual y discriminación por maternidad en el trabajo*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Lamus Canavate, D. (2020). La irrupción de una nueva ola feminista: ¿La cuarta ola? *La Manzana de la Discordia*, 15(2), 1-26.
- Lipovetsky, G. (2006). *La sociedad hipermoderna*. Anagrama.
- Martín Valdunciel, M. E. (2021). Conocimiento histórico y conciencia feminista: el lugar de las mujeres en la historia. *Con-Ciencia Social (segunda época)*, 4, 125-138. <https://ojs.uv.es/index.php/con-cienciasocial/article/view/19107>

- Martin Valdunciel, M. E. (2022). Feminismo, epistemología y transformación social, 30 años de la colección *Feminismos. Con-Ciencia Social (segunda época)*, 5, 171-182. <https://ojs.uv.es/index.php/con-cienciasocial/article/view/24273/pdf>
- Martínez, W. (2022). Aproximación a la historia de la sexualidad en el mundo occidental desde la modernidad. *Advocatus*, 19(38), 193-206. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/advocatus/article/view/9754/8763>
- Martínez Peñas, L. (2019). La convergencia entre brujería y herejía y su influencia en la actuación de la Inquisición medieval. *Revista de la Inquisición. Intolerancia y Derechos Humanos*, 23, 69-90. https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-I-2019-10006900090
- Miret Gamundi, P. (2019). ¿Reacias a la maternidad? Primofecundidad en España a principios del siglo XXI. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 18, a1801. <https://recyt.fecyt.es/index.php/encrucijadas/article/view/79204>
- Montero, L. (2017). El parto y el nacimiento en la Modernidad. Una visión con perspectiva de género desde la enfermería obstétrica. *Comunidad y Salud*, 15(1), 42-52. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932017000100006
- Monterrosa Castro, A. (2020). Los sesenta años de la píldora anticonceptiva: una mirada panorámica a un hito de la medicina. *Revagog*, 2(3), 142-155. https://grupodeinvestigacionsaluddelamujer.com.co/PDF/Femsalud/ARTICULOS_CIENTIFICOS/79_LOS%20SESENTA%20A%C3%91OS%20%20DE%20LA%20PILDORA%20ANTICONCEPTIVA.pdf
- Morant, I. (2017). *El segundo sexo*, de Simone de Beauvoir, y el feminismo contemporáneo. *Saitabi. Revista de la Facultat de Geografia i Història*, (67), 105-134. <https://ojs.uv.es/index.php/saitabi/article/view/12203/12864>
- Oiberman, A. (2005). Historia de las madres en Occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate*, 5, 115-130. <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/456/236>
- Palomar Vereá, C. (2005). Maternidad historia y cultura. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, (22), 35-67. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402204>
- Pérez Cuello, V., Huertas García, M. y Padilla Castilla, A. (2019). Inserción de la mujer en el mercado laboral en los altos cargos directivos en el sector salud. *Revista de Jóvenes Investigadores Ad Valorem*, 2(1), 19-34. <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/10089/3.%20INSERCIÓN%20DE%20LA%20MUJER.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Ruiz Conejo, A. G., Luna Victoria, F. M., Alberca Pintado, N. E., Blanco Ayala, L. F. y Malpartida Santos, F. (2022). Lucha de las mujeres por el acceso a la universidad latinoamericana: caso Perú. *Revista*

- Universidad y Sociedad*, 14(1), 242-250. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202022000100242&lng=es&tlng=es
- Sanhueza Morales, T. (2005). De prácticas y significancias en la maternidad, transformaciones en identidad de género en América Latina. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, (22), 146-188. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402208>
- Savater, F. (1997). *El valor de educar*. Ariel.
- Stacey Salazar, D. A. (2021, 16 de junio). Por nueva ley, se podrá elegir el orden de los apellidos de los niños recién nacidos en Colombia. *Asuntos Legales*. <https://www.asuntoslegales.com.co/actualidad/por-ley-se-podra-elegir-el-orden-de-los-apellidos-de-los-recien-nacidos-en-colombia-3185872>
- Suárez, P. y Vélez Múnera, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios*, 12(20), 173-197. <https://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios/article/view/1046>
- Tidele, J. (2021). Moda y feminismo: la vestimenta como símbolo de protesta. *Cuaderno 100*, 27-40. <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/cdc/article/view/3983/2256>
- Valpuesta, R. (2007). La ciudadanía de las mujeres, una conquista femenina. *Rbec*, 10, 133-182. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/rhec/article/view/1067/1305>
- Zapata Hincapié, O. J. (2019). Entre simpatías y oposiciones: la lucha por el voto femenino en Colombia. *Forum*, 15, 67-90.



Capítulo 8

La discusión sobre la consciencia en el problema mente-cerebro

Yeison Guerrero y Juan Jacobo Agudelo Galeano

<https://doi.org/10.22209/9786289681208.C8>

Introducción

Desde tiempos antiguos hasta el mundo contemporáneo, el interés de muchos pensadores, filósofos, teólogos, científicos e investigadores ha sido develar qué existe tras la idea de la consciencia.¹⁶ De manera especial, la pregunta se ha orientado a cuestionar si esta existe y, si es así, dónde se ubica en nuestro cerebro y cuáles serían sus bases biológicas. No son preguntas exclusivas del mundo actual, sino que son manifestación de un interés muy remoto que se ha incrementado durante el siglo XX, gracias a los avances de la ciencia, en especial los de las denominadas neurociencias.

Diversas teorías y postulados, desde pensadores griegos como Platón o Aristóteles, hasta científicos contemporáneos de la talla de Rodolfo Llinás, han mostrado su interés por encontrar la respuesta. En la base de la discusión se reflejan diversas premisas en torno a lo que se conoce como el problema mente-cuerpo; de ahí que la idea del cuerpo se reorienta hacia el cerebro con los descubrimientos de la función de diversas

¹⁶ Para el abordaje del presente capítulo se asume el término *consciencia* y no *conciencia*, ya que el segundo contiene un componente moral, tal como lo señala la Real Academia de la Lengua Española (RAE): «los términos conciencia y consciencia no son intercambiables en todos los contextos. En sentido moral, como ‘capacidad de distinguir entre el bien y el mal’, solo se usa la forma *consciencia*» (2023a, párr. 1). Para el caso del término consciencia, la psicología la asume como una facultad psíquica que permite que un individuo se perciba y tenga conocimiento de sí (Goblot, 1942; RAE, 2023b).

estructuras cerebrales y de las redes neuronales, así como su relación con la producción de la cognición.

Las teorías y disertaciones sobre el problema mente-cuerpo se han desarrollado principalmente desde las concepciones monista y dualista, en diversas disciplinas como la filosofía, la antropología o la psicología. Estas dos nociones centran su discusión en la relación o dependencia entre la mente y el cerebro. En el monismo se considera que la mente y el cuerpo son una única entidad inseparable y conectada. En el caso del dualismo, se argumenta que la mente no puede ser reducida únicamente a procesos físicos y que tiene una existencia independiente.

En el marco de la filosofía de la mente, Dennet (2014) plantea que dicha discusión ha oscilado como un péndulo que va y viene entre el dualismo, el materialismo y el idealismo. En este ir y venir del péndulo, dice Dennet,

podemos o bien negar que haya cuerpos o hechos físicos, y ser idealistas, o bien negar que haya mentes y hechos mentales no físicos, y ser materialistas o fisicalistas, o bien sostener un dualismo que no incluya la interacción, y ser paralelistas o epifenomenistas. (2014, p. 22)

Aunque la discusión tuvo continuidad en el ámbito de la filosofía de la mente, las explicaciones cambiaron en el instante en que la ciencia planteó inquietudes en relación con el problema mente-cerebro. Así, se buscó reducir la brecha entre lo fisiológico y la comprensión filosófica de los fenómenos mentales, lo que permitió que se diesen nuevas explicaciones e interpretaciones centradas principalmente en el monismo materialista, que considera que la existencia de la consciencia y sus funciones mentales tienen bases eminentemente biológicas.

En este capítulo se aborda la intrincada relación entre la mente (que abarca la consciencia, los procesos cognitivos, las emociones y experiencias subjetivas) y el cuerpo físico. Aunque esta relación puede parecer evidente, ha sido, como se ha indicado, uno de los enigmas más desafiantes en los campos de la filosofía, la psicología, la antropología, así como en las neurociencias y las ciencias cognitivas actuales.

Y es que en torno al problema mente-cerebro encontramos acercamientos a las inquietudes que se han elaborado con relación a la consciencia y que nos llevan a cuestionar nuestra identidad y sentido de la mismidad. Por ejemplo, tanto usted como yo tenemos la certeza de estar conscientes mientras interactuamos con este capítulo, pero nos enfrentamos a interrogantes fundamentales: ¿cómo podemos teorizar y explicar nuestro estado actual? ¿Cuál es el papel de nuestras experiencias subjetivas en esta comprensión? Además, resulta pertinente cuestionarnos cuándo y por qué surgió la consciencia, así como brindar el sustento de esa existencia desde su sustrato biológico.

Dualismo, monismo y consciencia

La presencia del *Homo sapiens* como especie desde hace unos 200 000 años dio como resultado una revolución cognitiva que no solo permitió la ascensión de esta como la especie dominante, sino que posibilitó la creación de un mundo abstracto, por fuera de lo natural y lo físico. Frente a esto, Bunge relata (2011) que «los aborígenes australianos, los indios amazónicos y los esquimales: todos creen en espíritus de seres humanos y de animales, que los habitan mientras viven, y que deambulan descarnados después de la muerte» (p. 46). Este es el principio de la pregunta por lo no físico, lo que no es tangible, pero que el ser humano, acorde a su cultura, a sus conocimientos y creencias, va a cuestionar al sustentarlo en explicaciones de corte idealista o materialista.

Bunge (2011) plantea que las respuestas al problema mente-cerebro a lo largo de la historia de la humanidad se integran en las visiones del monismo psicofísico y el dualismo psicofísico. En el caso de la primera, se considera que lo mental es un derivado de la función de las neuronas. El dualismo psicofísico, por su parte, contempla un estado independiente de la mente en cuanto al cerebro. Dichas soluciones, según Bunge, se organizan en diez concepciones, cinco para el monismo psicofísico y cinco para el dualismo psicofísico, como se presentan en la tabla 8.1.

Tabla 8.1*Diez concepciones sobre el problema mente-cerebro*

Monismo psicofísico	Dualismo psicofísico
Todo es mental: idealismo, pansiquismo y fenomenismo. Berkeley, Fichte, Hegel, Fechner, Mach, James, Whitehead, Teilhard de Chardin.	El cerebro y la mente son independientes. Nadie ha llegado tan lejos, excepto L. Wittgenstein.
El cerebro y la mente son otros tantos aspectos o manifestaciones de una única entidad: monismo neutral, concepción del doble aspecto. Spinoza, James, Russell, Carnap, Schlick, Feigl.	Mente y cerebro son paralelos o sincrónicos: paralelismo psicofísico, armonía preestablecida. Leibniz, R. H. Lotze, H. Jackson, algunos gestaltistas, el joven Freud.
Nada es mental. Materialismo eliminativo, conductismo. J. B. Watson, B. F. Skinner, A. Turing, R. Rorty, W. V. Quine.	El cerebro afecta o causa (incluso secreta) lo mental: epifenomenismo. T. H. Huxley, K. Vogt, C. D. Broad, A. J. Ayer, R. Pucetti.
Lo mental es físico: materialismo reductivo o fiscalista. Epicuro, Lucrecio, Hobbes, K. S. Lashley, J. J. C. Smart, D. Armstrong, P. K. Feyerabend.	Lo mental afecta, causa, anima o controla el cerebro: Platón, San Agustín, Tomás de Aquino, S. Freud, R. Sperry, K. R. Popper, S. Toulmin.
La mente es un conjunto de funciones (actividades) cerebrales emergentes: materialismo emergentista. Diderot, C. Darwin, Cajal, T. C. Schneirla, D. Hebb, D. Bindra.	La mente y el cuerpo interactúan: interaccionismo. Descartes, W. McDougall, W. Penfield, J. C. Eccles, K. R. Popper, J. Margolis.

Nota. Tomado de Bunge (2011, p. 26).

Las disertaciones sobre la psique o el alma en la historia de la humanidad, especialmente en Occidente, tendrán como punto de partida la Grecia clásica, donde Platón y Aristóteles reflexionaron sobre la mente y el cuerpo. Platón asumirá que el alma es inmortal, preexiste al cuerpo y lo habita a partir del proceso continuo de transmigración. En este sentido, el cuerpo encierra el alma, lo que implica que esta propende por ir al mundo de las ideas donde habita lo universal y lo verdadero, en contraposición al mundo de lo sensible, que es conocido mediante los sentidos. El cuerpo entrega información del mundo al alma; empero, los sentidos —vía del conocimiento primigenio del cuerpo— otorgan un conocimiento muy pobre o deformado que afecta la claridad del alma para ser consciente de todo lo que conoce. El camino del alma, por lo tanto, se orienta a alcanzar la sabiduría y la virtud a través de la *diánoia* o conocimiento racional o abstracto (Rojas, 2018).

Aristóteles —contrario a la visión de su maestro— considera que el alma no es inmortal ni preexiste a la materia; por esto, asume que el alma está inexorablemente unida al cuerpo. El hilemorfismo aristotélico considera que todas las cosas están compuestas de materia (cuerpo) y forma (alma), que constituyen en conjunto la sustancia de las cosas reales. La sustancia es el ser en su existencia individual, está configurada por lo permanente y lo cambiante; el primero constituye la esencia, el ser más propio de las cosas, y lo segundo es inesperado y no siempre hace parte de la existencia del ser. Al respecto, Aristóteles afirma que

en la mayoría de los casos se puede observar cómo el alma no hace ni padece nada sin el cuerpo, por ejemplo, encolerizarse, envalentonarse, apetecer, sentir en general. No obstante, el inteligir parece algo particularmente exclusivo de ella; pero ni esto siquiera podrá tener lugar sin el cuerpo si es que se trata de un cierto tipo de imaginación o de algo que no se da sin imaginación. (1999, p. 403)

Aristóteles plantea diversos tipos de alma (forma), que al estar unidas al cuerpo (materia) le otorgan características propias que crean la esencia de la sustancia. De este modo, las plantas tienen un alma vegetativa que cumple dos funciones esenciales: nutrición y crecimiento; los animales tienen un alma sensitiva que les permite moverse y sentir; por último, los seres humanos tenemos un alma racional que otorga características como la razón y la voluntad (Rojas, 2018).

El advenimiento del cristianismo como religión dominante a partir del siglo IV d. C. y la caída del Imperio romano de Occidente en el año 476 d. C. fueron factores determinantes para el ingreso a la Edad Media. En esta época, el teocentrismo fue la doctrina imperante y conllevó que todos los fenómenos fueran explicados a partir de la existencia de Dios. Así, Agustín de Hipona y Tomás de Aquino disertaron sobre el alma y su relación con el cuerpo durante el Medioevo, intentando, no obstante, conectar con los saberes del mundo grecolatino.

Agustín de Hipona se adhiere al hilemorfismo aristotélico al considerar que todo ser vivo tiene alma y está se encarga de darle vida. El alma y el cuerpo conforman el hombre exterior, mediante el cual percibimos

al mundo y que, a su vez, configura la esencia del ser humano. El alma, de índole racional, se encarga de animar el cuerpo, otorgando de igual forma las facultades que permiten hablar de un *yo*, quien ama, conoce, recuerda, piensa y actúa:

Estas tres cosas, a saber, la memoria, el pensamiento, el amor me pertenecen, no se pertenecen a sí, lo que hacen no lo hacen por sí, sino por mí; mejor, yo soy el que obro por ellas [...]. En resumen, yo soy el que por la memoria recuerda, yo soy el que por el pensamiento piensa, yo soy el que por el amor ama. Es decir, no soy la memoria, el entendimiento, no soy el amor, sino que poseo los tres. (Agustín de Hipona, citado en Rojas, 2018, p. 26)

Tomás de Aquino considera que cuerpo y alma configuran la esencia del ser humano; no obstante, el alma puede realizar actividades independientes del cuerpo, estas son de carácter intelectual. Serán por tanto los sentidos y las representaciones los medios por los cuales el ser humano percibe y conoce su mundo, lo que a su vez le permite resignificar sus ideas en torno a este. Tomás de Aquino señala, además, que la información que procede de los sentidos se diferencia entre sí por el sentido común (*sensus communis*); empero, en dicho proceso también interviene la *vis cogitativa*, que encarna la razón y es propia del ser humano (Rojas, 2018).

El cambio de etapa entre la Edad Media y la Modernidad permitió que las explicaciones sobre los fenómenos de la naturaleza y los propios del hombre no estuvieran sujetos a los designios divinos, sino que el ser humano se volvió dueño de sí a partir de la razón. Esta condición dio paso a la ciencia como medio principal para la adquisición de conocimiento.

Descartes propuso nuevos paradigmas no solo para la filosofía, sino que avanzó decididamente para la consolidación de la ciencia. Para el caso del problema mente-cerebro, planteó que el ser humano se diferenciaba de los animales a partir de un deseo del alma, lo que le permitía realizar actos voluntarios, contrario a lo que podían llevar a cabo los animales que solo podían circunscribirse a actos de índole mecánico, basados en leyes preestablecidas no influidas por el libre albedrío. Al abrirse campo la ciencia moderna, el alma dejó de ser objeto exclusivo de la filosofía y

la teología para asumirse dentro de la esfera de la ciencia. Es así como el alma asumió el rol de la *res cogitans*, la cual podía ser conocida mediante la introspección, lo que asignó únicamente —como se señaló— la acción de los animales en el campo de lo físico (*res extensa*), ya que estos tampoco poseían alma.

