



CEU
Biblioteca

Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de docencia e investigación de acuerdo con el art. 37 de la Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 de Julio del 2006.

Trabajo realizado por: CEU Biblioteca

Todos los derechos de propiedad industrial e intelectual de los contenidos pertenecen al CEU o en su caso, a terceras personas.



El usuario puede visualizar, imprimir, copiarlos y almacenarlos en el disco duro de su ordenador o en cualquier otro soporte físico, siempre y cuando sea, única y exclusivamente para uso personal y privado, quedando, por tanto, terminantemente prohibida su utilización con fines comerciales, su distribución, así como su modificación o alteración.



La enfermería en la perspectiva psiquiátrica

Prof. Dr. Aquilino Polaino-Lorente
Catedrático de Psicopatología
Facultad de Medicina. Universidad CEU-San Pablo. Madrid

En VV.AA. *Cuidar: arte y ciencia. Reflexiones sobre la enfermería del siglo XXI.*
UIC Publicacions. Barcelona, 2012. pp. 97-109.
ISBN: 978-84-939888-4-5

Para el autor de estas líneas la cuestión de la enfermería psiquiátrica le remite de forma inevitable a la experiencia personal acumulada durante más de cuarenta años. Desde 1971, impartió la enseñanza de esta disciplina a los futuros profesionales de enfermería psiquiátrica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla. A esa experiencia siguieron otras análogas en la Universidad de Córdoba y en otros centros como la Escuela de Enfermería *Salus Infirmorum* de Madrid.

Las referencias anteriores son obligadas, no tanto por lo que como novel y *bisogno* profesor trató de enseñar entonces a sus alumnos como por lo mucho que aprendió de ellos. Hay algo, sin embargo, que se agiganta y permanece más allá de la historia, y atraviesa esta experiencia biográfica: la relevancia de esta profesión en el cuidado y evolución de las personas que sufren estos trastornos psicopatológicos.

Sin duda alguna, el trabajo de los profesionales de enfermería psiquiátrica es más continuado y asequible al paciente que el del psiquiatra, al mismo tiempo que un poco diverso de lo que caracteriza a la tarea propia de otros profesionales sanitarios, habida cuenta de las especiales peculiaridades del paciente mental.

Por poner un solo ejemplo: esa especial cercanía de la enfermera al enfermo psíquico se teje, la mayoría de las veces, sobre las redes de la complejidad e incompreensión que acompañan a las enfermedades mentales. Tal vínculo entre el paciente y el profesional sanitario puede transformarse, no obstante, en *dependencia* o *rechazo* (y malograr así la labor asistencial, transformándola en un proceso infantilizado y desajustado).

Pero este vínculo también puede asumirse y ahondarse desde la perspectiva de la *dignidad del paciente* y elevar este proceso hasta lo optimizante y plenificador del comportamiento responsable y adaptado. Todo depende de cómo se conduzca el profesional en beneficio o perjuicio del comportamiento del enfermo.

La exigencia de brevedad en esta colaboración hará que me centre en apenas las dos acciones siguientes: respetar y escuchar.

El respeto a la intimidad del paciente

Los pacientes psiquiátricos, aunque no dispongan de la necesaria discreción de juicio, son personas. Lo que perciben de la realidad tiene en ocasiones muy poco que ver con ella. Y, sin embargo, se sienten alcanzados por lo que tal vez sean meras conjeturas, jugadas que les hace su propia imaginación. Sea como fuere, el hecho es que se “enteran”, a su manera, de más cosas de las que las personas sanas suponen.

Esto demuestra que tienen intimidad. Una intimidad que alberga muchas o pocas cosas –y algunas de ellas erróneas-, pero que siempre son relevantes, dada abultada sensibilidad de estas personas. Cualquier información o trato que el paciente reciba anidará en su interioridad y acabará por sumarse a las experiencias anteriores que allí se guardaban, transformándolas en algo positivo o negativo.