La interacción planteada por Descartes, según Dennet (2014), conlleva una dificultad:

Tan insuperable que podría considerársela la *reductio ad absurdum* del dualismo [...]. Si, *ex hypothesi*, los hechos mentales no son físicos, entonces no involucran ni energías físicas ni masas y por ello no pueden de ningún modo realizar cambios en el mundo físico, a menos que abandonemos el principio centralismo de la conservación de la energía y todas sus ramificaciones. (p. 22)

Dicha postura conlleva un acercamiento sustancial al intento de los filósofos de la mente de explicar la consciencia a partir del sustrato biológico. El dualismo cartesiano dio un impulso sustancial a la idea de un individuo dueño de sí y, por lo tanto, propietario de una consciencia. No obstante, los postulados de la visión monista otorgaron primacía al sustrato biológico —o sea, al cerebro— como creador de lo que denominaremos mente. Esto puso aún más en duda que la consciencia pueda existir más allá del funcionamiento de nuestras neuronas.

En respuesta al racionalismo cartesiano, en Inglaterra surgió el empirismo en cabeza de Locke y Hume, quienes consideraron que la experiencia permite el conocimiento humano. David Hume planteó que el yo es una mera creencia, que al ser tan cambiante no genera identidad. Por el contrario, para Locke, el yo es evidencia relevante de que allí se encuentra nuestra identidad (Rojas, 2018).

La pretensión de Descartes de considerar ambas instancias como independientes y que tendrían su punto de encuentro en la glándula pineal otorgó un impulso significativo a la discusión de la existencia de la consciencia o el yo. Esto fue posible en el marco de disciplinas que *abren los ojos* durante el siglo XIX, como la psicología o el psicoanálisis. Para el caso de la primera, William James, considerado uno de los más grandes precursores de la psicología moderna, planteó en su texto *Principios de*

psicología de 1890 que el *yo* que consideramos como parte de nosotros mismos es una construcción de varios *yoes*: «la experiencia de nuestro propio cuerpo, la experiencia de nuestros procesos mentales [...] y finalmente la experiencia de nuestra relación con el entorno social» (citado en Aguado, 2019, p. 19).

El inicio de la psicología como disciplina independiente, desligada de la filosofía, dio como resultado dos vertientes que a su vez derivaron en las múltiples corrientes o escuelas conocidas hasta la actualidad. Dichas ramas son, por un lado, las de corte idealista o espiritualista, y por otro lado, las que propenden por ser reconocidas e incluidas en el campo de la ciencia. En el primer caso, la psique es innata al ser humano, da cuenta de su vida espiritual y por ello la filosofía dualista asume que no es necesario preguntarse por el origen de la mente, porque esta existe de manera paralela al cuerpo. En oposición, la psicología científica busca dar respuesta a la génesis de la consciencia; para ello, considera que su origen difiere de la materia producto de la evolución (Luria, 1980).

Para el caso del psicoanálisis, el precepto freudiano de que gran parte de nuestra mente está configurada por el inconsciente daría a entender que la parte correspondiente a la consciencia sería muy limitada. La gran dificultad de ambas disciplinas, en especial la segunda, ha sido su reconocimiento dentro del ámbito de la ciencia, ya que para acceder a la consciencia o al inconsciente se han utilizado técnicas como la introspección o la asociación libre, ambas consideradas subjetivas y carentes de rigor científico.

Allí radica la mayor dificultad para considerar la existencia de la consciencia o el *yo*; el acceso a la información que este prodiga es complejo, más allá del reconocimiento de las redes neuronales que intervienen en determinados procesos, lo cual afecta la contrastación y verificación de información requerida en la ciencia. Producto de ello, Freud, a pesar de que gran parte de su obra se desliga de la fisiología del cerebro, plantea en su libro póstumo *Proyecto de psicología* la relación entre las funciones mentales y su base material. Dice Freud (1950) en la introducción de la primera parte que «el propósito de este proyecto es brindar una psicología de ciencia natural, a saber, presentar procesos psíquicos

como estados cuantitativamente comandados de unas partes materiales comprobables, y hacerlo de modo que esos procesos se vuelvan intuitivos y exentos de contradicción» (p. 339).

Para Freud, las neuronas son el componente material comprobable, las que se dividen en tres clases: *phi*, *psi* y *omega*, y funcionan como un sistema hidráulico (Sigman, 2022). Las neuronas *phi* tienen una función neuronal y se encargan principalmente de los reflejos, sin tener funciones en relación con la memoria ni la consciencia. Las neuronas *psi* forman memorias y se mantienen en el tiempo. En la configuración de los diversos tipos de neuronas, Freud determinó que la consciencia, al nutrirse tanto de las experiencias vividas como de las representaciones futuras, requería de otro tipo de neuronas a las que llamó *omega*, que podrían organizarse en episodios. Así, las *omega* integran información en el tiempo y cambian de un estado a otro; de esta manera, se configura la consciencia (Sigman, 2022).

La interacción entre las neuronas tendría como inicio las sensaciones que, producto de las neuronas *phi*, activan las neuronas *psi*, las cuales construyen las memorias, que a su vez inciden en la activación de las neuronas *omega* y que estructuran la consciencia. Dicho proceso conlleva, por lo tanto, que la consciencia se forme en las redes inconscientes, no en las conscientes. En los estudios sobre la consciencia, indica Sigman (2022), los planteamientos de Freud determinan tres ideas fundamentales en el desarrollo de tales pesquisas:

Casi toda la actividad mental es inconsciente.

El inconsciente es el motor genuino de nuestras acciones.

El inconsciente hereda y, en cierta medida, se hace cargo de estos chispazos del inconsciente. Si esto no le da al consciente la autoría genuina del accionar, al menos le asigna la capacidad de manipularlo y, eventualmente, vetarlo. (p. 129)

La neurología como disciplina científica tuvo sus inicios en el siglo XIX. Estos primeros estudios clínicos sentaron las bases para comprender el funcionamiento del sistema nervioso y los trastornos asociados. Un hito significativo en la investigación neurocientífica fue el desarrollo de la técnica de la autopsia, pues permitió examinar los cerebros de pacientes

fallecidos y establecer correlaciones entre las manifestaciones clínicas y las lesiones cerebrales observadas.

Uno de los estudios pioneros en el campo fue realizado por el neurólogo, cirujano y antropólogo francés Paul Broca. En contraposición a otras corrientes que separaban las funciones mentales del cerebro, Broca describió una región específica del seso que desempeña un papel fundamental en la producción del lenguaje, hoy conocida como área de Broca. Este descubrimiento estableció una conexión entre funciones psicológicas particulares y regiones cerebrales específicas (Kandel *et al.*, 2000).

Estos avances en la comprensión de las funciones cerebrales específicas allanaron el camino para la investigación sobre la relación entre la actividad cerebral y la consciencia. A medida que los científicos identificaron áreas cerebrales especializadas en procesos cognitivos específicos, relacionados con el lenguaje, la percepción visual o la toma de decisiones, surgieron preguntas sobre cómo estas actividades se relacionan con la experiencia consciente.

En su trabajo teórico «Consideraciones generales sobre la morfología de la célula nerviosa», presentado en el Congreso Internacional de Medicina en 1894, en Roma, Santiago Ramón y Cajal (1917) indaga sobre las leyes de la evolución del sistema nervioso para dar cuenta de los centros que conservan la plasticidad cerebral. Dichos nodos se adaptaron a los cambios del *cosmos* y algunos de estos dejaron de pervivir producto también de los procesos evolutivos. En el caso de la relación entre los procesos mentales y los de índole eminentemente física, Ramón y Cajal indica lo siguiente:

Comparando la morfología y abundancia relativa de colaterales nerviosas y de las pirámides cerebrales en la escala de los vertebrados, llégase á este resultado: la excelencia intelectual, y sus más nobles expresiones, el genio y el talento, no dependen de la talla ó del caudal de las neuronas cerebrales, sino de la copiosidad de sus apéndices de conexión, ó en otros términos, de la complejidad de las vías de asociación á cortas y á largas distancias.¹⁷ (1917, pp. 313-314)

¹⁷ Nota: se respeta la ortografía original del manuscrito.

En esta misma línea, Francis Crick (1994) sostiene que nuestras experiencias subjetivas, emociones, recuerdos y sentido de identidad personal son el resultado del comportamiento de las células nerviosas y las moléculas asociadas en el cerebro. Crick sugiere enfoques aproximativos para estudiarla al reconocer la dificultad del desafío.

Más recientemente, otros neurocientíficos han realizado contribuciones significativas en el estudio de la consciencia. Rodolfo Llinás, destacado investigador colombiano, en su libro *El cerebro y el mito del yo*, plantea cuestiones profundas sobre la naturaleza de la consciencia y desde un enfoque integrador nos invita a reflexionar sobre cómo la actividad cerebral y la experiencia subjetiva se entrelazan. De ese modo, propone teorías y modelos que exploran cómo los patrones de actividad neuronal dan lugar a la consciencia.

Desde su perspectiva, la consciencia emerge de la interacción dinámica y sincronizada entre diferentes regiones del cerebro. Además, Llinás destaca la importancia de los ritmos neuronales y las oscilaciones eléctricas, pues argumenta que estas fluctuaciones de actividad neuronal desempeñan un papel crucial en la generación nuestra experiencia consciente (Llinás, 2003).

Stanislas Dehaene ha investigado cómo una información externa o interna va más allá del procesamiento no consciente. Para acceder al procesamiento consciente, propone modelos teóricos y mecanismos cerebrales sobre cómo se tramita la información a nivel cerebral y cómo esto da lugar a la experiencia consciente (Dehaene y Changeux, 2011).

António Damásio (2018), en su libro *La sensación de lo que ocurre: cuerpo y emoción en la construcción de la consciencia*, argumenta que la consciencia está influida y surge por la información sensorial proveniente del cuerpo y de las respuestas emocionales que se generan en relación con esa información. Su teoría se respalda en numerosos casos clínicos y estudios científicos en los que se examina cómo las lesiones cerebrales que afectan las áreas responsables de procesar las emociones y las sensaciones corporales pueden dar lugar a trastornos de la consciencia,

como la falta de consciencia de uno mismo o la incapacidad para tomar decisiones racionales.

Estos son solo algunos ejemplos de investigadores destacados en el campo de las neurociencias que han enriquecido el debate y nos han acercado a una comprensión más profunda de cómo el cerebro genera la consciencia, lo que es coherente con la teoría del monismo materialista. En definitiva, este planteamiento sostiene que todo, incluida la mente, se reduce a la materia y la energía. A continuación, se presentan otros elementos que buscan justificar esta tendencia.

Estudios con pacientes

Oliver Sacks (neurólogo y escritor reconocido por su trabajo de la comprensión de la mente humana desde el campo de las neurociencias) relata casos clínicos de pacientes con trastornos neurológicos. Allí explora cómo estas condiciones influyen en nuestra percepción del mundo y en nuestra experiencia consciente.

En su libro *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*, Oliver Sacks (2008) describe el caso de la señora M., una mujer que había sufrido un accidente cerebrovascular que lesionó las partes dorsoventrales de su hemisferio derecho, incluido su lóbulo parietal. Como consecuencia, la señora M. sufría un trastorno llamado heminegligencia, lo que significaba que no se daba cuenta de nada de lo que ocurría en su lado izquierdo. También describe un paciente que, a raíz de un accidente cerebrovascular, había perdido la consciencia de su pierna izquierda; incluso, llegó a decir que debía pertenecer a otra persona y la consideraba desagradable. Por último, el caso tal vez más famoso que Sacks nos presenta es el del doctor P., un distinguido profesor de música que desarrolló una agnosia visual que le impedía reconocer caras, objetos y lugares comunes, a pesar de poder ver los objetos físicamente; además, llegó a confundir a su esposa con un sombrero.

Con casos como los anteriores, Sacks (2008) ejemplifica cómo una lesión en áreas específicas del cerebro puede alterar la experiencia consciente de una persona, incluso en ausencia de problemas sensoriales evidentes. También nos muestra que la consciencia no es esencial para

la supervivencia, no es un fenómeno unificado y no siempre es una guía fiable de la realidad, ya que puede verse afectada por diversos factores.

Correlaciones imagenológicas y electrofisiológicas

La aparición de las técnicas electrofisiológicas y de neuroimagen ha dado un soporte importante a la comprensión de las correlaciones entre el cerebro y la consciencia, pues permitieron observar la actividad cerebral en personas sanas, aumentar la comprensión sobre la compleja red neuronal que subyace a los procesos mentales y obtener nuevos hallazgos sobre las diferencias en los estados funcionales del cerebro. Esto se aplicó tanto en personas despiertas y conscientes como en personas bajo anestesia y dormidas.

En las últimas décadas se han realizado numerosos estudios en pacientes con daño cerebral y neuroimagen funcional para comprender mejor las estructuras y redes cerebrales involucradas en la consciencia. Aunque se ha obtenido una gran cantidad de hallazgos, aún se busca una propuesta teórica coherente que integre este conocimiento basado en evidencias (León-Domínguez y León-Carrión, 2019). En su libro *¿Qué nos hace humanos?*, Michael Gazzaniga (2010) analiza el papel de diferentes estructuras cerebrales relacionadas con la consciencia. De esta forma, Gazzaniga se basa en una amplia investigación que incluye estudios de pacientes con daño cerebral adquirido, hallazgos de neuroimagen y experimentos con pacientes con cerebro dividido. Destaca la importancia del lóbulo parietal en la integración de información sensorial de diversas modalidades, lo cual es fundamental para la consciencia. Además, sugiere que el claustró¹⁸ puede actuar como un *centro* de la consciencia, en el cual se conectan diferentes regiones cerebrales implicadas en la percepción, el pensamiento y la acción.

Gazzaniga (2010) aborda el papel de otras estructuras en la consciencia, como el córtex prefrontal, el tálamo y el hipocampo. Según su perspectiva, estas estructuras desempeñan un papel fundamental en distintos aspectos de la consciencia, como la atención, la memoria y la emoción. También destaca que el tronco del encéfalo cumple un papel crucial,

¹⁸ Claustró: pequeña estructura del cerebro que se ubica al lado del lóbulo de la ínsula y que se ha relacionado con la consciencia.

pues actúa como una puerta de entrada para la información sensorial que se dirige hacia el cerebro, ya que esta región establece conexiones con otras áreas cerebrales: el tálamo y la corteza cerebral. Esto facilita la comunicación y la sincronización neuronal necesaria para mantener un estado consciente.

La evolución de la consciencia

La consciencia animal es un tema fascinante y complejo que ha sido objeto de debate durante siglos. Aunque se acepta que animales no humanos pueden disfrutar de experiencias conscientes, posiblemente como un rasgo evolutivo que les ha permitido sobrevivir y prosperar, sigue siendo objeto de intenso debate aquellas especies que poseen esta capacidad (la cuestión de la distribución) y cómo difiere la experiencia consciente entre ellas (la cuestión de la calidad) (Dung y Newen, 2023; Key, 2016; Klein y Barron, 2016).

Algunos animales, como los primates, los cetáceos y los córvidos, han demostrado habilidades cognitivas avanzadas, como la resolución de problemas y el uso de herramientas, lo que se considera un indicio de consciencia (Tomasello y Herrmann, 2010). Estas habilidades requieren planificación, memoria y comprensión de las consecuencias de las acciones (Tomasello y Herrmann, 2010). Además, se ha sugerido que existe una correlación entre el tamaño y la complejidad del cerebro y el nivel de consciencia de los animales (Gazzaniga, 2010). En general, se tiende a considerar los animales con cerebros grandes los más conscientes (como los primates y los cetáceos), en comparación con aquellos con cerebros más pequeños (como los insectos).

Para caracterizar detalladamente la experiencia consciente en especies animales específicas, Birch *et al.* (2020) presentaron un marco multidimensional de investigación de la consciencia animal. Identificaron cinco dimensiones: (1) riqueza perceptual; (2) riqueza evaluativa; (3) integración en el tiempo; (4) integración a lo largo del tiempo, y (5) autoconsciencia. Estas dimensiones varían independientemente y admiten grados.

Más recientemente, Dung y Newen (2023) proponen enriquecer este enfoque con dos niveles que distinguen la consciencia en diez dimensiones y plantean diferentes capacidades cognitivas para cada una. Este enfoque logra tres objetivos valiosos: (1) separar los indicadores fuertes y débiles de la presencia de consciencia; (2) considerar diferentes contenidos y dinámicas de procesamiento, y (3) combinar la evidencia de cada dimensión para obtener perfiles multidimensionales de la consciencia en diferentes especies.

Aunque la investigación en este campo está en curso, la evidencia sugiere que la consciencia ha evolucionado gradualmente a medida que los sistemas nerviosos se volvieron más complejos. Se espera que en los próximos años se realicen nuevos descubrimientos y avances en nuestra comprensión de este apasionante tema.

El enigma de la consciencia colectiva

Neurocientíficos destacados como Rodolfo Llinás (2003) han hipotetizado que es posible que grupos de personas compartan una consciencia común y que esta puede ser la base de la cohesión social y la acción colectiva (consciencia colectiva). Se trata de una propiedad emergente del cerebro que surge de las interacciones de miles de millones de neuronas.

A nivel evolutivo, esta podría estar relacionada con el surgimiento de las neuronas espejo,¹⁹ las cuales tienen un papel crucial en la empatía, así como en la comprensión de las intenciones y emociones de los demás (Gallese, 2008). Aunque estos trabajos están aún en sus primeras fases, tienen el potencial de revolucionar nuestra comprensión de este complejo fenómeno y de suscitar un animado debate.

Los aportes realizados hasta ahora son relevantes por sus implicaciones clínicas y por ser la base para la comprensión de fenómenos de consciencia colectiva. No obstante, persisten muchas dificultades para el estudio de la consciencia, principalmente en la comprensión de experiencias subjetivas por el carácter reduccionista del enfoque empírico-analítico.

¹⁹ Descubiertas por el neurocientífico italiano Giacomo Rizzolatti en 2007, quien, de manera conjunta con su equipo de trabajo, a través de investigaciones realizadas en monos (*Macaca nemestrina*), las ubicó en la corteza frontal inferior, en cercanías a otras zonas como el área de Broca o el sistema límbico (Iacoboni, 2011).

Estas aproximaciones muestran, como era de esperarse, que la asociación fisiológica y morfológica del sistema nervioso y la consciencia es fundamental para su comprensión (Damásio, 2020). Como la ciencia se construye sobre lo construido, será necesario aunar esfuerzos entre disciplinas y enfoques teóricos y metodológicos para responder a la pregunta fundamental: ¿cómo emerge el *yo* de la actividad cerebral?

La consciencia como sensación de identidad y mismidad

La dificultad para definir la consciencia radica no solo en las diversas formas en las que esta se ha denominado a lo largo de la historia, ya sea como alma, mente, personalidad, pensamiento o *yo*, sino también en las funciones que le han sido otorgadas. Al respecto, Braunstein *et al.* (1979) plantean que la consciencia puede ser asumida como un recipiente que tiene contenidas funciones reconocidas como la sensación, la percepción, la atención, la memoria, el pensamiento, el juicio, la emoción, el sentimiento, la voluntad, entre otras. Los atributos dados por Braunstein a la consciencia permiten considerar que esta otorga al ser humano la sensación de identidad, que posibilita la asunción de ser único y de mismidad, y que conlleva la idea de que «soy yo quien produce». Así, el sujeto es propietario de las ideas y acciones que realiza.

La identidad y la mismidad son reforzadas a partir de una narración coherente y continua de quienes somos, que al verse afectadas —como es el caso de enfermedades como el síndrome de Korsakov—²⁰ fragmentan al individuo, obligándolo a crear continuamente «un mundo y un yo, para sustituir al continuamente olvidado y perdido» (Sacks, 2008, p. 151). El mismo autor indica frente a este caso y la relevancia de la identidad lo siguiente:

Nosotros tenemos, todos y cada uno, una historia biográfica, una narración interna, cuya continuidad, cuyo sentido es nuestra vida. Podría decirse que cada uno de nosotros edifica y vive una ‘narración’ y que esta narración es nosotros, nuestra identidad. [...] Para ser nosotros mismos hemos de tenernos a nosotros mismos, hemos de poseer, de reposer si es preciso, nuestras historias biográficas. Hemos de ‘recolectar’ nosotros mismos,

²⁰ Denominado síndrome de Wernicke-Korsakoff, presenta una profunda afectación de la memoria e imposibilita la recuperación de recuerdos y crear nuevos.

recolectar el drama de interior, la narración, la nuestra, la de nosotros mismos. El individuo necesita esa narración, una narración, una narración interior continua, para mantener su identidad, su yo. (p. 151)

La evolución del término *consciencia* en la Modernidad trascendió desde lo planteado por Locke en el siglo xvii, quien consideraba que esta daba cuenta de la percepción de lo que pasa en la mente del hombre. Diderot la definió en el siglo xviii como la opinión o sentimiento interno que nosotros tenemos de lo que hacemos. En el siglo xix, el uso de la introspección como técnica no solo brindó las bases para el desarrollo de la psicología, sino que otorgó la idea de que mediante esta era posible acceder a la consciencia (Ferrús, 2018).

Para el siglo xx, las neurociencias contemplaron que la consciencia es un fenómeno de percepción en el que el cerebro crea una representación interna del mundo exterior a través de mecanismos celulares y moleculares (Ferrús, 2018). No obstante, y a pesar de los avances en cuanto a la idea de que somos únicos y dueños de sí, esta cuestión queda en entredicho cuando se consideran postulados como los de Yuval Noah Harari (2016), quien señala que antes de creer que nosotros somos libres para elegir, nuestro cerebro ya ha tomado una decisión. Frente a ello, los seres humanos hemos considerado que la sola idea de la consciencia nos ubica ontogenética y filogenéticamente en un lugar superior en la escala evolutiva, con lo cual se crea la visión de superioridad sobre otras especies y la pretensión de que el libre albedrío hace parte de nuestra vida. La supuesta superioridad nos da, por lo tanto, no solo un lugar, sino el propósito de la trascendencia a partir de la integración e ilusión de un *yo* individual y consciente que, según Gómez y Contreras (2022), «se puede diseccionar en dos: el ‘Yo’ cognitivo, o la ilusión de ser los autores de nuestros pensamientos y decisiones; y el ‘Yo’ físico, que es la ilusión espacial de habitar un cuerpo» (p. 44). Así,

el cerebro huye del caos, de todo aquello que no entendamos, aquello que sea o que nos parezca entrópico. El cerebro prefiere ‘casarse’ con la coherencia, no importa si es real o alucinada por él mismo. El ‘yo’ coherente, o al menos aparentemente coherente, prevalece. Lo malo es que una

coherencia amañada puede resultar sumiéndose en un caos que ni siquiera entendamos como tal. (Gómez y Contreras, 2022, p. 69)

Por lo tanto, para no caer en el caos y darle sentido a nuestra existencia, asumimos que la consciencia o el yo existe a partir de aspectos como:

- **Unidad:** crea el sentido de ser una persona.
- **Continuidad:** permite asumir el viaje en el tiempo.
- **Encarnación:** nos crea la sensación de sentirnos en *casa*.
- **Privacidad:** nuestra vida mental es nuestra y nadie más tiene acceso.
- **Incrustación social:** sentido de formar parte del entramado social, a pesar de la arrogancia de nuestra individualidad.
- **Libre albedrío:** idea de que elegimos libremente lo que queremos.
- **Consciencia de uno mismo** (Ramachandran, 2012).

Conclusiones

El estudio de la consciencia sigue siendo un área de investigación en constante evolución, y existen diferentes enfoques y teorías en curso para explorar este fenómeno complejo. Las investigaciones con pacientes siguen siendo una fuente importante de información, ya que han permitido dilucidar la complejidad de la consciencia, pues revelan que no es un fenómeno unificado ni una guía siempre confiable de la realidad. Además, se vislumbra que no es esencial para la supervivencia. En este sentido, la idea de la consciencia o el *yo* sigue siendo una quimera por la dificultad de considerar que existe más allá de nuestro deseo o subjetividad. En este punto, vale la pena recordar a Aldous Huxley y su texto *Un mundo feliz*, en el cual las sociedades humanas pueden sobrevivir sin la consciencia de la individualidad o la unicidad, simplemente son felices a partir del consumo del soma.

Los avances en técnicas de neuroimagen han proporcionado valiosas correlaciones entre el cerebro y la consciencia. Sin embargo, a pesar de los numerosos hallazgos obtenidos, todavía se busca una propuesta teórica coherente que integre este conocimiento basado en evidencias. El lóbulo parietal, el claustro, el córtex prefrontal, el tálamo, el hipocampo y el tronco del encéfalo son estructuras claves que trabajan en conjunto en

diferentes aspectos, los cuales facilitan la comunicación y sincronización neuronal necesarias para mantener un estado consciente.

Los estudios sobre la consciencia y la actividad neuronal subyacente en diferentes especies sugieren que puede estar presente en diferentes grados en el reino animal. Esto plantea la posibilidad de principios neodarwinianos que expliquen su aparición y sus cambios a lo largo de la evolución, aunque con niveles y mecanismos variables.

Los avances en la comprensión de la consciencia nos han llevado a considerar no solo la dimensión individual de la experiencia consciente, sino también aspectos sociales y colectivos. La hipótesis de la consciencia colectiva sugiere que dicho discernimiento puede ser una propiedad emergente de la interacción de múltiples individuos en una sociedad. Esto plantea una nueva perspectiva sobre la naturaleza de la identidad y la importancia de la coherencia y la integración social en la construcción de nuestra experiencia consciente.

La consciencia de uno mismo y la noción del *yo* nos brindan la capacidad de experimentar y comprender el mundo que nos rodea. Nos permite reflexionar sobre nuestra existencia, interactuar con los demás y tomar decisiones conscientes. Gracias a esto, usted ha llegado al final de este capítulo al ser consciente de su propia participación en este proceso de exploración de los aspectos ontológicos de la consciencia.²¹

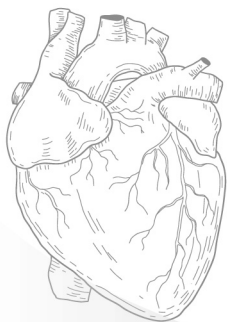
Referencias

- Aguado, L. (2019). *Cuando la mente encontró a su cerebro*. Alianza.
- Aristóteles. (1999). *Acerca del alma* (T. Calvo Martínez, trad.). Gredos.
- Birch, J., Schnell, A. K. y Clayton, N. S. (2020). Dimensions of animal consciousness. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(10), 789-801. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.07.007>
- Braunstein, N., Pasternac, M., Benedito, G. y Saal, F. (1979). *Psicología, ideología y ciencia*. Siglo XXI Editores.

²¹ Al momento de concluir el capítulo, en julio de 2023, David Chalmers (filósofo) y Cristof Koch (neurocientífico) resolvieron una antigua apuesta que databa de 1998 sobre las áreas del cerebro relacionadas con la consciencia. A pesar de los avances de la ciencia, el resultado favoreció a la filosofía por la imposibilidad de determinar los correlatos biológicos. Sobre el resultado, Koch manifestó que para hacer cognoscible la consciencia todavía queda por resolver una pregunta: ¿cómo surge la consciencia de un órgano como el cerebro? (Redacción BBC, 2023).

- Bunge, M. (2011). *El problema mente-cerebro*. Tecnos.
- Crick, F. (1994). *La búsqueda científica del alma. Una revolucionaria hipótesis para el siglo XXI*. Debate.
- Damásio, A. (2018). *La sensación de lo que ocurre: cuerpo y emoción en la construcción de la consciencia*. Destino.
- Damásio, A. (2020). *Sentir & saber. A caminho da consciência*. Temas e Debates, Círculo de Leitores.
- Dehaene, S. y Changeux, J-P. (2011). Experimental and theoretical approaches to conscious processing. *Neuron*, 70(2), 200-227. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.03.018>
- Dennet, D. (2014). *Contenido y consciencia*. Gedisa.
- Dung, L. y Newen, A. (2023). Profiles of animal consciousness: A species-sensitive, two-tier account to quality and distribution. *Cognition*, 235, 105409. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2023.105409>
- Ferrús, A. (2018). *¿Qué es la consciencia? Una aproximación desde la neurociencia*. EMSE; EDAPP.
- Freud, S. (1950). *Proyecto de psicología*. Amorrortou Editores.
- Gallese, V. (2008). Mirror neurons and the social nature of language: The neural exploitation hypothesis. *Social Neuroscience*, 3(3-4), 317-333.
- Gazzaniga, M. S. (2010). *¿Qué nos hace humanos? La explicación científica de nuestra singularidad como especie*. Paidós.
- Gómez, J. y Contreras, W. (2022). *Genios en la mente*. Icono.
- Goblot, E. (1942). *Diccionario filosófico*. Enciclopedia Didáctica Cúspide.
- Harari, Y. (2016). *Homo deus*. Debate.
- Iacoboni, M. (2011). *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros*. Katz.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H. y Jessell, T. M. (2000). *Principles of neural science* (Vol. 4). McGraw-Hill.
- Key, B. (2016). Why fish do not feel pain. *Animal Sentience*, 1(3), 1. <https://doi.org/10.51291/2377-7478.1011>
- Klein, C. y Barron, A. B. (2016). Insects have the capacity for subjective experience. *Animal Sentience*, 1(9), 1. <https://doi.org/10.51291/2377-7478.1113>
- León-Domínguez, U. y León-Carrión, J. (2019). Modelo neurofuncional de la consciencia: bases neurofisiológicas y cognitivas. *Revista de Neurología*, 69(4), 159-166.
- Llinás, R. (2003). *El cerebro y el mito del yo: el papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humanos*. Norma.

- Luria, A. R. (1980). *Introducción evolucionista a la psicología*. Fontanella.
- Ramachandran, V. S. (2012). *Lo que el cerebro nos dice*. Paidós.
- Ramón y Cajal, S. (1917). *Recuerdos de mi vida*. Imprenta y Librería de Nicolás Mayo. <https://ia802902.us.archive.org/9/items/recuerdosdemivid02ramuoft/recuerdosdemivid02ramuoft.pdf>
- Real Academia de la Lengua Española (RAE). (2023a). Conciencia. *Diccionario panhispánico de dudas*. <https://www.rae.es/dpd/conciencia>
- RAE. (2023b). *Conciencia*. <https://dle.rae.es/conciencia>
- Redacción BBC. (2023, 29 de julio). Filósofo 1, científico 0: la apuesta sobre la consciencia que la ciencia perdió. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/articulos/c0j4nepwdnlo>
- Rojas, C. (2018). *Filosofía y psicología. De Platón al presente*. Universidad de Antioquia.
- Sacks, O. (2008). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Anagrama.
- Sigman, M. (2022). *La vida secreta de la mente*. Debate.
- Tomasello, M. y Herrmann, E. (2010). Ape and human cognition: What's the difference? *Current Directions in Psychological Science*, 19(1), 3-8.



Capítulo 9

Salud y enfermedad desde la filosofía²²

María Mercedes Villamil Gallego y Fernando Antonio Zapata Muriel

<https://doi.org/10.22209/9786289681208.C9>

Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Si no puedes aliviar, consuela. Y si no puedes consolar, acompaña.

Gómez (2006)

Introducción: un poco de historia

Para adentrarnos al concepto de salud-enfermedad, en este texto nos acercaremos inicialmente a la historia. Luego, veremos algunas características del tema desde las perspectivas de Oriente y Occidente; las implicaciones y sensaciones; el papel de la sociedad, y los posibles caminos a seguir. Finalmente, cerraremos con unas reflexiones.

La medicina ha existido desde que el hombre habita el planeta. Los diversos modos de practicarla a favor de la salud del enfermo viene de tiempos prístinos, en los cuales se acudía a la magia en las antiguas sociedades agrarias. Para una mejor comprensión, es necesario situarse en tiempos prehipocráticos, marcados por los mitos, la superstición y por diversas creencias mágicas y religiosas. En ellos, dioses y demonios desempeñan un rol importante en la comprensión de distintos fenómenos naturales, tales como la salud y la enfermedad. En tiempos primigenios, los magos —y más tarde los sacerdotes, mediadores entre los dioses y los hombres— administraron la cura de enfermedades, llevada a cabo muchas veces en los templos de Apolo y Asclepio.

²² Texto original derivado del proyecto de investigación *La interculturalidad en clave de fraternidad en el pensamiento social y teológico de Ramón Llull y del papa Francisco (2022-2023)*. Fue realizado en convenio entre el Centro Interdisciplinario de Estudios Humanísticos (cideh) de la Universidad de San Buenaventura, Medellín, y la Corporación Universitaria Remington. Código interno: M8838.

Para González (2023), los conceptos de salud y enfermedad, el diagnóstico, la terapéutica y la ética en el ámbito de la medicina han sufrido notables cambios a lo largo de la historia. El tópico de la salud fue también un asunto que ocupó la mente y la vida de los filósofos en la Grecia antigua. Hipócrates, filósofo y padre de la medicina en Occidente, a fin de favorecer la vida saludable de su cultura, decía «que tu medicina sea tu alimento, y el alimento tu medicina» (citado en Boone, 2019, párr. 1).

Hipócrates nació en Cos, de la ascendencia divina de Apolo; su nombre viene de *Hippos*, ‘caballo’, y *Kratos*, ‘poder’. Como apunta González (2023):

Nació en Cos, isla del Egeo, hacia el año 460 a. C. Su padre, Heráclides, fue médico y posiblemente lo inició en este arte. Emparentado con Asclepios, el antiguo dios de la medicina griega, ejerció su arte en la isla de Cos y en muchos otros lugares del mediterráneo, incluyendo Atenas, Egipto, Macedonia y Asia Menor. (párr. 3)

Así, la medicina no ha estado sola. Inicialmente, la filosofía y la medicina caminaban juntas. La filosofía como un saber ocupado en la formación del ser humano y la medicina como una aplicación de la filosofía en beneficio de una vida saludable. Las antiguas escuelas filosóficas griegas como «pitagóricos, platonistas, aristotélicos, estoicos y epicúreos, no eran unos meros partidarios de un sistema filosófico, sino miembros de escuelas organizadas llamadas también *sectas*, donde se imponía un método específico de entrenamiento y todo un modo de vida» (Mahoney, 1997, p. 22).

La teleología (finalidad) de las escuelas filosóficas griegas en la construcción de un modo de vida saludable de sus discípulos y la concepción neotestamentaria consideran que el objetivo de todo ser humano no solo consiste en tener salud, sino que, además, busca la edificación de una personalidad saludable. Aunque este concepto pertenece más a los finales del siglo xx, desde Hipócrates, con el equilibrio de los cuatro humores (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico), el ser humano podía lograr estabilidad, madurez y, por ende, salud.

Durante el Imperio romano, la salud se entendía también como una condición física y mental: *mens sana in corpore sano*. Torrebadella y Brasó (2018), citados en Hernández *et al.* (2012), añaden que para estar sano se requirieran cuatro condiciones:

1. La morfología: que no haya alteración macro o microscópica ostensible de la estructura ni realidad material ajena al cuerpo (pie equino, cálculo, agente microbiano). 2. Función: sus funciones vitales expresadas en cifras valorativas y trazados gráficos se valoran en el rango de la normalidad (pruebas funcionales renales, respiratorias, circulatorias, metabólicas, etcétera). 3. Rendimiento vital: referido al rendimiento sin fatiga excesiva y sin daño aparente, lo que demanda su función social. 4. Conducta: referida al comportamiento adecuado socialmente; es decir, se tiene en cuenta un elemento subjetivo, pero también el objetivo, si ambos coinciden, hay salud. Lo que habitualmente llamamos «salud», es salud relativa, un ligero desplazamiento hacia la «enfermedad» que hace que no se esté totalmente sano o totalmente enfermo. (p. 4)

Igualmente, la personalidad saludable se concebía como la forma de actuar de una persona, guiada por la inteligencia y el respeto por la vida, de tal modo que las necesidades personales estarían satisfechas y la persona crecería en conciencia y suficiencia. Asimismo, tendría la capacidad para amarse a sí misma, al ambiente natural y a otras personas (Jourard y Landsman, 1994, p. 22). A pesar de ser humanos, lo anterior guarda una gran verdad, pues el sujeto no es totalmente saludable, ni totalmente enfermo, por lo tanto, esta búsqueda de equilibrio para obtener la salud, el bien-estar y el bien general ha de ser una ocupación diaria.