El profesional sanitario, por eso, debería entrar en esa sagrada intimidad del paciente andando como “de puntillas”, es decir, con todo respeto. El mundo interior –perturbado o no- del paciente es tan sagrado o más que el de cualquier persona sana. En él reside la trama de su vida personal, lo que le es más propio, lo que la caracteriza como la persona que es: su *singularidad irrepitable*.

Esa intimidad está naturalmente protegida a la mirada escrutadora de curiosos y extraños. Los guardianes que la protegen son los sentimientos de pudor, vergüenza, culpabilidad, extrañeza, etc. Si alguien trata de entrometerse en ese santuario perturbado, el paciente es avisado de tal ultraje por medio de la eclosión o reactivación de estos sentimientos que le avisan y salen enseguida en defensa de la intromisión que están sufriendo o creen sufrir. El paciente, entonces, procura retraerse, inhibirse, defenderse o protegerse, es decir, ponerse *a la defensiva* respecto de la curiosidad (*curiositas*) del supuestamente intruso personal sanitario.

La llave que abre esa intimidad sólo la tiene el paciente. Y sólo se la prestará a la persona en la que confía. Los pacientes psíquicos abren su intimidad cuando así lo deciden, es decir, cuando confían, cuando tienen confianza con la otra persona.

La *intimidad* pone de manifiesto la inmanencia de las personas. Una característica por cuya virtud lo que perciben, piensan y sienten queda en su interior, se guarda dentro y allí permanece. La intimidad es una propiedad de las personas que demanda el más absoluto respeto de los profesionales de la salud.

En ella habitan los pensamientos y sentimientos, que por ser operaciones inmateriales tienen un mayor grado de inmanencia que otros comportamientos, como comer o jugar. Aquellas son operaciones que apenas si se desvelan en el comportamiento, a pesar de que formen el entramado principal de su mundo interior y, en consecuencia, de lo que pone en marcha tal modo de conducirse. Un mundo éste que está abierto sólo para la persona a quien pertenece y, en principio, cerrado para todos los demás.

Podemos convenir en que lo propio del espíritu humano es habitar dentro de la persona. El ámbito del mundo privado de la intimidad es la experiencia vivida de la vida personal, el lugar donde la persona se encuentra con ella misma. Es allí donde el paciente sueña, imagina, piensa, recuerda, escucha la voz de su conciencia, hinca sus convicciones, interpreta lo que le ha sucedido; es decir, el lugar donde se reconoce a sí mismo.

El respeto es una actitud positiva que hunde sus raíces en el *valor* que atribuimos al otro, y manifiesta el *aprecio* que le tenemos. Respetar a quien sabe apreciar el misterio que palpita en la intimidad del otro, con independencia de que manifieste o no su intimidad.

Los profesionales sanitarios debiéramos agradecer los gestos de confianza de los pacientes, cuando nos abren espontáneamente su intimidad. Al mismo tiempo deberíamos saber detener nuestras pesquisas allí donde vislumbramos una fuerte *resistencia* a abrirnos su intimidad. Sólo así se emergerá el necesario encuentro con ellos.

El respeto a la intimidad de los pacientes es un deber para todos los profesionales sanitarios. Como tal derecho del paciente ha de ser siempre respetado.

Es cierto que en el contexto de la vida profesional hay circunstancias que fuerzan a los sanitarios a compartir la información de que disponen. Pero también aquí hay que extremar el respeto. El paciente jamás debiera sentirse traicionado por lo que confió a su enfermera. Esto exige una especial delicadeza cuando estemos obligados a informar a otros profesionales de lo que conocemos del paciente. Esa información será siempre parcial y se ceñirá a la especificidad y necesidad de lo que se nos solicita.

Si el paciente experimentara esa información como una humillación, es posible que se sienta avergonzado, que desconfíe de esa profesional e incluso que llegue a odiarla. Lo que redundaría en una *mala práctica*, susceptible de matar la confianza. Es posible que tal información se juzgue como irrelevante por dicho profesional. Eso importa menos; lo que de verdad es importante es si es relevante o no para el paciente. La gravedad de la enfermedad del paciente no puede servir de coartada para no respetar ese importante derecho del paciente a su intimidad. Los enfermos psíquicos –cualquiera que fuere la enfermedad que padecen- son personas y deben ser tratadas con el mismo respeto a su dignidad que las personas sanas.

Los profesionales sanitarios han de ofrecerse a los pacientes como personas eficaces y leales que sólo quieren su bien: ayudarles a que resuelvan personalmente sus problemas. Y para eso necesitan conocer la verdad. No se trata, pues, de obligarles a que cuenten contra su voluntad lo que les sucedió. No se trata de ninguna imposición, sino de una propuesta respetuosa de diálogo acerca de la verdad de lo que le sucede o le ha sucedido. Este acercamiento suele ser eficaz para recuperar su confianza, al mismo tiempo que se respeta su intimidad y no se le sustituye en lo relativo a su responsabilidad.

Cuando en la intimidad se guardan “secretos” negativos, que no se comparten con nadie, con el tiempo suelen pudrirse y generar problemas mucho más graves. Tan graves que pueden condicionar seriamente el futuro desarrollo de la vida personal.

En la intimidad se manifiesta la grandeza y pequeñez de la condición humana. Es cierto que en ella barbotan, a veces, sentimientos encontrados y contradictorios. No todo es luminosidad en la intimidad. De hecho, nunca acaba de ser conocida del todo. Hay siempre en ella un halo de oscuridad e intransparencia que obstruye y dificulta el propio conocimiento.

Otras veces habitan en la intimidad sentimientos superpuestos y ambivalentes respecto de lo mismo, que modifican su significado en función de cuáles sean las circunstancias ambientales.

Algunos de ellos han sido robustecidos por una reflexión poco luminosa y mal dirigida, que se ha reiterado muchas veces en el tiempo. Son sentimientos que, por lo general, cristalizan en forma de *resentimiento*, con lo que se asientan en la intimidad como si se tratara de algo inmodificable.

Acontece aquí una pésima valoración de tal hecho o sentimiento, lo que impide que sea rectificado y corregido. De no hacerlo, esa situación puede amargar la vida del paciente y transformarla en un desierto. La intimidad mal estructurada acaba por condicionar el auto-concepto de la persona, que se configura así como un ser insignificante, descontento, enervante y odioso, que no se acepta a sí mismo.

Todo esto podría haberse evitado con un mejor conocimiento de lo que sucedió, con una valoración más puesta en razón de los propios sentimientos y,

sobre todo, con el *perdón*. Si la persona no tiene nada por lo que pedir perdón y no quiere perdonar a los demás, es muy posible que se instale en el “resentimiento”.

Muchos de los problemas que hacen sufrir a la persona tienen su raíz en que “cuando tenemos que pensar sentimos, y cuando tenemos que sentir pensamos”. La persona resentida piensa en lugar de sentir y cuando siente, sólo se fía de lo que le apunta sus erróneos pensamientos.

Pero esta capacidad creativa de la intimidad es también inagotable en lo que se refiere a sus *contenidos positivos*. La vida puede ser maravillosa si hay armonía y paz en la intimidad de la persona. Se trata de bucear en esos rasgos positivos –mucho más numerosos y relevantes que los negativos- que adornan a todas las personas, a fin de trabajar con ellos de manera que puedan sacar de ellos mismos la mejor persona posible.

Hay miles de valores que nos han sido dados –un regalo inmerecido e impagable- en el momento en que fuimos constituidos. Ignorarlos y ni tan siquiera percibirlos supone vivir en otra realidad: justo en la realidad que no somos y que, probablemente, no queremos ser. Se trata de descubrirlos, acrecerlos, comunicarlos, compartirlos con los otros, establecer vínculos a su través, y engrandecernos con los valores de los demás. Este modo de proceder maciza y hace más valiosa la intimidad personal.