En este sentido, cabe afirmar con Gómez-Arias (2018, p. 1), «lo que llamamos salud y enfermedad son formas que va asumiendo la vida de las personas y los grupos como consecuencia del metabolismo social, concepto referido al conjunto de intercambios que se dan entre naturaleza y sociedad gracias al trabajo humano». Incluso, Gómez-Arias afirma que «las nociones de salud y enfermedad son construcciones sociales complejas, que han cambiado entre los grupos humanos bajo la influencia de condiciones históricas particulares» (2018, p. 1).

Epicteto es un buen referente al respecto. Él enseñó cómo en su vida aprendió a asimilar sus heridas. Él —como buen estoico— orientó su filosofía a la cuestión de cómo es posible ser libre frente a las heridas causadas por otros. Cada hombre es quien elige, si con una actitud estoica deja resbalar aquel vituperio o se decide a elaborar aquella situación con la que alguien lo quiso afrentar. Epicteto (s. f., p. 7) aseveró que la enfermedad es un obstáculo para el cuerpo, pero no para la voluntad, a menos que esta se encuentre debilitada. «Soy discapacitado», he aquí un impedimento para mis pies, pero en lo absoluto para mi voluntad. Para Epicteto, lo que está en juego aquí es la libertad, y ese es un asunto que cada ser humano decide.

La enfermedad y sus implicaciones

El término *enfermedad* viene de *in-firmo*, ‘no firme’; esto lleva a pensar en la inestabilidad, la debilidad, la falta de solidez y de firmeza de quien ha perdido la salud. Así, la pregunta por la enfermedad es también la cuestión por el hombre y la mujer, por su cuerpo, parte de su ser. El cuerpo como vehículo del ser, como aquel que le da la posibilidad de pertenecer, implica mirarlo más allá de la biología, más allá del obrar del personal que trabaja con la salud, pues involucra una singularidad, una identidad y un lugar con multiplicidad de dimensiones (eco-bio-psico-socio-existencial).

El ser humano es un ser en finitud, un ser en falta. Quizá por esto —como afirma Del Barco (2000)— toda enfermedad hace sufrir al ser humano, física o psicológicamente. Además, la enfermedad puede generar un sufrimiento *espiritual*, ya que en cualquier caso nos manifiesta que nuestra vida es *frágil*. Asimismo, la vida es efímera y pasajera; en palabras de Goethe, «cómo te pareces al agua, alma del hombre; cómo te pareces al viento, destino del hombre».

Para Hidalgo *et al.* (2022), existen tres componentes que deben considerarse en la enfermedad: lo biológico, lo afectivo y lo social. Lo biológico hace alusión a las alteraciones en el cuerpo; lo afectivo, al modo en el cual el ser humano vive su enfermedad y todo aquello emocional que lo atraviesa, y lo social, a la construcción realizada a través de la cultura y el contacto con los demás.

Grün, en su obra *Autosugestiones: el trato con los pensamientos*, resalta la importancia de la salud mental, así como traza la problemática suscitada en el ser humano por las sugerencias y pensamientos negativos: «tus palabras son tu vida, tus palabras son tu enfermedad» (Grün, 2004, p. 3). Un año más tarde, el mismo Grün (2005) contrapuso dos caminos: el primero, conducente a un estilo de vida no saludable en la construcción de su ser, y el segundo, que conduce al hombre a la madurez por la vía existencial.

Es urgente comprender que «sin salud mental no hay salud» (Organización Mundial de la Salud, oms, 2004, p. 14). Este postulado corrobora la importancia de la salud integral para el logro de una vida venturosa, mucho más si se rescata su relación con la espiritualidad o el cultivo de la interioridad humana. De este modo, el aforismo griego *mente sana en cuerpo sano* tendría que ampliarse de tal modo que el espíritu y la mente sanos serán claves para obtener un cuerpo saludable, sin desprender esto de la visión holista e integral posmoderna.

Una mirada a Oriente

En Oriente, la filosofía consiste en pensar en torno a la existencia y dicha reflexión es corporalidad: manual de meditación y vademécum de salud visible en la obra de un filósofo y monje budista. Clavel (2006) observaba la insistencia del monje Chigi en aconsejar a sus discípulos sobre cuidado corporal, especialmente respecto a meditar, practicar la ascesis y contemplar desde lo más profundo del ser. Asimismo, hace reiterativas recomendaciones de estas acciones como terapias para la prevención o cura de enfermedades. Para Clavel (2006), las consignas más representativas son: «primero, para curar el cuerpo, calmar la mente y segundo, para pacificar la mente, cuidar el cuerpo. Las dos palabras clave son: primero, pausa y segundo, contemplación. Pausa, para respirar hondo. Contemplación, para ver la realidad sin engañarse» (p. 39).

En contexto oriental (japonés), toda enfermedad posee en su composición un elemento anímico, psíquico. La perspectiva oriental holística e integradora insiste, de acuerdo con Clavel (2006), en «escuchar la voz del cuerpo, para ayudarlo a recuperar el equilibrio y serenar el ánimo intranquilo» (p. 41). Se trata de conocer y asumir la propia limitación,

darse cuenta de que la enfermedad seguirá ahí, no se va a curar, aprender a convivir con ella. El término japonés para esto es *ddji*, que significa ‘acompañar y curar’.

Para el budismo, la persona enferma es vulnerable, vive inestable, intranquila, angustiada y muchas veces sin asumir su enfermedad. Por su parte, la persona que acompaña al enfermo va al lado de ella. Para curar hay que acompañar, acompañar es curar. Por eso, a este modo de curar se le conoce como el arte de la benevolencia, de *Xjin* (*i wa jinjutsu*, en la cultura japonesa).

Para curarse, Clavel (2006) recomienda que «así como el ánimo ha influido en la aparición de la enfermedad, influya también en la desaparición si es posible, o ayude a convivir con ella» (p. 41). Él propone dos métodos que fundamentan su manual: (1) la pausa o el ritmo suave, lento, para respirar bien, y (2) la calma, la paz interior, para contemplar y disfrutar la realidad, en otras palabras: saber, degustar y saborear. La tradición hinduista, en la que Chigi se inspira, puede esquematizarse en dos conceptos sánscritos: *samatha* (apaciguamiento o calma) y *vipasyana* (lucidez, sabiduría).

En el campo de la salud-enfermedad, con el reconocimiento holístico y pluridimensional del ser humano como unidad, totalidad e integralidad, el sujeto se concibe como un ser ecológico, biológico, psicológico, social y existencial con la red de conexiones existentes entre mente-cuerpo-espíritu. Es necesario tomar conciencia de cómo algunas enfermedades surgen en la medida en que se rompen estas redes y generan desequilibrio. Así, el dolor de cabeza surge muchas veces por el alto esfuerzo en el trabajo; esta es una buena ocasión de escuchar el mensaje traído por el cuerpo a través del dolor.

De esta manera, el cuerpo obliga a tomar descanso y protesta ante el exceso de trabajo. El tesoro que hay en cada ser humano se esconde en la zona doliente del yo, en su dimensión profunda; por eso, cuando este descubre el tesoro, en lugar de tratar de controlar la enfermedad, atacarla y aniquilarla con medicamentos, podría acudir a observarla, comprenderla, aceptarla, asumirla e integrarla a su ser al dialogar con

ella. La leyenda de las cuatro salidas de Buda cuenta cómo Siddhartha reacciona al contemplar el sufrimiento humano.

El príncipe Buda, en su carroza, se alejó del palacio. En su primera salida se encontró con un anciano abandonado en el bosque; entonces, regresó al palacio y mediante el juego y el sexo, intentó olvidar aquella desagradable escena. En una segunda salida encontró a un enfermo que estaba exangüe, tendido sobre sus excrementos. Retornó al palacio, pero ya no encontraba placer en el sexo ni en el juego. Buda salió nuevamente y se encontró con un cortejo fúnebre, el dolor de la gente, los lamentos, las lágrimas y los gritos; entonces, lo hicieron volver al palacio y comenzó a meditar para liberarse de tanto sufrimiento. En su cuarta salida, Siddhartha encontró un monje meditando; así, renunció al placer de los sentidos y decidió seguir el camino de la paz interior y una vida austera (Theissen, 2002).

De este modo, Buda transformó poco a poco su vida, por el encuentro con el dolor y el sufrimiento humanos; así comenzó su búsqueda de redención. La actitud de Gautama frente al sufrimiento es más filosófica. Sin embargo, al principio está caracterizada por la evasión. Al inicio vive en una mansión real para resguardarse de toda enfermedad, sufrimiento y angustia. No obstante, el final deja ver un Buda (hombre iluminado) capaz de encontrar su propio palacio interior mediante la meditación; de este modo, esta mansión no será tan vulnerable al sufrimiento. El príncipe Buda invitó a seguir el camino medio. Su enseñanza incorpora tanto el progreso intelectual como el progreso espiritual. El budismo es así un camino que provee iluminación a quienes, ante el sufrimiento causado por el deseo, la envidia, la codicia y la ignorancia, quieren liberarse de toda angustia.

Surge aquí un interrogante: ¿qué es la angustia? Para Kierkegaard (1972), la angustia —y sobre todo la angustia existencial— es «el vértigo de la libertad» y al mismo tiempo un instrumento de salvación que conduce a la fe. La angustia es, además, caos, confusión, consecuencia de la presencia del mal, del infortunio, del deseo, de la guerra; ella es calamidad, insatisfacción, tribulación.

Buda enseñaba a sus discípulos, él no dejó escritos, pero posteriormente sus discípulos se encargaron de preservar sus enseñanzas. Según Venturi (1947), Buda propuso cuatro nobles verdades como caminos para llegar a la iluminación:

- La vida es sufrimiento.
- La causa del sufrimiento se funda en el desconocimiento del hombre de la esencia de la realidad, por ello siente ansiedad, deseo y apego a las cosas materiales.
- Se puede poner fin a este sufrimiento si el hombre logra poner fin a su ignorancia e ir más allá de las ataduras mundanas, a través de la óctuple vía.
- La óctuple vía consiste en: visión o comprensión correcta; pensamiento o determinación correctos; conducta ética o virtud; hablar correcto; actuar correcto; medio de vida correcto; entrenamiento de la mente; esfuerzo correcto; atención correcta o consciencia del momento correcto, concentración o meditación correcta.

El sufrimiento, el dolor crónico y la enfermedad pueden estar hoy muy conectados. El hombre actual, en medio del sufrimiento (que en este caso podría ser causado por la enfermedad, o la muerte de un ser querido, o por una vivencia insatisfecha de su vejez), se encuentra en un ínterin que podríamos llamar *crisis existencial*. Desde allí, este hombre se juega su vida, de acuerdo a su propia sabiduría. En su acto de discernimiento, opta por la salud, haciendo de esta experiencia un aprendizaje. O se deja obnubilar por la enfermedad y la angustia; en sus manos está no solo la herramienta de la meditación y la espiritualidad como una filosofía de vida, que conduce a la salud, o a su propia destrucción, entregándose a la zozobra del destino. Puede así inferirse que el punto de llegada del budismo, en su búsqueda de superación del sufrimiento, la enfermedad o la muerte, puede describirse más como la construcción de un estilo de vida que como la búsqueda de un dios personal a través de la óctuple vía (Suzuki, 1975).

La medicina occidental

La medicina occidental, por su parte, busca combatir la enfermedad; emplea para ello sentencias belicosas como bombardear —tumores— o

vencer —infecciones—, con la creencia de que estas vienen de afuera y atacan. Cabe recordar que, por naturaleza, la misión del médico es la ayuda a quien sufre; se ocupa de curar su enfermedad. Hoy esta misión se ha confundido con aliviar el sufrimiento humano; en otras palabras: «si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Y si no puedes aliviar, consuela. Y si no puedes consolar, acompaña». Aliviar, acompañar y consolar, en muchas ocasiones, serán posibilidades de brindar ayuda al enfermo (Gómez, 2006). Esta gran tarea hay que recordarla constantemente, mucho más en un mundo individualizado, urgido de una alteridad capaz de tornarse en filantropía y en caridad.

Todo ser humano es potencialmente médico; no obstante, aquel dicho del sabio de Nazareth «médico cúrate a ti mismo» (Lucas 4:23) esconde una gran verdad que, desde el lenguaje de los griegos, se revela en el mito de un centauro sabio y benevolente, llamado Quirón. Este ayuda a curar a todos los centauros, pero no puede curarse a sí mismo. El mito afirma:

Hace tiempo en la antigua Grecia, en la cueva del centauro Folo, se hallaba Quirón, un centauro sabio, bondadoso y un gran maestro de la sanación. Hércules fue invitado allí, cuentan que a Quirón lo llenaba de dicha aliviar el sufrimiento y animar y fortalecer espiritualmente a quien iba a morir. Era idóneo y famoso, en el arte de curar. Muchos acudían a pedir su consejo y su ayuda. Hércules, agradecido por la invitación, llevó a la reunión una vasija de un preciado vino, con el cual atrajo a otros centauros, que se emborracharon y armaron una violenta trifulca entre sí.

En la confusión, Hércules disparó una flecha que hirió a Quirón en la rodilla. En ese momento, Quirón enseñó a Hércules cómo curar la herida. Pero, al estar la punta de la flecha infectada con veneno de Hidra, la herida nunca cicatrizaría. De este modo, Quirón, el centauro, capaz de sanar a otros, el mayor de los sanadores, fue incapaz de curarse completamente a sí mismo; y, siendo inmortal, vive eternamente con esta herida como el sanador herido arquetípico. Después de esto, Quirón entrenó a miles de discípulos, entre ellos, Esculapio, quien aprendió de Quirón el conocimiento de las plantas, el poder de la serpiente y la sabiduría del sanador herido. Más adelante enseñó este arte a Hipócrates quien comenzó a practicar el arte y la ciencia de la medicina. (García, 2022, párr. 1-6)

Esta historia y la de Gilgamesh en la antigua Babilonia (quien intentó encontrar en lo profundo del río las hierbas o ramas para salvar a su amigo Enkidu, pero no pudo hacerlo porque la serpiente se las quitó en el momento de obtenerlas) enseñan y dan cuenta de la preocupación del ser humano, a través de la historia, por ayudar, curar, sanar y acompañar al otro que sufre o padece una enfermedad. Así, Quirón se inmortaliza como el arquetípico sanador herido que enseña al otro (médico) un elemento clave en la sanación personal, así como revela la manera en que los médicos ayudan a otros; empero, ellos mismos no siempre pueden curarse. Gilgamesh, por su parte, se convierte en referente del amigo fiel, que llora la muerte de aquel por quien arriesgó su vida y por quien quiso darlo todo a cambio de tenerlo vivo en este mundo.

Sensaciones frente a la enfermedad

Al nacer un niño o una niña, su familia le da una identidad, un nombre, un lugar y una historia. Estos referentes individuales se van afianzando en la medida en que va creciendo y entendiendo. En ese crecer va identificando su cuerpo, sus propias necesidades y las necesidades de los otros. Empieza a darse cuenta de la multiplicidad de sensaciones, estímulos, demandas. El cuerpo como morada, además de todas las implicaciones que trae consigo, le permite reconocerse. La pregunta por su ser mismo comienza con las preguntas que él hace acerca del entorno y de sí mismo.

Lo que ocurre en el individuo va marcando, va sumando a su historia; la interacción con múltiples instituciones afianzará y ayudará a romper esquemas, a trazarlos o simplemente se convertirán en sucesos sin mucha trascendencia. Lo cierto es que el individuo se ubica en un espacio, la sociedad le da unos roles y poco a poco va perfilando metas y proyectos. El cuerpo del individuo es sin duda su protagonista, es el motor que le permite, le implica; es una parte de su ser.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el cuerpo hace parte del ser mismo desde el momento del nacimiento, el cuerpo dentro de sus posibilidades puede tender a enfermarse. La enfermedad puede hacer parte desde la infancia o aparecer en su constitución. Ese surgimiento de la enfermedad y de su gravedad conlleva un cambio de lugar, de rol, de percepción

e incluso de expectativa para el individuo. Ya todo deja de marchar, según el curso cotidiano.

Para comenzar, la libertad ya no es igual. El individuo necesita condiciones para desarrollar lo que desea y la enfermedad puede impedir que realice determinadas cosas.

¿Qué piensa, teme y desea el enfermo? Pueden ser preguntas que nunca terminarían de contestarse porque los seres humanos somos seres sociales con experiencias comunes y, al mismo tiempo, seres únicos. Carranza Bucio (2021) señala —al citar a Binswanger— que en el análisis existencial hay un ocuparse de la temporalidad del síntoma, pues el individuo le da un lugar.

Como la enfermedad habla por sí misma a través del dolor, las respuestas del individuo son múltiples. Puede quedarse en un estado de añoranza de lo que fue su pasado saludable, de lo que hizo o no hizo por conservar la salud. También podría situarse en su presente escuchando su dolor, haciéndose preguntas del porqué, combinando sus creencias con sus miedos, rabias. En últimas, podría entrar en estado de queja o empezar búsquedas para salir de su actual estado. Así, su condición le puede permitir viajar al futuro e imaginarse dos estados: uno libre de su condición actual, o bien un estado de muerte, libre también, pero en otro plano distinto. Este segundo momento pudiese ser en muchos casos más temido que deseado.

De este modo, el individuo enfermo toca y trastoca su presente. La temporalidad se convierte en uno de los grandes protagonistas, pues hay posibilidades de perderse en su propia realidad y aún negarla. Pero ¿es acaso algo extraño lo que ocurre con el enfermo? Muchas veces los individuos escapan de la realidad y se esconden ante los problemas y frustraciones: se refugian en la tecnología, las distracciones, el trabajo excesivo o bien en actividades recurrentes que permitan salir de aquello que se vuelve incómodo. Para Ortega y Gasset (1941), cada persona está en constante riesgo de no ser el sí mismo único, singular.

Ahora bien, ¿habrá un llamado por parte del individuo para la enfermedad? Autores como Menninger (1972) expresan que cada persona tiene la capacidad de destruirse a sí misma; hay en el individuo elementos internos que en ocasiones propician su agresividad. Las agresiones al yo dependen de tres impulsos: algo inexplicable relacionado con el resentimiento hacia una persona o algo; un castigo personal por la culpa, y el desprecio que genera una suma erótica, a modo de masoquismo con algún beneficio secundario.

El psicoanálisis ha demostrado que muchas enfermedades guardan relación con eventos vividos en el pasado, con deudas que el individuo cree que debe compensar, pero que muchas veces son ideadas de manera inconsciente y se materializan en el cuerpo. Según Grün (2002, p. 8), hoy la psicología afirma que las heridas no asimiladas condenan al ser humano a herirse a sí mismo (autocastigándose, minusvalorándose o automutilándose), o a herir a los demás. Algunas enfermedades parecen ser una especie de autocastigo; así, el sentimiento de rechazo experimentado en la infancia se convierte en rechazo y odio hacia sí mismo.

Por su parte, Aurenque y Jaran (2018) citan a Nietzsche, quien refiere que el hombre está acostumbrado a sufrir y por ello quiere y busca la manera de continuar con su sufrimiento. Ese sufrimiento no es algo de lo que se dé cuenta, sino que sus acciones parecieran acercarse a ello y perpetuarlo de algún modo. López (2021), al citar a Schopenhauer, diría que la enfermedad es sufrimiento, tortura y puede ser un desorden de la naturaleza que ella misma soluciona. Este sufrimiento se vivencia, además de la temporalidad, en muchas sensaciones. Chamorro Muñoz (2020) se refiere a la vulnerabilidad y la debilidad en la que se halla el enfermo, el cual se encuentra en estado de conmoción; hay una ruptura con su vida. Por último, Laín Entralgo (1968) afirma que es un estado similar a la angustia.

Al romperse el equilibrio por la enfermedad, hay un freno intempestivo que resquebraja la posible construcción que ha ideado el ser y coloca al individuo al desnudo, al frío, a merced de otros. Esto implica una amenaza, genera miedo, rabia y a su vez rechazo a la condición como tal. En esa perspectiva, Hidalgo Balsera *et al.* (2022) apuntan también que se

experimenta sensación de dolor, aislamiento, incertidumbre, soledad y a su vez se piensa como una expulsión del espacio que antes se habitaba.

El papel de la sociedad

La sociedad postmoderna, en medio de la complejidad y del caos, no puede:

Prescindir de un contexto en el que los avances vertiginosos de una sociedad neocapitalista y neoliberal, al borde de un cambio en la geopolítica mundial, los grandes avances de la tecnociencia, la nanotecnología, la sociedad digital, que generan evolución en campos como la medicina, especialmente en la modificación genética y en los trasplantes, y otros tantos en la astronomía, la biología, la biotecnología, la cibernética, la inteligencia artificial y la biónica, entre otros. Todo ello, ante grandes dificultades, entre ellas: el calentamiento global y todo el problema ecológico, el hambre, la guerra, la exclusión en medio de una sociedad pluralista, con una gran diversidad cultural, entre otros, esto lleva a pensar: ¿Qué sigue? ¿Qué tipo de hombre viene para las próximas generaciones? (Zapata, 2021, pp. 117-118)

Hoy, en esta sociedad, se privilegia la productividad pensada como el aporte que cada individuo brinda a la humanidad. La lógica del capital implica bienes y servicios que están en constante movimiento y en la que los seres humanos contribuyen a ese desarrollo; hacen apuestas y plantean metas para una mejor calidad de vida. La lógica del mercado ya había sido criticada por Marx (s. f.), en el que muestra cómo todos los individuos se van sumando, cómo el capital queda en manos de unos pocos y cómo a esa percepción de normalidad la asumimos como productividad, fuerza, ganancia.

La salud, que se suma a la productividad, aparece como un bien necesario y urgente. Para Carranza Bucio (2022), la salud se ha convertido en la sociedad en algo que se compra y se vende a diario, es decir, un privilegio, y quienes tienen las posibilidades económicas gozan de él. Para Estrada (2012), por su parte, la enfermedad se convierte en una cosa y, por ende, es necesario reponer el cuerpo como tal, ajustarlo. Desde esta perspectiva, se vende la imagen fragmentada, se cosifica al cuerpo y la medicina pasa a ser la reparación de los cuerpos.

Hidalgo *et al.* (2022) afirman que en este tiempo el sufrimiento no se acepta y no tiene un espacio, pues solo se les da relevancia a las personas jóvenes, sanas y que no tengan dificultad ni personal ni social. Perviven en nuestra sociedad multiplicidad de creencias y mitos referentes al ser y al deber ser. Para Hidalgo *et al.* (2022), las diferentes culturas tendrán representaciones distintas de cada enfermedad. Unas se enmarcarán ajustadas al modelo biológico, al aducir la herencia, y otras también serán adjudicadas de acuerdo a las creencias y vivencias de la población. Para nadie es un secreto que aún perviven culturas en las que la enfermedad es tomada como castigo de los dioses, como también sociedades que se imponen unas sobre otras, lo cual crea el caos, el desorden, una enfermedad social o un malestar cultural.

Ganancias adicionales de la enfermedad

La salud convoca a lo exterior, invita a ser productivo para la sociedad, a mostrar una imagen de afuera y a desenvolverse en diversos ámbitos. Por lo tanto, la enfermedad es un llamado de lo externo a lo interno, a que el ser también se ocupe de sí, es una exigencia para que haga una revisión de sus asuntos, tal como lo plantea Sanz (2020). Por su parte, Chamorro Muñoz (2020) advierte que la enfermedad posibilita pensar sobre el sentido de la vida y, de algún modo, también conecta con la corporalidad finita, con el cuerpo, con atenderse y escucharse.

Escuchar el dolor puede ayudar al individuo a conectarse consigo mismo. Mucho más si se reconoce el dolor como algo personal, no del otro; quienes no han conocido el dolor, nunca sabrán lo que es la verdadera paz. Es verdad que solamente un pequeño grupo de quienes lo padecen escalan cimas espirituales. Para los mediocres y los indiferentes, cabe recordar que «la vida es como visitar al dentista. Se piensa siempre que lo peor está por venir, cuando en realidad ya ha pasado» (Bismarck, citado en Frankl, 1999, p. 77).

Kierkegaard (1972), padre del existencialismo, enseña la conexión entre el sufrimiento y la angustia, los cuales van ligados a la conciencia. En la dimensión profunda, en el corazón humano, lo religioso, es la forma más elevada del *pathos* existencial. Así, la conciencia de la falta es la expresión decisiva para la relación con una felicidad eterna.

Otro asunto por revisar es la relación con los otros. Para algunas personas, el hecho de estar enfermo implica ser acompañado y cuidado, y por ello, no se desea salir de determinada condición. En otros casos, por el contrario, la enfermedad puede permitir que el individuo sea excluido de los diversos círculos sociales, pero la ganancia allí consiste también en darse cuenta de que su apoyo no era real, sino que solo obedecía a una imagen inexistente. Lo cierto es que también ubica al ser en su realidad: somos seres débiles, finitos, vulnerables. Para Ortega y Gasset (1941), todas las aparentes seguridades son en realidad inseguridades, pues en cualquier momento se van, se evaporan como fantasmas, no existen.

¿Cuál camino seguir?

La enfermedad hace parte de la humanidad; pueden evitarse algunas cosas, pero es posible su presencia como parte del ser, ese continuo que implica el estar vivo. Sin embargo, es viable pensar en caminos que permitan mejores condiciones en la existencia.

Schopenhauer (2003) ha hablado de la voluntad como un elemento clave dentro del ser que es necesario revisar minuciosamente. Para dicho autor, «la voluntad constituye la verdadera e indestructible esencia misma del hombre» (p. 196). Igualmente, compara la voluntad con el intelecto y menciona que mientras la primera es la materia y el calor, el segundo es la forma y la luz. La voluntad, además del querer y del decidir, también está relacionada con el desear, el evitar, el esperar, los temores; es decir, conjuga elementos de placer y displacer. Además, voluntad y autoconsciencia son muy cercanas. La voluntad tiene grados: desde la más débil hasta la pasión, y también es inconsciente. En el caso de la enfermedad, se requiere la voluntad del individuo para salir de su actual estado y la voluntad del médico, del enfermero y de todos aquellos que acompañan dicha condición. Sin embargo, la principal voluntad será sin duda la del individuo dispuesto, con capacidad de apertura. En esa disposición a sanar debe aparecer también la posibilidad de que el individuo revise lo que ha sido y esté dispuesto a realizar cambios en su cotidianidad.

Chamorro Muñoz (2020) argumenta que si el individuo está enfermo, todo su ser también lo está y, por ello, es fundamental tratar la totalidad.

Esta totalidad implica, claro, la biología, pero también la psicología, lo que siente, su historia, sus relaciones. Es necesario involucrar las diversas dimensiones para favorecer su salud.

Ahora, otro camino necesario que ha sido contemplado desde la antigüedad está ligado con el cuidado de sí, el cual involucra a la par el amor hacia sí mismo. Estrada (2012) refiere que en la cultura griega lo esencial estaba ligado con ese conocerse y cuidarse a sí mismo. Para Boff (2002), el cuidado es la columna que sostiene y hace posible que emerjan multiplicidad de aspectos como la inteligencia, la creatividad, la imaginación y el buen uso de la libertad. Esto implica, además, tener intimidad con las cosas, sentirlas, acogerlas, respetarlas y estar en sintonía, en armonía. Este autor hace una invitación a revisar los hábitos desde las esferas privadas, pero también las sociales, culturales y espirituales, en las cuales haya cabida para un sentido que involucre la cooperación de los demás y la solidaridad.

En esta búsqueda de sentido, Boff menciona la importancia de comunicarse con la madre tierra y con ello dar espacio también a la historia para involucrar los ancestros, para conectarse con su propia naturaleza. Adicional a ello, propone practicar algunos elementos del cuidado necesarios como la compasión, el amor, la justa medida, la ternura, la caricia, la cortesía, la amabilidad y la capacidad de convivencia.

Para Carranza Bucio (2022), el cuidarse es un camino que puede conducir a la libertad, y la cura consiste en reconocerse a sí mismo e identificarse como sujeto del mundo que lo rodea. Para lograr este fin, se sugiere adoptar estilos de vida saludable. El término *estilo de vida saludable* tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen, tal y como lo defiende Elliot (1993).

Los estilos de vida saludable tienen un largo camino histórico y han evolucionado con el tiempo. Basta recordar algunos modelos sugeridos por diversas culturas a través de los tiempos:

- La filosofía griega antigua, que enfatizaba la importancia de la moderación y del equilibrio.

- La medicina tradicional china, que consideraba la salud como la justa proporción entre mente y cuerpo, promovía la alimentación equilibrada, la práctica de ejercicios como el taichí, entre otros.
- El Renacimiento italiano, que promovía la educación para cultivar mente y cuerpo a través de las artes y la actividad física.
- El movimiento de salud pública del siglo XIX, que se enfocó en mejorar la salud de la población a través de medidas como la lucha contra el trabajo infantil y el favorecer el acceso a servicios básicos de higiene.
- El movimiento de los derechos civiles de Estados Unidos, que luchó por el libre acceso a la salud y la educación para todas las personas, sin exclusión alguna.

En la actualidad, los estilos de vida saludable siguen evolucionando y adaptándose a las necesidades y desafíos del mundo moderno. Así, enfrentan problemáticas tales como la obesidad, el envejecimiento de la población y el acrecentamiento de enfermedades crónicas. Existen, además, algunas razones por las cuales es importante adoptar un estilo de vida saludable, entre las principales están:

- Mejora la salud física: seguir un estilo de vida saludable ayuda a prevenir enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras). Además, puede mejorar la salud ósea, muscular, cardiovascular y respiratoria.
- Mejora la salud mental: adoptar hábitos saludables ayuda a reducir el estrés, la ansiedad, a mejorar el estado de ánimo y la calidad del sueño.
- Aumenta la longevidad: un estilo de vida saludable puede prolongar la vida y aumentar la esperanza de vida.
- Mejora la autoestima: ser conscientes de los beneficios de tener un estilo de vida saludable ayuda a mejorar la autoimagen y la autoestima.
- Favorece el rendimiento académico y laboral: mantener salud física y mental puede mejorar la concentración, la memoria y la productividad (Calpa *et al.*, 2019; Coral y Vargas, 2014).

En síntesis, adoptar un estilo de vida saludable mejora la salud integral del ser humano, como también contribuye a una vida más plena y satisfactoria.

Conclusiones

Desde la antigüedad ha existido un llamado a mirar la salud y la enfermedad como una totalidad que implica diversas dimensiones. No es claro en qué momento aparece la visión fragmentada que hace parte de muchos discursos actuales. Por lo tanto, es urgente estudiar hoy la pluridimensionalidad en todos los aconteceres y vivencias del ser humano, entre ellos, el binomio salud-enfermedad.

La pregunta inicial es ¿qué ha hecho falta? Algunas respuestas pueden dar pistas, como pensarse en el aquí y ahora; pensarse desde la relación consigo mismo y con la otredad; reflexionar como un ejercicio cotidiano. Establecer relaciones interdisciplinarias entre los saberes e integrar unas ciencias con otras, de tal modo que al estudiar al ser humano se perciba desde la integralidad, como esa totalidad de la que habla el enfoque sistémico. Para ello, hay que intentar, primero, percibir la vulnerabilidad (de *vulnus*, ‘herida’) de su ser, y segundo, asumir la enfermedad no como una enemiga de la vida a la que se combate hasta aniquilarla, sino como una discontinuidad con la salud y una posibilidad de nuevos aprendizajes para la vida.

Hoy es posible hablar de varios lugares en la enfermedad:

- Es necesario hacer lectura en torno a las personas que acompañan al enfermo (que están supuestamente saludables); en ellas es posible leer dolor, sufrimiento y expectativa.
- Es urgente realizar lectura en torno al enfermo, a quien también hay que escuchar, leer su lenguaje corporal y no verbal, para saber y comprender realmente qué desea y necesita, así como su apuesta por la salud y la vida, su actitud y su disposición para ser atendido (todo aquello que enseña).
- Una lectura de las ciencias de la salud, que en muchos casos alardean de los logros, pero siguen mirando la realidad de la enfermedad como algo meramente tecnocientífico, con lo cual se descuida lo humano, la sensibilidad para con el enfermo

y para con la familia, como también la atención integral del enfermo como consultante.

- Finalmente, una lectura del carácter interdisciplinario que implica la atención al enfermo, a fin de estudiar las problemáticas diversas en su globalidad y desde distintas perspectivas de las ciencias de la salud. Asimismo, es importante incorporar los saberes humanistas (antropología, psicología, enfermería, atención espiritual-religiosa, ética, bioética, entre otras) para brindar atención integral al consultante, hasta agotar todos los recursos que la ciencia puede brindar.

Así pues, el binomio salud-enfermedad implica apertura para una comprensión integral hacia un proceso de curación, sanación y consolación con el enfermo. Esta amplitud debe ir de la mano con otras lecturas sanadoras que pueden aportar otras luces; un ejemplo de ello serían la medicina alternativa. Igualmente, quedan preguntas como: en el binomio salud-enfermedad, ¿qué papel juega lo existencial o espiritual? ¿Será acaso que la medicina no ha dado lugar preponderante a la espiritualidad, cuando el ser humano es un ser existencial, capaz de dar sentido a su vida o de tener un propósito en ella?

Lo espiritual no puede estar ajeno al ser humano; su existencia y su sentir tienen también que ver con la salud. Entrar en consonancia con el interior y el exterior es realmente el reto. La visión moderna del hombre *machine* hay que superarla; para ello, ver al sujeto como un ser holista y pluridimensional es muy importante. Desde la dimensión ética, reconocer su igualdad en dignidad, como lo proclama el primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas, ONU, 1948), es urgente hoy en día, con el propósito de construir una filosofía de vida que se reconozca, en términos de la salud, al hombre como fin y nunca como medio (Kant, citado en Martí, 2021).

Adicional a ello, hay multiplicidad de caminos a seguir, tal como nos lo plantean diversos estudiosos en el tema. Sin duda, el primero es el tópico del cuidado de sí, que está emparentado con el amor hacia sí mismo: hábitos saludables, voluntad y una mirada distinta. El segundo es el tema del cuidado en general, entendiendo este como esmero, curia,

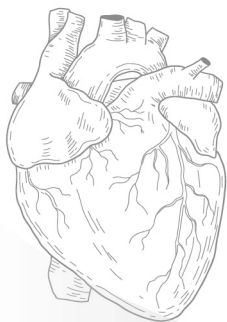
pasión, dedicación, entrega a una causa, persona o proyecto, entre otros. En este sentido, es posible sugerir que la mirada en torno al binomio salud-enfermedad debe cambiar. La salud está en cada ser humano; la enfermedad puede sobrevenir, romper el equilibrio del individuo. Es la visión o la percepción de una y otra la que en muchos momentos impide descubrir otros horizontes de sentido.