Los profesionales satisfarían mejor sus deberes sanitarios si no se centraran y enfatizaran tanto lo patológico y negativo de los pacientes y dirigieran el foco de su atención hacia el conocimiento y manifestación de los valores de que naturalmente también disponen. No es suficiente con que les conozcan bien. Es necesario además que les *ayuden a crecer* en esos valores innatos que les han sido otorgados. En esto consiste, en buena parte, la creatividad del personal sanitario. Desde luego, han de respetar la libertad del paciente pero, al mismo tiempo, han de ayudarle a desvelar la verdad de su propio ser.

Para este propósito es imprescindible dedicarles un poco de tiempo. Sin *diálogo* no es posible la apertura de la intimidad. El diálogo lleva tiempo. Pero este tiempo es muy valioso e imprescindible, el más valioso e irrenunciable de los tiempos que los profesionales han de emplear en su actividad sanitaria.

La intimidad del otro es inabarcable e incognoscible. Cuanto más se presiona al otro para conocerle, tanto menos se le conoce. Cada presión sobre la intimidad del otro suscita reacciones en ella, que son invisibles para quien presiona. De este modo, el efecto obtenido por la acción de presionar sobre la intimidad ajena es relativamente pobre y contradictorio. Hay que contar con la *libertad* del otro, si de verdad se quiere entrar en su intimidad. En eso consiste el respeto: en no forzar su intimidad y darle alas a su libertad.

A los pacientes *no hay que sustituirlos*, sino conocerlos. Se les sustituye cuando los profesionales de la salud hacen por ellos lo que por sí mismos ellos pueden hacer. En este contexto, sustituir es sinónimo de *anular*. Es cierto que esos profesionales hacen mejor y más rápidamente las cosas que los pacientes. Pero ni siquiera la escasez de tiempo de que disponen les autoriza a sustituirles.

Los pacientes lo harán peor y tardarán más tiempo –especialmente al comienzo-, pero de este modo aprenden a valerse por ellos mismos y toman conciencia de sus posibilidades y limitaciones, del esfuerzo que es preciso realizar, y de su propia libertad. Si se les deja hacer –aunque cometan errores- aprenderán a hacer. Apenas pase un corto periodo de tiempo, acabarán por hacerlo mejor que los enfermeros o tan bien como ellos y, desde luego, en un periodo de tiempo parecido.

Cuando se les sustituye de forma innecesaria –cuando los sanitarios hacen lo que los pacientes podrían hacer por sí solos- los están anulando, están impidiendo su crecimiento y desarrollo, y hasta puede que se les esté haciendo dependiente. Un *paciente dependiente* es el que no puede valerse por sí solo, el que precisa de la ayuda de la enfermera para conducir su vida hacia su propio destino. La dependencia arruina e invalida la libertad humana.

Sustituir a los pacientes en sus propias capacidades es un modo de no respetar su intimidad. En lugar de sustituirles hay que *afirmarles en su valer*. Los pacientes pueden y pueden mucho. Pero hay que confiar en ellos. Confiar en ellos les ayuda a sentirse seguros de sí mismo, a auto-exigirse a fin de no defraudar a quienes han puesto su confianza en ellos, a mejorar su autoestima, a respetarse a sí mismos en lo que realmente valen, en fin, a crecer a lo largo de su posible estatura.

Respetar la intimidad de los pacientes es el mejor modo de amarles. Hay respeto cuando no hay *permissivismo* ni tampoco *autoritarismo*, cuando se confía en ellos con independencia de los errores que hayan podido cometer, cuando no se les hurta su libertad ni se les administra con miedo; sencillamente, cuando se les enseña a ser libres.

Enseñarles a ser libres no es otra cosa que hacerle saber que como tal persona es dueña –o debe serlo- de sí misma. Su libertad le pertenece y no puede quedar cautiva en las manos del sanitario. Como tal persona, cada paciente es rehén de sus propias decisiones (*responsabilidad*), y esa responsabilidad y sus consecuencias también le pertenecen.