Referencias

- Aurenque, D. y Jaran, F. (2018). La enfermedad como rasgo humano. Hacia una consideración de la enfermedad en cuanto a fenómeno existencial. *Alpha*, (47), 161-176. <https://www.scielo.cl/pdf/alpha/n47/0718-2201-alpha-47-161.pdf>
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial: ética de lo humano, compasión por la Tierra*. Trotta. <https://redmovimientos.mx/wp-content/uploads/2020/07/El-Cuidado-Esencial-Boff.pdf>
- Boone, D. (2019, 7 de mayo). *Como dijo Hipócrates: que tu medicina sea tu alimento*. <https://hablemosclaro.org/como-dijo-hipocrates-que-tu-medicina-sea-tu-alimento/>
- Calpa, A., Santacruz, G., Álvarez, M., Zambrano, C., Hernández, E. y Matabanchoy, S. (2019). Promoción de estilos de vida saludables: estrategias y escenarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(2), 139-155. <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema2.pdf>
- Carranza Bucio, O. (2021). *Salud y enfermedad: reflexiones desde la filosofía* [tesis doctoral]. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Instituto de Investigaciones Filosóficas Luis Villoro. http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB_UMICH/3998/IIF-D-2021-0498.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Chamorro Muñoz, A. N. (2020). Editorial. Curar y enfermar: apuntes sobre la filosofía de la enfermedad. *Revista Filosofía UIS*, 19(2), 11–20. <https://doi.org/10.18273/revfil.v19n2-2020001>
- Clavel, J. (2006). Salud de cuerpo y mente. Hacia una bioética integral. *Selecciones de Bioética*, (10), 38-45.
- Coral, R. C. y Vargas, L. D. (2014). Estrategias que promueven estilos de vida saludables. *Revista U. D. C. A. Actualidad & Divulgación Científica*, 17(1), 35-43. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262014000100005&lng=en&tlng=es
- Del Barco, J. L. (2000). *La vida frágil*. Educa.

- Elliot, D. S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S. G. Millstein, A. C. Petersen y E. O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century* (pp. 119-150). Oxford University Press.
- Epicteto. (s. f.). *El manual de Epicteto*. <https://web.seducoahuila.gob.mx/biblioweb/upload/Epicteto%20-%20Manual%20De%20Epicteto.pdf>
- Estrada, D. A. (2012). Hacia una fenomenología de la enfermedad. *Iatreia*, 25(3), 277-286. <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v25n3/v25n3a11.pdf>
- Frankl, V. (1999). *El hombre en busca de sentido último*. Paidós.
- García, B. (2022, 23 de febrero). *¿Ayudador o ayudado? El mito de Quirón*. <https://creartecoaching.com/ayudador-o-ayudado-el-mito-de-quiron/>
- Gómez, M. (2006). Transmisión de los valores médicos en la Universidad. *Educación Médica*, 9, supl. 1, 44-48. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000600012&lng=es&tlng=es
- Gómez-Arias, R. D. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad?. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36, supl. 1, 64-102.
- González, J. (2023). *Hipócrates: ¿el padre de la medicina?* <https://www.memoriza.com/humanismo/hipocrates-el-padre-de-la-medicinal/>
- Grün, A. (2002). *No te hagas daño a ti mismo*. Sígueme.
- Grün, A. (2004). *Autosugestiones: el trato con los pensamientos*. Desclée De Brouwer.
- Grün, A. (2005). *Las fuentes de la espiritualidad*. Verbo Divino.
- Hernández, M., Hernández Cabezas, M., Mauri Pérez, J. y García Franco, V. (2012). La filosofía, el proceso salud-enfermedad y el medio ambiente. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11, supl. 5, 727-735. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500019&lng=es&tlng=es
- Hidalgo, A., González García, M., González Rodríguez, S. y Bordallo Landa, J. (2022). En torno al concepto de salud y enfermedad. Un diálogo entre la medicina, la literatura y la filosofía. *Revista de Medicina y Cine*, 18(4), 377-390. <https://scielo.isciii.es/pdf/rmc/v18n4/1885-5210-rmc-18-04-377.pdf>
- Jourard, S. y Landsman, T. (1994). *Personalidad saludable*. Trillas.
- Kierkegaard, S. (1972). *El concepto de la angustia* (8.ª ed.). Espasa-Calpe.
- Laín Entralgo, P. (1968). *El estado de enfermedad*. Editorial Moneda y Crédito.
- Larchet, J. (1991) *Théologie de la maladie*. Les Éditions du Cerf.
- López, D. (2021). Enfermedad, medicina y magia en el sistema filosófico de Schopenhauer. *Voluntas*, 11(3), 17-27. <https://doi.org/10.5902/2179378662051>
- Mahoney, M. (1997). El estado de la cuestión en la psicoterapia constructiva. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 399-410). Paidós.

- Martí, L. (2023, 27 de junio). *La dignidad humana en Kant*. <https://www.ipade.mx/2021/07/21/la-dignidad-humana-en-kant/#:~:text=Dice%20que%20el%20hombre%20nunca,que%20se%20denomina%20%E2%80%9Cdignidad%E2%80%9D>
- Marx, K. (s. f.). *El capital*. Euroamericana Editores.
- Menninger, K. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Península.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica*.
- Ortega y Gasset, J. (1941). Ensimismamiento y alteración. *Revista de Occidente*, 5, 293-316.
- Sanz, M. (2020). Prolegómenos para una filosofía de la enfermedad. *Folia Humanística*, 2(2), 18-34. <https://revista.proeditio.com/foalihumanistica/article/view/1892/3024>
- Schopenhauer, A. (2003). *El mundo como voluntad y representación*. Círculo de lectores.
- Suzuki, D. T. (1975). *Ensayos sobre budismo zen*. Kier.
- Theissen, G. (2002). *La fe bíblica. Una perspectiva evolucionista*. Verbo Divino.
- Venturi, T. (1947). *Historia de las religiones* (Tomo I). Editorial Gustavo Gilli.
- Zapata, F. (2021). Las humanidades: una prospectiva en la formación del profesional hoy. ¿Qué tan pertinente es la formación humana en la vida universitaria? En G. Calle (Ed.), *Comprensiones de las humanidades en la educación superior* (115-129). Fondo Editorial Remington.



Capítulo 10

Enfermedad y pecado: una lectura desde la antropología médica de Pedro Laín Entralgo²³

Jonny Alexander García Echeverri y Juan Carlos Tobón Echeverri

<https://doi.org/10.22209/9786289681208.C10>

Introducción

En la tradición cristiana occidental ha coexistido, a lo largo del tiempo, un dilema moral de no poca importancia: ¿pagan los hijos por los pecados de sus padres?, o lo que es lo mismo: ¿es la enfermedad de los hijos un modo como Dios purga los pecados de los padres? Sobre dicha situación problemática se han usado textos bíblicos veterotestamentarios (Antiguo Testamento) y neotestamentarios (Nuevo Testamento), para argumentar sin escrúpulo que la enfermedad de los hijos es la forma como Dios alecciona a sus padres por el pecado cometido.

Algunos de los textos más significativos y comúnmente usados por los creyentes son los siguientes: «porque yo, Yahvé, tu Dios, soy un Dios celoso, que castigo la iniquidad de los padres en los hijos hasta la tercera y cuarta generación de los que me odian» (Éxodo 20:5); Yahvé «castiga la culpa de los padres en los hijos y en los nietos hasta la tercera y cuarta generación» (Éxodo 34:7; Números 14:18; Deuteronomio 5:9); «Tú manifiestas tu amor a millares, pero te cobras la culpa de los padres a costa de sus descendientes» (Jeremías 32:18).

²³ Este capítulo de reflexión es resultado del trabajo investigativo de grado del estudiante Juan Carlos Tobón Echeverri, de la Maestría en Humanidades. El trabajo se vincula a la línea «Cultura y Religión» y al proyecto investigativo *Teología y humanidades: a la verdad por la fe y la ciencia*, del Grupo Humanitas.

Dicha aporía hace de la enfermedad una carga biográfica insoportable. El creyente se distancia de una antropología cristiana de la misericordia para refugiarse en la idea, tal vez el ídolo, de un Dios castigador. Surge así, en la experiencia humana, una distorsión del sentido moral, religioso y, de modo particular, cristiano de la enfermedad. La creencia en la enfermedad como castigo no debe ser el fundamento último de la experiencia humana sobre el dolor.²⁴ Es necesario revindicar el sentido cristiano aportado por los evangelios (Juan 9) sobre la experiencia cristiana de la enfermedad.

El presente escrito pretende, de cara a dicho problema, postular la propuesta antropológica lainiana como una respuesta penúltima²⁵ a la pregunta del creyente por el sentido cristiano de la enfermedad. Para hacerlo, se tendrá como marco conceptual la obra del médico español, específicamente algunos textos de gran importancia, como *Mysterium doloris: hacia una teología cristiana de la enfermedad* (1955); *Enfermedad y pecado* (1961) y *Antropología médica para clínicos* (1984). En estas obras, el autor navega por la historia con el fin de reconocer las relaciones hermenéuticas entre cristianismo y medicina.

A nivel metodológico, el texto se estructura en tres momentos. En el primero, se presentan algunas consideraciones preliminares sobre la antropología de Laín; en el segundo, se da un corto abordaje a la concepción del Antiguo Testamento sobre la relación enfermedad-pecado, y en el tercero, se sustenta la propuesta de Laín con respecto a la enfermedad. El texto busca convocar al creyente a transformar de modo consciente su modo de entender la enfermedad; dicho proceso de cambio se aclara, no es algo meramente intelectualista, va más allá. Es la posibilidad de constituir un proyecto de vida con un sentido cristiano esperanzador.

²⁴ En la obra *Antropología médica para clínicos*, Laín (1984) describe los nombres con los cuales se ha llamado históricamente a la enfermedad: daño, padecimiento, afección, dolencia, debilidad, pasión, deficiencia, modo aflictivo de vivir, entre otros más (pp. 213-214).

²⁵ Laín reconoce que en el ser humano hay una búsqueda constante por comprender qué es y quién es; para hacerlo, se vale de saberes razonables como la filosofía, la teología y la antropología, los cuales nunca darán una respuesta concluyente (última) a las preguntas de cada ser humano singular. Por ello, Laín presenta sus propuestas de una manera mesurada: son respuestas penúltimas que no agotan la pregunta planteada por cada ser humano. Este tema se puede ampliar en su obra *Idea del hombre* (1996).

Enfermedad y pecado: consideraciones preliminares desde la obra de Pedro Laín Entralgo

Antes de iniciar el desarrollo de este apartado, es necesario realizar tres consideraciones sobre el proyecto lainiano establecido entre 1956 y 1970.²⁶ La primera consideración, un poco más objetiva, se dirige al comentario realizado por un discípulo de Laín, Diego Gracia. Para el profesor Gracia (2010), este período de la vida intelectual del médico español tiene una particularidad: «hacer de la medicina un ejercicio de comprensión» (p. 461). Dicho esfuerzo moviliza el abordaje médico sobre la enfermedad, de lo biológico a lo biográfico y de lo científico a lo humano.²⁷ El mismo Laín, en su obra *Antropología médica para clínicos*, comentó: «por ‘una enfermedad’ debe entenderse —individualmente realizadas en cada enfermo—, tanto por obra de la peculiar constitución biológica de éste como por la personalidad que las decisiones y las vicisitudes de su biografía» (p. 287).

Este modo de comprensión lainiano, según Gracia (2010), hace de la enfermedad un hecho no meramente clínico, científico, objetivista y positivista, sino una realidad antropológica y moral. Por ello, no puede dejarse de subrayar que, de cara a la enfermedad, el patólogo no debe prestar atención solo a los signos clínicos, sino que, además de ello, deberá intentar comprender la vida humana y sus expresiones afectivas: deseos, temores y esperanzas. Este reconocimiento da justificación a la relación entre medicina y moral religiosa; no puede considerarse como descabellado o falta de importancia que un médico aborde la relación entre la enfermedad y el pecado como un tema de su competencia.²⁸

La segunda consideración hay que situarla en el plano de la reflexión. En 1955, en su obra *Mysterium doloris: hacia una teología cristiana de la enfermedad* (1955), Laín afirmó sin titubeos: «la teología no parece

²⁶ Diego Gracia (2010) divide el proyecto intelectual de Laín en cinco períodos: años de aprendizaje (1908-1936); heridas de guerra (1936-1956); filosofía del hombre que cree, espera y ama (1956-1970); el espíritu de la transición (1970-1980), y cuerpo, alma, espíritu (1980-2001).

²⁷ Para Roth (1997), la medicina es, además de ciencia natural y del espíritu, una ciencia divina en cuanto su objeto es el hombre como «*ens religiosum-quodammodo omnia*» (p. 272). De igual modo, para Sarmiento *et al.* (2006), la valoración de la salud y la enfermedad debe hacerse considerando, además de lo biológico, lo «psicológico y lo social» (p. 139).

²⁸ En su obra *Enfermedad y pecado*, Laín afirmó: «Entre los tratados de Patología general, ninguno más profundo, permanente y sugestivo que el de la relación entre la enfermedad y el pecado; si se quiere, entre el desorden físico y el desorden moral de la vida humana» (1961, p. 7).

haberse planteado con decisión y explicitud suficientes el tema de la enfermedad» (p. 13). En su ensayo intenta dar razón de aquellos teólogos del siglo xx que han emprendido la tarea de abordar la enfermedad desde un plano teológico. No obstante, se asombra de su hallazgo: las obras teológicas de su época «no tocan, o apenas consideran, el gran hecho de la enfermedad humana» (p. 13); esto explica el uso prudente del término «hacia» en el título de su libro.

Luego del interrogante planteado por Laín en 1955, la teología cristiana debió esperar hasta 1984, tres décadas más tarde, para presentar una obra teológica en la que se ilumine el sentido cristiano del sufrimiento. Fue Juan Pablo II quien, el 11 de febrero de 1984, publicó en Roma la carta apostólica *Salvifici doloris*, mediante la cual expresó el sentido salvífico del sufrimiento humano. El papa afirmó: «Llevando a efecto la redención mediante el sufrimiento, Cristo ha elevado juntamente el sufrimiento humano a nivel de redención. Consiguientemente, todo hombre, en su sufrimiento, puede hacerse también partícipe del sufrimiento redentor de Cristo» (1984, n.º 20).

Es importante resaltar que lo dicho por el papa ya había sido presentado por el propio médico español en su ensayo. Laín, luego de recorrer la tradición cristiana de Pablo a san Agustín, concluyó: «la enfermedad y el dolor tienen su última razón de ser en un profundísimo *mysterium doloris*; un misterio en cuyo fondo late, insondable, la providencia del Dios creador y redentor, el *mysterium crucis*» (1955, pp. 43-44). Las palabras del pensador español expresan el sentido salvífico de la enfermedad en la vida del creyente, le animan a buscar una conexión entre su padecimiento y el sufrido por Jesús en la cruz.

En síntesis, el misterio de la redención, el sufrimiento de Cristo, es la clave hermenéutica del sentido de la enfermedad para todo creyente. De allí que Laín (1955) lo denomine *Mysterium doloris* y Juan Pablo II *Salvifici doloris*. Por esta razón, cabe afirmar que la cavilación hecha por el pensador español sobre el valor cristiano de la enfermedad pone de manifiesto un aporte original: ser el primer pensador católico que se atreve a abordar el sentido de la enfermedad desde un plano

antropológico cristiano. En otras palabras, el médico español precedió el abordaje teológico contemporáneo sobre la enfermedad.

La tercera consideración está direccionada a explicar las razones que llevaron a un médico a abordar la relación existente entre enfermedad y pecado. Una de las razones es presentada en la nota preliminar de su libro *Mysterium doloris*: «ofrecer algunos puntos de sustanciosa meditación [...]. Al menos, a los patólogos que, como yo, quieran vivir con fidelidad y lucidez católicas su condición de cristianos» (1955, p. 11). La segunda surge de un artículo titulado «El cristianismo y el dolor de estar enfermo», en el que se cuestiona «¿qué puede y debe decir sobre él una antropología médica formalmente cristiana?» (1957, p. 271).

Para ocuparse del tema, el pensador español viaja por la historia del cristianismo hasta llegar a sus raíces. Orienta su mirada hasta los orígenes de las culturas primitivas superiores, tanto de las indoeuropeas (sobresale la cultura helénica) como de las semíticas (sobresale la cultura hebrea), para esclarecer la manera como los seres humanos relacionaron enfermedad y moral. De hecho, en su obra *Enfermedad y pecado*, Laín declaró: «Para todos los pueblos que integran la cultura primitiva superior, la enfermedad es un castigo que el hombre enfermo ha recibido de los dioses por haber violado la ley moral de un modo consciente o inconsciente» (1961, p. 18). Esta concepción fue la que condujo a los seres humanos de la Antigüedad a intentar recuperar el orden biológico-moral perdido, a través de la purificación espiritual, la mortificación y el sacrificio. Dicho en palabras de Lips y Urenda (2014), en el mundo antiguo, la creencia, la religión y la magia «fueron el recurso esencial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades» (p. 370).

En relación con lo establecido por las culturas primitivas, Laín establece una diferenciación entre el modo de comprensión de los indoeuropeos y de los pueblos semíticos. Mientras la cultura helénica desarrolló una concepción naturalista o fundamentada en la *physis*, el mundo semítico tiene una orientación personalista y ética (Laín, 1961). De este modo, para el griego, la enfermedad fue, según las palabras de Alcmeón de Crotona, un desequilibrio de las potencias. Para el filósofo griego, cuando hay una *μωραρχία* o predominio de lo húmedo sobre lo seco, o

de lo cálido sobre lo frío, se produce un desorden que trae consigo la enfermedad (Laín, 1961). Por su parte, para el mundo semítico, la enfermedad es un castigo de los dioses; en particular, es un pecado, una impureza moral (Laín, 1961) que el hombre en su libertad ha infringido, o en los casos más inesperados, como lo atestigua el libro de Job, ha pecado contra los dioses sin tener conciencia de haberlo hecho. Sobre este tema, es importante señalar algunos datos adicionales.