El arte de escuchar en Medicina

Estoy persuadido de que los profesionales sanitarios tienen buen corazón, y es posible que a más de uno se le estremezca el corazón mientras a sí mismo se pregunta: ¿cómo podría ayudar a este paciente, de manera que se sintiera menos dolorido y fuera más dichoso?

La respuesta no es fácil –ninguna respuesta lo es-, pero aunque sólo sea por lo que me dicta la experiencia como psiquiatra, considero que es de justicia que aconseje algo a los profesionales de enfermería psiquiátrica. Se trata de ayudarle a que satisfagan esos buenos deseos –acaso todavía sin ningún destino- que se remueven y agitan en su intimidad. Son deseos que anhelan transformarse en cualquier pequeña acción, por modesta que ésta fuere. Es lo que suele acontecer en el contexto de la relación con cualquier paciente, aunque de un modo especialísimo en el ámbito psiquiátrico.

Ahora recuerdo que un colega y amigo entrañable, el Dr. Cardona Pescador, con el que tanto tiempo he departido acerca de estos y otros problemas, me obsequió en cierta ocasión con un texto de uno de los filósofos que más admiro: Sören Kierkegaard. He rebuscado entre mis viejos papeles y al fin he encontrado lo que quizás pueda ser una valiosa ayuda para contestar a la pregunta que antes formulaba.

El texto que sigue es un poco largo, pero vale la pena leerlo de un tirón, y dejarse penetrar por su contenido. Luego, sería conveniente releerlo más despacio, incluso de forma fragmentaria, y reflexionar y formularse cuestiones a las que personalmente hay que tratar de responder. Tal vez sea éste un procedimiento modesto pero eficaz de encontrar una respuesta a la pregunta anterior de qué hacer para ayudar a los demás. El texto seleccionado dice lo que sigue:

“Si el auténtico éxito es lograr el esfuerzo de llevar a un hombre a una definida posición, ante todo, es preciso fatigarse para encontrarle donde está. Este es el secreto del arte de ayudar a los demás. Todo aquel que no se halle en la posición de él, se engaña cuando se propone ayudar a los otros. Para ayudar a otro de manera eficaz, yo debo entender más que él; pero ante todo, sin duda, *debo entender lo que él entiende*.”

“Si no sé eso, mi mayor entendimiento no será de ninguna ayuda para él. Si de todos modos, estoy dispuesto a empeñarme con mi mayor entendimiento, es porque soy vanidoso, un orgulloso; de forma que en el fondo, en lugar de beneficiarle a él lo que deseo es que me admiren.

“En cambio, todo auténtico esfuerzo para ayudar empieza en la *auto-humillación*: el que ayuda debe primero humillarse y ponerse debajo de aquel a quien quiere ayudar, y, por tanto, debo comprender que ayudar no significa ser soberano, sino *criado*; que ayudar no significa ser ambicioso, sino *paciente*; que ayudar significa tener que resistir en el futuro la imputación de que uno *está equivocado y no entiende lo que el otro entiende*.”

“Tomemos el caso de un hombre que es apasionadamente colérico, y supongamos que realmente está equivocado. A menos que se pueda empezar con él haciéndole creer que es él el que tiene que instruirnos y a menos que se pueda hacer esto de manera que el hombre colérico, demasiado impaciente para escuchar una sola de vuestras palabras, se halle contento al descubrir en vosotros un oyente complaciente y atento, no os será posible ayudarle en absoluto.

“O tomemos el caso de un enamorado que ha sido desgraciado en amores, y supongamos que la forma en que se somete a su pasión es realmente irrazonable, implacable, no cristiana. Si no podemos empezar con él de forma que halle un auténtico descanso al hablar con nosotros sobre su sufrimiento y que pueda enriquecer su mente con interpretaciones éticas que nosotros le sugerimos, sin saber que no compartimos su pasión y queremos librarle de ella, si no podemos hacer eso, *no le podemos ayudar en absoluto*; se recluye lejos de nosotros, se ensimisma y entonces nosotros solo charlamos con él.

“Tal vez gracias al poder de vuestra personalidad podréis obligarle a reconocer que se halla en falta. ¡Ah!, queridos míos, inmediatamente escapará por un sendero escondido para acudir a una cita con su oculta pasión, a la que apetece ardientemente, temiendo casi que haya perdido algo de su seductor calor, porque ahora, gracias a vuestro comportamiento, le habéis ayudado a enamorarse otra vez, a enamorarse ahora de su misma desdichada pasión. ¡Y vosotros sólo charláis con él!”¹

A pesar de su luminosidad o precisamente por ella, no es fácil resistirse a hacer siquiera unas breves glosas de las ideas fundamentales que comparecen en este texto.

En efecto, no toda ayuda alcanza su fin, por muy virtuosa que sea la persona que toma la iniciativa de ayudar a otro. Es preciso, además de la buena voluntad, “encontrarle donde está (...) y entender lo que él entiende”. Hay muchas personas que no escuchan o tal vez no sepan escuchar. Por eso, mientras parece que escuchan no oyen lo que les cuenta el paciente.

¹ S. Kierkegaard. *Mi punto de vista*. Aguilar. Madrid, 1988, pp., 36-38; el subrayado es nuestro.

Quizás escuchen con toda atención la información que el enfermo les facilita, pero no para ponerse en su lugar, comprenderlo y sentir en la propia carne sus sentimientos, angustias y preocupaciones, tal y como esa persona los experimenta. Con la información que obtienen comienzan a articular sus propias teorías; unen unas hipótesis –meras conjeturas- a otras, y luego acaban por ensamblarlas con algún principio ético que las atraviese de parte a parte.

Pero no han sentido, ni experimentado, ni compartido ninguno de los sufrimientos ajenos. Y... al final se atreven a comunicar al paciente –con la seguridad de quien no se equivoca jamás-, enfáticamente, su consejo: “Tú lo que tienes que hacer es...”

Escuchar es embeberse en la intimidad del otro dejando afuera –siquiera sea por un momento- la propia. Escuchar es poner el acento en el otro y no en el propio yo. Escuchar no es pensar lo que en esa ocasión parece más conveniente decir. Para escuchar no hay que decir nada. Es más, si se dice algo entonces es que no se escucha. A la escucha le sobra con su propio esfuerzo.

Por eso escuchar es una gustosa humillación, porque exige la abstracción y el desinterés por el propio “Yo”. Al “Yo” hay que ponerlo entre paréntesis, porque lo único que en verdad importa en esos momentos es lo que el enfermo dice, cómo lo dice y qué experimenta cuando lo cuenta: si se siente comprendido, si descansa o no al decirlo, si lo estamos con él compartiendo o no. Esta ‘humillación’, en quien escucha, puede doler, pero es preciso tolerar y acoger ese dolor como parte del otro. Y no hay que asombrarse de ello, pues, como escribió Séneca, “no sentir los propios males no es humano y no soportarlos no es viril”.

Escuchar es olvidarse de uno mismo y, por un momento, tratar de asemejarnos al otro teniendo en cuenta todas sus circunstancias, sin que ni éstas ni aquél sean todavía juzgados. Escuchar es la mejor forma de darse y, transitoriamente, aniquilarse en beneficio del otro, y por eso constituye una “auto-humillación”, porque el que atiende no dispone en esos momentos de ningún orgullo ni pretende llevar razón, ni investirse de la autoridad que no tiene y, mucho menos, pretender que le admiren o le agradezcan. Quien escucha se transforma en el criado paciente de quien habla.

Quien escucha no hace cuestión de sí -¿cómo podría hacerla si está con los cinco sentidos pendiente del otro?-, sino que se somete –así, como suena, se somete- al otro, aún con el riesgo de no acabar de entenderlo del todo, a pesar de que quiera entenderlo.