Enfermedad y pecado en el Antiguo Testamento

En lo concerniente a las diversas concepciones de la enfermedad que elaboraron las culturas primitivas superiores, no es ahora necesario detenerse con profundidad; se intentará ahora justificar, con ayuda de algunos biblistas de la actualidad, la relación existente en el Antiguo Testamento entre enfermedad y pecado. Esta acción reflexiva debe realizarse a fin de intentar comprender cuáles son las concepciones de la enfermedad que subyacen en el corpus de libros que componen el Antiguo Testamento, o si, por el contrario, hay una visión dominante propuesta por la palabra revelada a los creyentes.

Conviene ahora interrogarse: ¿qué se ha planteado sobre la relación enfermedad-pecado en el Antiguo Testamento? Antes de dar una respuesta, es pertinente iniciar el análisis con esta claridad: en términos generales, hay que afirmar que la visión de la enfermedad propuesta en el Antiguo Testamento no está restringida a definir el pecado como un castigo de Dios, o un pecado personal o colectivo del pueblo. Muestra de ello es que la cultura hebrea expresa la enfermedad con una multiplicidad de términos: dolor, desgracia, malestar, sufrimiento, entre otros más, y no se ancla a una única forma de comprensión. De este modo, es inviable afirmar que el Antiguo Testamento es la raíz de la comprensión cultural, comúnmente aceptada, de la enfermedad como un castigo divino.

Dicho lo anterior, no hay que dejar en las generalidades la argumentación de esta idea y es menester dar algunas ejemplificaciones. De acuerdo con el reconocido biblista Simian-Yofre (2011), exégeta especialista en los textos veterotestamentarios, la enfermedad es expresada con diversos usos semánticos: repugnancia, castigo divino, aflicción, angustias y hasta tristezas. En cuanto a lo repugnante, para el mundo

hebreo, el libro del Levítico reglamentaba: «Cuando una mujer quede embarazada y tenga un hijo varón, quedará impura durante siete días; será impura como durante sus reglas» (12:2). No solo la menstruación, también los alimentos están incluidos dentro de esta categoría: «¿Come alguien lo soso sin sal?, ¿tiene sabor la clara del huevo? Lo que me daba asco catar es ahora mi comida de enfermo» (Job 6:6-7).

Un segundo ejemplo está relacionado con la enfermedad como un mal físico. El reconocido caso de la viuda de Sarepta, aunque podría hacerse también mención de la lepra, da una idea del modo como lo comprendía el pueblo: «Después de esto, el hijo de la dueña de la casa cayó gravemente enfermo, hasta el punto de que no le quedaba ya aliento» (1 Reyes 17:17). Podrían ser más los ejemplos, pero no es necesario seguir ahondando en ellos, basta con decir que no se puede sostener que la enfermedad, para la cultura hebrea, haya sido entendida de un único modo, y que, por el contrario, la enfermedad es expresada en los libros del Antiguo Testamento con una multiplicidad de términos: dolores, desgracias, daños graves, malestar, sufrimientos, repugnancia, castigo divino, aflicción, angustias y hasta tristezas (Simian-Yofre, 2011).

Luego de mencionar algunas generalidades, es necesario decir algo relacionado con el binomio enfermedad-pecado. Para hacerlo, hay que prestar atención a su uso semántico y, posterior a ello, al sentido que condujo a los autores veterotestamentarios a asumir la enfermedad como un castigo divino. Respecto al modo semántico, Simian-Yofre advierte que el uso de la raíz hebrea «*dwb*, connota el aspecto de castigo de parte de Dios» (2011, p. 40). Según algunos pasajes de las escrituras, el castigo era generado debido a diversas causas, entre las cuales se pueden destacar: la idolatría, la injusticia cometida por los gobernantes contra el pueblo, que una persona enferma rogara a otros dioses desconocidos el retorno de la salud, entre otras más.

Hay también explicaciones acerca de la razón que condujo al pueblo de Israel a considerar la enfermedad como un pecado personal y comunitario. En primer lugar, hay que resaltar que la comprensión de la enfermedad como un pecado está relacionada con los libros más recientes del Antiguo Testamento; estos son, en palabras de Simian-Yofre, «Los

‘sabios’ (autores o personajes de la literatura sapiencial, como los libros de Proverbios, Qoelet o Job), los orantes de los Salmos, y los profetas» (2011, p. 39). En sintonía con lo anterior, Von Rad (2000) señala que, en el libro Sabiduría, se atribuye la salud-enfermedad a la acción de Dios: «ni hierba ni emplasto los curó, sino tu palabra, Señor, que todo lo cura» (Sabiduría, 16:12). Esta concepción no era ajena al modo tradicional de pensar de la cultura semítica, en cuanto, en la misma Torá, el israelita reconocía en su Dios al médico por excelencia: «Yo, Yahvé, soy tu médico» (Éxodo 21:19).

En consonancia con este pensamiento, para Aurelio Fernández (2012), en la cultura hebrea, hasta el libro de Job expresó la idea religiosa del judaísmo de «que el mal cometido por los padres era castigado en sus descendientes» (2012, p. 113). Sobre ello, debe aquí acentuarse con claridad que la interpretación o la relación entre pecado-enfermedad no es un mandato divino que deba ser acogido por el pueblo como voluntad de Dios. Es más una idea cultural que surge del intento desesperado que tiene todo ser humano por explicar de un modo natural o religioso las desgracias y enfermedades que padece. De hecho, aunque más adelante se va a explicar, no se debe olvidar el oráculo emitido por el profeta Ezequiel: «Por qué andáis repitiendo este proverbio en la tierra de Israel [...] Por mi vida [...] que no repetiréis más ese proverbio en Israel» (18:2-3).

Sobre la concepción de la enfermedad existente en el texto de Job, vale la pena resaltar dos ideas: (1) para la literatura sapiencial, Dios es el origen del sufrimiento, en cuanto Él da la salud y la enfermedad («porque hiere y pone la venda, golpea y él mismo sana», Job 5:18), y (2) es Yahvé quien permite que la enfermedad y la desgracia toquen la vida de sus creaturas. Sobre la primera idea, se puede destacar el pasaje de Job 2:9, en el cual el autor del libro atribuye a Dios el origen de todo sufrimiento. El pasaje ilustra la manera como, mientras la esposa de Job le incita a renegar de Dios, «¿Aún persistes en tu integridad? Maldice a Dios y muérete» (Job 2:9). Job persiste en su fe y le responde: «Hablas como una necia. ¿Resulta que estamos dispuestos a recibir de Dios lo bueno y no lo estamos para recibir lo malo!» (Job 2:10). En cuanto a la segunda idea, el texto deja ver que la desgracia y la enfermedad llegan a

la vida de Job, porque Yahvé acepta que Satán toque la vida del siervo de Dios: «E hirió a Job con úlceras malignas, desde la planta del pie hasta la coronilla» (Job 2:7).

Vale la pena, de un modo rápido, dar un poco de amplitud a esta última idea. Si bien, según lo expresado en Job 2:7, el personaje central desde el inicio se muestra propenso a no culpabilizar a Dios por sus desgracias, el escritor de la obra no deja por ello de señalar la ambivalencia en la que transita el ser humano cuando está enfermo. Job vive su enfermedad en una multiplicidad de sentimientos: la maldición, «Muera el día en que nací, la noche que anuncié: “¡Ha sido concebido un varón!”» (Job 3:3); el reproche contra Dios, «Si he pecado, ¿en qué te afecta Centinela de los hombres? ¿Por qué convertirme en blanco? ¿por qué te sirvo de carga?» (Job 7:20), y el esfuerzo por entender la finalidad de la vida y la razón por la cual se padece la enfermedad y la muerte (¿por qué sufro?). Es así como la interpretación sobre la enfermedad, entendida como un pecado personal o colectivo, alcanza su clímax en la obra. Job tiene la capacidad de poner bajo sospecha la sabiduría cultural de una época en la que se explicaba la enfermedad de un modo restrictivo: pecado.

Por último, para dar síntesis al argumento del Antiguo Testamento, es pertinente mostrar el papel que desempeñan los amigos de Job (Elifaz de Temán, Bildad de Súaj y Sofar de Naamat) en la comprensión de su enfermedad. Según Enrique Sanz (2011), Elifaz, Bildad y Sofar representan «la sabiduría clásica», «la doctrina tradicional» (p. 56), según las cuales la enfermedad de Job es fruto de su pecado. En Job 11:14-15, Elifaz aconseja a su amigo: «si rechazas la maldad que hay en tus manos sin dar cabida en tu tienda a la injusticia; entonces alzarás la frente limpia». Estos versos del libro de Job develan al lector la concepción tradicional existente en la sabiduría del pueblo durante la construcción de la obra. Se percibe cómo los sabios le recuerdan al creyente que la enfermedad llega al ser humano como consecuencia del pecado cometido de un modo consciente o inconsciente; por ello, el enfermo, lejos de pedir cuentas a Yahvé, debe pedir perdón y esperar a que Él le corresponda con su misericordia.

Lo dicho hasta ahora posibilita al lector hacerse una rápida conclusión: de acuerdo con la cultura hebrea, la enfermedad es causada por el pecado, lo cual no es cierto. Aunque en los textos poéticos, sapienciales y proféticos se dé espacio a una comprensión negativa de la enfermedad, dicha idea será tempranamente combatida por los mismos profetas. Durante la época del destierro de Israel (931-721), profetas como Jeremías y Ezequiel tuvieron la difícil tarea de ayudar a asumir al pueblo la desgracia vivida sin tener que culpabilizar a Yahvé del daño sufrido. Sin embargo, una parte del pueblo se resistía y atribuía a Dios sus desgracias: «No es justo el proceder del Señor» (Ezequiel 18:25); mientras, en otra parte del pueblo, pervivía la lectura cultural de que todos los sufrimientos y las desgracias vividos estaban asociados al pecado. Esta realidad ilustra la dificultad histórica según la cual se ha hallado el creyente para interpretar de una manera positiva sus sufrimientos. Cuando se conoce la experiencia de Dios solo de «oídas», como lo expresa Job, entonces se culpabiliza a Dios de todos los males padecidos.

Ezequiel exhorta en nombre de Dios a pasar la página, a resignificar la desgracia y la enfermedad desde otro horizonte de comprensión. Al respecto, dice el libro: «¿Por qué andáis repitiendo este proverbio en la tierra de Israel: Los padres comieron agraz, y los dientes de los hijos sufren la dentera? Por mi vida —oráculo del Señor Yahvé— que no repetiréis más este proverbio en Israel» (Ezequiel 18:2-3). Este hecho da un giro a la reflexión. Lejos de concluir que en el Antiguo Testamento se legitima la relación enfermedad-pecado, hay que afirmar, por el contrario, que la idea asumida por la sabiduría cultural fue desafiada por los autores de esta primera parte de la Biblia. Aun así, hubo que esperar a que Jesús diera una explicación diferente a sus discípulos sobre la enfermedad de un hombre ciego (Juan 9), para descubrir así que Dios no hace pagar el pecado de los padres en los hijos.

Enfermedad y pecado en la antropología de Pedro Laín Entralgo

Los datos aportados por los autores veterotestamentarios demuestran la imposibilidad de concluir que el Antiguo Testamento es la fuente de la cual se ha asumido culturalmente el siguiente principio: Dios castiga a los hijos por los pecados de los padres. Al respecto, ya se han dicho varias cosas; primero, que el Antiguo Testamento entiende la

enfermedad de diversos modos (desgracia, sufrimiento, mal físico); en segundo lugar, que la concepción de la enfermedad como pecado fue presentada por los autores sapienciales y los profetas, y por último, que entre los mismos profetas se convocó al pueblo a abandonar dicha concepción. Ante dicha argumentación, surge la duda: si no es del Antiguo Testamento, entonces ¿de dónde proviene la concepción de la enfermedad como un castigo de Dios? Laín Entralgo se hará cargo de este interrogante en su obra.

El médico español, en su artículo titulado «La medicina en el cristianismo primitivo» (1950), señaló a los padres capadocios y alejandrinos como los iniciadores de una teología de la enfermedad, en la cual se empezó a gestar una relación entre pecado y enfermedad. Los padres asumieron a Dios como un ser infinitamente inenfermable, un ser en el que todo padecimiento (*pathos*) no tenía lugar. Por ello, ante la declaración dada por el libro del Génesis, en el que el autor sagrado atestigua la condición de pureza del primer hombre, los padres no hicieron más que cuestionarse: «¿Cómo el hombre, su imagen, puede padecer enfermedad?» (Laín, 1950, p. 15).

Posteriormente, en la obra *Mysterium doloris*, el pensador español recordó que, en la *Summa contra gentiles*, Santo Tomás de Aquino, al intentar dar continuidad al pensamiento de Teófilo de Antioquía, san Anatasio, san Gregorio de Nisa, entre otros más, afirmó que las enfermedades son «indicios del pecado original» (Laín, 1955, p. 29). Esa visión perduró en el tiempo, incluso para el Concilio de Trento y para teólogos contemporáneos como Scheeben, Janssens, Tanquerey y Gaudel.

El malentendido que ha conducido por tanto tiempo al cristianismo a ver en la enfermedad un castigo de Dios es explicado por Laín del siguiente modo: «La pérdida de la integridad original tuvo como secuelas corporales la muerte, la enfermedad y el dolor» (1955, p. 30). Para Laín, fue la idealización del primer hombre, de su estado de pureza, *apatheia* y asexualidad, lo que llevó a los padres capadocios y alejandrinos a declarar que la «naturaleza del hombre fue susceptible de enfermedad por obra del primer pecado» (1950, p. 15). Este modo de comprensión de algunos padres como Atanasio y Gregorio de Nisa no deja de parecer

al pensador español una concepción neo o pseudoplatónica, de la cual ningún teólogo contemporáneo estaría dispuesto a continuar. Dicho razonamiento justifica la posibilidad de defender una concepción diferente sobre la enfermedad. ¿Cómo?: no reducir el problema al de su primer origen; para Laín, «ha de responder, a la vez, al de su sentido en la economía de la creación» (1950, p. 16).

Para lograr reinterpretar la teología de la enfermedad surgida en el seno de los padres capadocios y alejandrinos, Laín acudió al testimonio de los Evangelios y la interpretación de san Basilio. En relación con los Evangelios, Laín se preguntó: «¿Afirmó Cristo alguna vez que las enfermedades físicas sean debidas, en ocasiones, a los pecados personales de los enfermos?» (1955, p. 18); «¿Demuestra el texto evangélico que en la realidad del enfermo y en la mente de Jesús existía una relación causal entre el pecado y la enfermedad?» (1955, p. 19). Respecto a san Basilio, valoró su reinterpretación sobre los textos neotestamentarios; para Laín: «A la enfermedad la reciben los justos —escribía San Basilio a Anfiloquio— como un certamen atlético, esperando grandes coronas por obra de la paciencia» (1950, p. 17). Bajo estas fuentes, el pensador español construirá su interpretación antropológica de la enfermedad, con el deseo de permanecer fiel a los principios neotestamentarios.

No conviene ahora construir una amplia reflexión sobre la relación enfermedad-pecado en el Nuevo Testamento; esa tarea ha sido realizada tanto por Laín (1950) como por Francisco Ramírez (2011). En vez de ello, se presentarán aquellos aportes retomados del Evangelio de San Juan e integrados con la propuesta antropológica del pensamiento español en tiempos de Ortega y Gasset, Zubiri y Laín.

En el Evangelio de Juan, Laín encuentra un texto y contexto de liberación: «Vio, al pasar, a un hombre ciego de nacimiento. Y le preguntaron sus discípulos: Rabbí, ¿quién pecó, él o sus padres, para que haya nacido ciego? Respondió Jesús: Ni él pecó ni sus padres; es para que se manifieste en él las obras de Dios» (Juan 9:1-3). En esta perícopa narrada por el cuarto evangelista, Jesús unifica de un modo virtuoso (prudente) el mundo griego y el hebreo; en estos términos lo expresa el pensador español: «Mezclábanse en él, mas no se confundían, el extremado

naturalismo de los griegos y el extremado personalismo de los semitas» (Laín, 1961, p. 19). La respuesta de Jesús da un giro a la comprensión persistente, tanto del Antiguo al Nuevo Testamento, como de los padres de la Iglesia a los teólogos contemporáneos. A partir de la enseñanza dada por Jesús a sus discípulos, la enfermedad no es solo un espacio para el interrogante (quién pecó; por qué sufro), a su vez, es un espacio de construcción de sentido (para qué se manifiestan las obras de Dios).

El mensaje neotestamentario se corresponde con la concepción antropológica propuesta por Laín, quien, en su obra *La empresa de ser hombre*, afirmaba: «Mundo es, por lo pronto, la realidad que no soy yo y con que me encuentro o puedo encontrarme» (1958, p. 8). De la enfermedad se puede predicar lo mismo, es una realidad que no es propia al sujeto y que, por serlo, se le resiste (Han, 2021). Estas palabras de gran contenido filosófico merecen un intento más de clarificación; sirve de ejemplo la referencia a Joan-Carles Mèlich en su obra *Filosofía de la finitud*, en la que dice: «Hacemos nuestra vida, sin duda, pero sobre todo la padecemos, porque la vida no es tanto lo que uno hace sino más bien lo que a uno le sucede» (2011, p. 19).

Las palabras de Laín y Mèlich confrontan a la persona con la realidad. La realidad humana se constituye entre lo que pasa y lo que se decide; no obstante, el filósofo de Barcelona declara que la vida está contenida en mayor proporción por el padecimiento o lo que le sucede al ser humano. Pero, lejos de existir aquí una visión pesimista, la filosofía en España convoca a la proyección. Laín afirma que dicho padecimiento (*pathos*) posee un valor humanizador, ya que el mundo puede ser sazonado, esto es, ocasionalmente dispuesto «para que mi existencia la modifique y haga suya de un modo más o menos fácil y gustoso» (1958, p. 8). El ser humano debe sazonar a su modo la realidad que vive y para hacerlo debe apropiarse de ella.

De ese modo, la pasividad de la enfermedad va cambiando su curso. En palabras del pensador surcoreano Han, «el dolor mueve al espíritu a construir un mundo salvífico opuesto al mundo existente y que haga la vida más fácil» (2021, p. 37). Dicha poética del dolor también chispea en la obra lainiana: «la enfermedad, en efecto, no es sólo ‘padecida’,

es también 'hecha'; no es sólo páthos, es también érgon» (Laín, 1955, p. 55). El enfrentamiento libre del ser humano con la enfermedad va dando lugar a una significación que habilita al mismo ser y, cuando pasa ello, surge la posesión y la donación.

Sintetizando lo dicho hasta ahora, enfermedad es: realidad, resistencia, padecimiento, suceso; pero, aun así, Laín confiere al *pathos* un valor humanizador: *érgon*. Es en esta acción donde sobresale la condición transfísica o espiritual del ser humano. La vivencia de la enfermedad le revela al hombre su propia realidad: natural y personal; en palabras de Laín: «Tal intimidad metafísica hace que el hombre sea 'persona', además de ser 'naturaleza'» (1955, p. 53). Es por ello que, desde una perspectiva antropológica, el ser humano hace de la realidad (en este caso, de la enfermedad) algo propio (suyo); al apropiarse de ella, la reconfigura desde un sentido trascendental.

Sobre esta apropiación, hay que decir algo más: el hecho de poseer debe diferenciarse del tener; a Laín le gustaba acentuar la diferenciación establecida por Gabriel Marcel «entre el 'yo soy' y el 'yo tengo'» (Laín, 1993, p. 36). Esto le permitía expresar: «Poseer, en suma, es incorporar a la vida propia lo que se tiene» (1993, p. 37). La insistencia en este planeamiento es intencional; Laín considera que, a diferencia del modo de ser de los animales y las plantas, el ser humano es persona en cuanto «se caracteriza por su capacidad por 'hacerse suya' a sí misma y 'hacer suyo' lo que no es ella» (1993, pp. 37-38).

La actividad interpretativa de la enfermedad se convierte en sí en apertura. Lejos de la pasividad producida por una patología, la persona emerge como un ser libre que puede apropiarse de lo que le pasa o le sucede, para construirse como ser. Llegados a este término, es hora de reconducir la antropología lainiana a su encuentro con la antropología cristiana. Por eso, hay que cuestionarse: ¿qué relación tiene esto con el cristianismo? Reaparecen, ante esta pregunta, las palabras de san Basilio (citado por Laín): «La enfermedad la reciben los justos como un certamen atlético esperando grandes coronas por obra de la paciencia» (1950, p. 17). Laín reconoce que la enfermedad es para el creyente «una prueba» (1955, p. 56); como prueba, es un llamado al

martirio, es decir, dar testimonio de su fe. La enfermedad no llegará nunca a definir al cristiano sin el acto mismo de apropiación que mejor define al cristianismo: la oblación. Ya decía san Pablo: «Os suplico, hermanos, por la misericordia de Dios, que ofrezcáis vuestros cuerpos como víctimas vivientes, santas, agradables a Dios: tal debe ser el obsequio de vuestra razón» (Romanos 12:1).

En síntesis, la respuesta dada por Jesús a sus discípulos es: «Ni él pecó ni sus padres; es para que se manifieste en él las obras de Dios» (Juan 9:3). Así, se rehabilita a la persona de cara al padecimiento y, a su vez, se convoca al creyente a vivir su enfermedad con un sentido cristiano. Las comunidades joánicas complementan la comprensión de la enfermedad: el dolor no es solo un padecimiento, es un tiempo propicio para dar gloria a Dios; es una invitación a descubrir en toda hostilidad, como lo dirá Pedro Soler (1966),²⁹ un sentido positivo que le humaniza y que sirve como «motivo de renacimiento biográfico y de una nueva esperanza» (p. 116). Como esperanza cristiana, la enfermedad es definida por los teólogos y el creyente en dirección hacia «la economía de la salvación» (p. 57). De ese modo, la última razón se halla en «un profundísimo *mysterium doloris*; un misterio en cuyo fondo late, insondable, la providencia del Dios creador y redentor, el *mysterium crucis*» (Laín, 1955, pp. 43-44).

Conclusiones

El viaje realizado por algunos pasajes del Antiguo Testamento para establecer las diversas concepciones que la cultura hebrea tenía respecto a la enfermedad amplía los horizontes de la investigación. Varias son las razones que pueden considerarse. Primero, porque clarifica al creyente sus dudas respecto a la idea establecida culturalmente de que es un mandato de Dios que los hijos paguen por los pecados de sus padres. En segundo lugar, porque al identificar la raíz histórica y cultural sobre la enfermedad como pecado, el creyente podrá cuestionar y reorientar bajo la interpretación antropológica neotestamentaria el sentido de la enfermedad. Por último, porque el lector podrá comprender que la tarea realizada por el médico español no fue la de intentar corregir los datos

²⁹ Este texto fue una tesis doctoral realizada por Pedro Soler Puigoriol, alumno entonces de la Universidad Gregoriana, la cual se orientó a abordar el pensamiento antropológico de Pedro Laín Entralgo. Años más tarde, al publicarse el texto, el mismo Laín escribirá una dedicatoria, la cual titula «Desde dentro de este libro».

aportados por la revelación, sino, al contrario, consistió en revalorar la interpretación antropológica desarrollada en la época medieval, según la cual la enfermedad es el resultado de una vida marcada por el pecado.

Para la cultura hebrea, la enfermedad llegó a considerarse como un pecado cometido por el ser humano de un modo consciente o inconsciente. El pueblo interpretó la enfermedad de sus compatriotas como una realidad que brotaba del incumplimiento de la ley. Esto se debe a que, hasta entonces, el ejercicio hermenéutico de comprensión del pueblo de cara al padecimiento estaba orientado por un único interrogante: ¿por qué sufro? Sobre ello, el mismo Juan Pablo II comentaba: «inevitablemente la pregunta: ¿por qué? es una pregunta acerca de la causa, la razón» (1984, n.º 9). Las palabras del papa polaco ofrecen así una explicación al problema. Cuando la pregunta se dirige al porqué o, a lo que es igual a buscar la causa o la razón por la cual se sufre, entonces el ser humano olvida humanizarse y termina sumergido en un padecimiento que le cosifica. La enfermedad, como se mostrará más adelante, no puede quedarse anclada al porqué, debe estar abierta a un para qué; en otras palabras, la enfermedad requiere de interpretación y ella pende de la creencia en la que el ser humano esté instalado.

De ser la enfermedad una realidad vinculada al pecado, la vivencia de Job sobre su padecimiento sería una protesta contra Dios, ya que el ser humano tendría una única vía para enfrentarse a ella: «maldecir a Dios y morir» (Job 2:9). Esto hace de Dios, tal como lo expresa François Varone (1985), un ser sádico. De este modo, el pleito con Dios está antropológicamente justificado: «nadie puede ser justo delante de Dios [...] nadie puede tener una relación adecuada y perfecta con él» (Sanz, 2011, p. 55). Esto se debe a que el ser humano no terminaría siendo realmente el culpable, pues «Dios se retira de la presencia del hombre cuando este le pregunta» (Sanz, 2011, p. 55). Por ello, valdría la pena interrogarle: «¿Por qué no olvidas mi ofensa, pasas por alto mi culpa, si pronto yaceré en tierra y no estaré aunque me busques?» (Job 7:21).

La enfermedad no es un castigo de Dios por el pecado de los padres en los hijos. Si el creyente desea orientar la interpretación de su padecimiento a la economía de la salvación, ha de acoger las palabras

enseñadas por Jesús a sus discípulos, mediante las cuales se recuerda que no es el pecado la fuente de la enfermedad y, que, a su vez, Dios no pide cuentas a sus hijos a través de enfermedades crónicas o finales. La enfermedad es, al contrario, una prueba por medio de la cual el creyente puede dar un testimonio virtuoso de su fe. El cristianismo pide al creyente una apropiación humanizadora de su enfermedad. Pide, como lo hace san Pablo, suplir en la carne «lo que falta a las tribulaciones de Cristo por su cuerpo, que es la Iglesia» (Colosenses 1:24).

Referencias

- Fernández, A. (2012). *Teología dogmática II*. Biblioteca de Autores Cristianos.
- Gracia, D. (2010). *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo*. Triacastela.
- Han, B. (2021). *La sociedad paliativa*. Herder.
- Juan Pablo II. (1984). *Carta apostólica Salvifici doloris*. Libreria Editrice Vaticana. https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/apost_letters/1984/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris.html
- Laín, P. (1950). La medicina en el cristianismo primitivo. *Arbor*, (57-58), 1-25. https://www.cervantesvirtual.com/portales/pedro_lain_entralgo/obra/la-medicina-en-cristianismo-primitivo-789597/
- Laín, P. (1955). *Mysterium doloris: hacia una teología cristiana de la enfermedad*. Universidad Internacional «Menéndez Pelayo».
- Laín, P. (1957). El cristianismo y el dolor de estar enfermo. *Medicamenta*, 18(157), 271-273.
- Laín, P. (1958). *La empresa de ser hombre*. Taurus.
- Laín, P. (1961). *Enfermedad y pecado*. Ediciones Toray.
- Laín, P. (1984). *Antropología médica para clínicos*. Salvat.
- Laín, P. (1993). *Creer, esperar, amar*. Círculo de Lectores.
- Laín, P. (1996). *Idea del hombre*. Galaxia Gutenberg.
- Lips, W. y Urenda, C. (2014). La medicina en la civilización griega antigua prehipocrática. *Gaceta Médica de México*, 150(3), 369-376. https://www.researchgate.net/profile/Walter-Lips/publication/272084956_Medicine_in_the_pre-hippocratic_civilization_of_ancient_greece/links/5609450d08ae576ce63df4d9/Medicine-in-the-pre-hippocratic-civilization-of-ancient-greece.pdf
- Mèlich, J. C. (2011). *Filosofía de la finitud*. Herder.

- Ramírez, F. (2011). Dolor, enfermedad y muerte en el Nuevo Testamento. En J. de la Torre (Ed.). *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana* (pp. 117-139). Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.
- Roth, G. (1997). La enfermedad desde el punto de vista somático, psicológico y espiritual. *Communio. Revista Católica Internacional*, (19), 272-278.
- Sarmiento, A., Trigo, T. y Molina, E. (2006). *Moral de la persona*. Ediciones Universidad de Navarra, EUNSA.
- Sanz, E. (2011). Job y Qohelet: el dolor y la muerte. En J. de la Torre (Ed.). *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana* (pp. 51-62). Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.
- Soler, P. (1966). *El hombre, ser indigente. El pensamiento antropológico de Pedro Laín Entralgo*. Ediciones Guadarrama.
- Simian-Yofre, H. (2011). Sabios, salmistas y profetas ante la enfermedad, el dolor y la muerte. En J. de la Torre (Ed.), *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana* (pp. 39-50). Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.
- Varone, F. (1985). *El Dios «sádico». ¿Ama Dios el sufrimiento?* Sal Terrae.
- Von Rad, G. (2000). *Teología del Antiguo Testamento. Vol. 1. Las tradiciones históricas de Israel*. (9.ª ed.). Sígueme.

SOBRE LOS AUTORES

Juan Jacobo Agudelo Galeano

Psicólogo, historiador, especialista en Gobierno Municipal, magíster en Estudios Políticos y estudiante del Doctorado en Ciencias Cognitivas de la Universidad Autónoma de Manizales. Docente e investigador de la Dirección de Humanidades. Integrante del Grupo Interdisciplinario en Estudios Sociohumanísticos y Educativos (GESHE), de la Corporación Universitaria Remington.

juan.agudelo@uniremington.edu.co / <https://orcid.org/0000-0001-8480-9752>

Delio David Arango Navarro

Licenciado en Filosofía y Letras, especialista en Literatura, magíster en Literatura de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente de tiempo completo de la Dirección de Humanidades de la Corporación Universitaria Remington.

delio.arango@uniremington.edu.co / <https://orcid.org/0000-0003-0012-7143>

Aníbal Arteaga Noriega

Enfermero, doctor en Epidemiología y Bioestadística. Integrante del Grupo de Investigación en Salud Familiar y Comunitaria, de la Facultad Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Remington.

anibal.arteaga@uniremington.edu.co / <https://orcid.org/0000-0002-6612-1169>

Gerzon Yair Calle Álvarez

Licenciado en Español y Literatura, Magíster en Educación y doctor en Educación de la Universidad de Antioquia. Áreas de formación e investigación relacionadas con la enseñanza de la lectura y la escritura apoyada en TIC; Didáctica de las áreas curriculares básicas apoyada en Medios y TIC; Educación superior en la sociedad del conocimiento. Docente de la Dirección de Humanidades, Corporación Universitaria Remington.

gerzon.calle@uniremington.edu.co / <https://orcid.org/0000-0002-4083-6051>

Stephen Fay

Doctor en Estudios Latinoamericanos de la University of Surrey (Reino Unido). Docente e investigador en Humanidades Médicas.

s.fay@surrey.ac.uk / <https://orcid.org/0000-0002-5883-2606>

Jonny Alexander García Echeverri

Doctor en Filosofía, licenciado en Etnoeducación y teólogo de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente de tiempo completo de la Universidad Católica de Oriente (Rionegro, Colombia). Coordinador de la Maestría en Humanidades e integrante del Grupo Humanitas, de la Facultad de Teología, Universidad Católica de Oriente. Investigador asociado del Grupo de Investigación Binca (Bioética Clínica y Neuroética Anáhuac), de la Universidad Anáhuac, México.

agarcia@uco.edu.co / <https://orcid.org/0000-0002-4273-9917>

Maritza García-Toro

Psicóloga, magíster en Investigación en Discapacidad y doctora en Psicología. Docente e investigadora del Grupo de Investigación en Neurociencias y envejecimiento (GISAM), de la Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Remington.

maritza.garcia@uniremington.edu.co / <https://orcid.org/0000-0002-9190-670X>

John Camilo García Uribe

Enfermero, magíster en Bioética, estudiante del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque y estudiante de Filosofía de la Universidad de Antioquia. Profesor de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Integrante del Grupo de Investigación en Salud Familiar y Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Uniremington; y del Grupo de Investigación Cuidado Enfermería CES, Facultad de Enfermería, Universidad CES. Medellín.

john.garcia@uniremington.edu.co / <https://orcid.org/0000-0002-3810-5583>

Beatriz Elena Gil Gil

Nutricionista Dietista, magíster en Ciencias de la Alimentación y Nutrición Humana, Directora de programa e integrante del Grupo de Investigación en Salud Familiar y Comunitaria, de la Facultad Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Remington.

beatriz.gil@uniremington.edu.co / <https://orcid.org/0000-0002-7275-3947>

Yeison Guerrero

Fonoaudiólogo, magíster en Patologías del Habla y el Lenguaje, magíster en Neurociencias y estudiante del Doctorado en Ciencias Cognitivas de la Universidad Autónoma de Manizales. Director del Grupo de Investigación Discapacidad, Políticas y Justicia Social. Docente de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

yguerrero@unal.edu.co / <https://orcid.org/0000-0003-2261-302X>

Héctor Mauricio Mazo Álvarez

Doctor en Filosofía de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente de la Facultad de Medicina de la Corporación Universitaria Remington.

mauricio.mazo@uniremington.edu.co / <https://orcid.org/0000-0002-5096-6618>

Gloria Cecilia Quintero García

Psicóloga, especialista en Gestión del Talento Humano y estudiante de la Maestría en Psicología de la Salud de la Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín. Docente formadora de la Corporación Universitaria Remington.

gloria.quintero@uniremington.edu.co / <https://orcid.org/0000-0001-6225-9091>

Juan Carlos Tobón Echeverri

Magíster en Humanidades y Teólogo de la Universidad Católica de Oriente. Sacerdote religioso del Instituto de la Inmaculada Concepción y Superior General de la misma comunidad. Miembro del Consejo de Consultores Presbiteral y Económico de la Arquidiócesis de Villavicencio (Meta).

pjuanctobon@icloud.com / <https://orcid.org/0009-0001-4531-2134>

María Mercedes Villamil Gallego

Trabajadora social de la Universidad de Antioquia, magíster en Filosofía de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. Docente, investigadora de la Dirección de Humanidades de la Corporación Universitaria Remington e integrante del Grupo Interdisciplinario en Estudios Sociohumanísticos y Educativos.

maría.villamil@uniremington.edu.co / <https://orcid.org/0000-0003-4641-9504>

Fernando Antonio Zapata Muriel

Licenciado, magíster y doctor en Teología de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín; psicólogo y magíster en Psicología de la Universidad de San Buenaventura, sede Medellín. Docente investigador e integrante del Grupo Interdisciplinario en Estudios Sociohumanísticos y Educativos de la Corporación Universitaria Remington.

fernando.zapata@uniremington.edu.co / <http://orcid.org/0000-0002-4225-6384>



LITERATURA Y SALUD: VIVIR LAS HUMANIDADES, NARRAR LAS CIENCIAS MÉDICAS

Este libro se terminó de editar en el
Fondo Editorial Remington en marzo de 2025, Medellín, Colombia.

La fuente utilizada para el cuerpo de texto fue *Adobe Garamond Pro*,
para los títulos y subtítulos, *Roboto*.



La obra se estructuró a partir de diversos pensamientos; sin embargo, cuando el lector se aproxime a ellos, encontrará puntos de encuentro entre los autores y las ideas que reafirman el potencial de lo complementario entre la literatura y la medicina. Así, hay distintos abordajes: por ejemplo, lo histórico, como el médico reflejado en el relato literario en diferentes épocas; lo cultural, como los roles de la enfermedad, la muerte, el pecado y el sufrimiento en la literatura; lo terapéutico visto desde el valor de la palabra, o la nutrición, con la cual se supera la perspectiva de lo físico y se entabla comunicación con el relato. Este libro es una oportunidad para preguntarse, dudar, comprobar o simplemente disfrutar del valor de la vida y lo narrado.