Escuchar constituye una forma de arriesgarse –la más humana, por otra parte-, ante la imposibilidad de lograr hacerse cargo de lo que a la otra persona le sucede y, por eso, quien escucha ha de estar dispuesto a “resistir en el futuro la imputación de que uno está equivocado y no entiende lo que el otro entiende”.

Si no nos ponemos en los zapatos del otro, si no nos ponemos en su lugar no compartiremos con la otra persona su padecer. Pero, si “no compartimos su pasión”, no es posible que podamos “librarle de ella”. De aquí que cuando el otro se siente incomprendido, “se recluye lejos de nosotros, se ensimisma y entonces nosotros sólo charlamos con él.”

Quien escucha es posible que juzgue con toda prudencia, pero de nada o muy poco servirá ese juicio acerca del paciente. Ese juicio será todavía menos eficaz si en lugar de poner el bálsamo de la comprensión -con el que se comparte su dolor y a él nos unimos-, se le aplican y recuerdan los principios que han de regular su conducta.

El culpable no tiene necesidad alguna de que alguien ande hurgando y acreciendo la culpabilidad que ya ha experimentado. De aquí que, como escribe Kierkegaard, “es posible que podáis obligarle a reconocer que se halla en falta”, pero eso en nada le hará cambiar su comportamiento.

Quien escucha tal vez dé excelentes consejos teóricos. Pero si esos consejos no van amasados con la *comprensión* serán muy poco útiles. Son todavía más ineficaces cuando quien escucha permite que se trasluzca su inquietud, irritabilidad o dolor, ante la persona a la que escucha. Y ello no tanto porque comparta y divida con ella el dolor que esta última experimenta sino, simplemente, porque quien escucha es también humano, quizás demasiado humano.

Aconsejar no abriga la intención latente de que le hagan caso en lo que propone. Los consejos se proponen pero no se imponen. Los consejos jamás son vinculantes, imperiosa o tiránicamente vinculantes para la persona que los recibe. Aconsejar es abrir el horizonte vital del paciente hacia otras posibilidades y alternativas a las opciones restringidas de que dispone en ese instante.

Escuchar es acoger lo que el otro dice, hacerlo nuestro, interiorizarlo, y transvivirse en su vivir, para desde allí hacerse cargo de lo que al otro le pasa y poder así ayudarlo y aconsejarle mejor. Si quien escucha no acoge de esta forma el mensaje dolorido del paciente, habría que recordarle lo que el autor del texto citado sostiene: “gracias a vuestro comportamiento, le habéis ayudado a enamorarse otra vez, a enamorarse ahora de su misma desdichada pasión.”

Al fin y al cabo, ¿Hay alguna persona que no se sienta dolorida?, ¿Pueden convivir el dolor y la autoestima?, ¿Quién se siente dolorido y... no precisa que le escuchen?, ¿Podemos renunciar a ser escuchados?, ¿Qué sucedería con la autoestima personal, luego de esa renuncia?

Ayudar a la autoestima de quienes nos rodean exige, ante todo, que les escuchemos, que aprendamos a escucharles. Un buen procedimiento para tan especial aprendizaje sería imitar las peticiones a las que se entregaba el Poverello de Asís, que a continuación transcribo:

“OH Señor, haz de mi un instrumento de tu paz:

Donde hay odio, que yo lleve el amor.

Donde hay ofensa, que yo lleve el perdón.

Donde hay discordia, que yo lleve la unión.

Donde hay duda, que yo lleve la fe.

Donde hay error, que yo lleve la verdad.

Donde hay desesperación, que yo lleve la esperanza.

Donde hay tristeza, que yo lleve la alegría.

Donde están las tinieblas, que yo lleve la luz.

OH Maestro, haced que yo no busque tanto:

Ser consolado, sino consolar.

Ser comprendido, sino comprender.

Ser amado, sino amar.

Porque es dando, que se recibe;

Olvidándose de sí mismo es

Como se encuentra a sí mismo.

Perdonando, como se es perdonado;

Muriendo, como se resucita a la Vida Eterna.”