

SALUD
CIENCIAS SOCIALES
HUMANIDADES



Fundación
Letamendi
Foms

2025, Vol. 5, núm 1

ISSN: 2462-2753

SUMARIO

TEMA DEL DÍA	Pág.
LA INTEGRIDAD MORAL Camps V.	1
PENSAMIENTO ACTUAL	
LA RESILIENCIA EMOCIONAL, CLAVE PARA PREVENIR EL BURNOUT Peguero Rodríguez E, Molero Arcos A, Borrell i Carrió F.	18
EL NOMBRE EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Torres Jiménez JI.	34
ARTE, SALUD Y SOCIEDAD	
100 COSAS DEL MUNDO CORAL Tarragó Cruet M, Puertas Esteve D.	46
ACUARELAS, POEMAS INÉDITOS Y HAIKUS Viejo Díaz P.	62
CUENTO DE LA LUNA PÁLIDA López García-Franco A.	74



Codirectores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Alexandra Albarracín Castillo

Responsable de Redacción

Beatriz Gutiérrez Muñoz

Consejo Editorial

Francesc Borrell-Carrió
Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:
<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:
info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

<http://www.fundacionletamendi.com/revista-folia-humanistica/envio-de-manuscritos/>

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista Folia Humanística es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

LA INTEGRIDAD MORAL.

Camps V.

Resumen: La incoherencia entre la teoría y la práctica es uno de los problemas que plantea la filosofía moral. ¿Por qué si sabemos qué debemos hacer, hacemos lo contrario? ¿Por qué pensamos una cosa y decimos o hacemos otra? Aristóteles se refirió al problema con el concepto de *akrasía*, incontinencia o debilidad de la voluntad; Kant lo hizo con la pregunta que formula al final de la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*: ¿cómo es posible que la razón pura sea práctica?

En este artículo analizo dos cuestiones que explican en parte el problema. En primer lugar, los principios morales son abstractos y no es difícil llegar a un acuerdo sobre ellos; lo difícil es aplicarlos correctamente, una decisión que requiere reflexión y deliberación. En segundo lugar, la concepción actual de la libertad es muy simple y no compromete al individuo con el bien común, lo cual no fomenta el sentido de responsabilidad ni el desarrollo de una conciencia moral autónoma. Corregir esa idea de libertad y asumir responsabilidades por las decisiones que se toman es el reto al que hay que atender para conseguir una integridad moral que merezca tal nombre.

Palabras clave: Moral, Ética, Voluntad, Kant, Libertad, Responsabilidad.

Abstract: MORAL INTEGRITY

The incoherence between theory and practice is one of the problems posed by moral philosophy. If we are aware of what we should do, why do we do the opposite? Why do we think one thing and say or do another? Aristotle addressed the problem with the concept of *akrasia*, incontinence or weakness of the will; Kant did so with the question he poses at the end of the *Groundwork of the Metaphysics of Morals*: how is it possible for pure reason to be practical?

In this article, I analyze two issues that partly explain the problem. First, moral principles are abstract, and it is not difficult to reach agreement on them; what is difficult is to apply them correctly, a decision that requires reflection and deliberation. Second, the current conception of freedom is very simple and does not commit the individual to the common good, it does not foster a sense of responsibility or the development of an autonomous moral conscience. Correcting this idea of freedom and assuming responsibility for the decisions we make is the challenge that must be addressed in order to achieve real moral integrity.

Key words: Morality, Ethics, Will, Kant, Freedom, Responsibility.

Artículo recibido: 30 abril 2025; aceptado: 4 mayo 2025.

Una persona íntegra es una persona “recta, proba, intachable”, según la define la Real Academia Española (RAE), una persona sin fisuras entre lo que piensa y dice y lo que hace. La que actúa de acuerdo con los principios que dice sostener o muestra coherencia entre sus creencias teóricas y sus prácticas. La falta de integridad es uno de los problemas a los que se ha enfrentado la ética o filosofía de la moral a lo largo de su historia, un problema que los filósofos han intentado describir o explicar

para señalar simplemente que es algo que ocurre, un rasgo de la condición humana que hay que corregir, pues, de no conseguirlo, la confianza en la ética se desvanece. No sirve de gran cosa construir y fundamentar un marco teórico de valores morales si luego, en la práctica, no funcionan, y es casi una excepción verlos reflejados en los comportamientos humanos.

Tomaré como referencia del problema mencionado a los dos filósofos, a mi juicio, más representativos del pensamiento ético, Aristóteles y Kant, artífices de dos teorías éticas distintas y complementarias: la ética de las virtudes, en el caso de Aristóteles, y la ética del imperativo categórico, en el caso de Kant. La ética de las virtudes se relaciona con la formación de la persona a través de una serie de hábitos y costumbres (lo que se llama *ethos*, de donde viene “ética”), que forjan en el individuo un carácter o una manera de ser moral, la llamada “vida buena”. Para Kant y para el pensamiento moderno, en cambio, la ética tiene que ver con el sentido del deber. Es, ante todo, el reconocimiento de unos principios a los que Kant llama imperativos categóricos, que son racionales y derivan de una “razón pura”, no de la experiencia (que está plagada de inmoralidades); tales imperativos son los criterios últimos que determinan si lo que queremos hacer es o no un deber moral.

En el libro VII de la Ética a Nicómaco (1), tras haber discurrido en los capítulos anteriores sobre las distintas virtudes éticas, Aristóteles se refiere a la *akrasía*, que traducimos por “incontinencia”, a saber, la dificultad de contenerse uno mismo para atenerse al juicio recto, sin dejarse llevar por deseos y pasiones incontroladas. “El incontinente –escribe el filósofo– se parece a una ciudad que decreta todo lo que se debe decretar y que tiene buenas leyes, pero no usa ninguna de ellas”. Al incontinente no le falta conocimiento moral, distingue el bien del mal, pero no hace caso de tal distinción porque su voluntad es débil y se inclina hacia lo más atractivo, que no siempre es lo más correcto. De la debilidad de la voluntad, como un impedimento para la conducta recta o para alcanzar la integridad moral, hablarán posteriormente desde San Pablo o San Agustín a Spinoza, entre otros.

Kant plantea una cuestión similar al final del libro en el que establece los criterios básicos de la moralidad, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (2). Una vez expuesto el fundamento racional del imperativo moral, como un imperativo que poseen todos los seres racionales por el hecho de tener razón, Kant formula una pregunta desconcertante: ¿cómo es posible que la razón pura sea práctica? o ¿cómo es posible que la razón moral obligue? A su juicio, no estamos, como lo creía también Aristóteles, ante una falta de conocimiento: por la razón sabemos lo que debemos hacer para actuar correctamente, conocemos el deber moral, pero, en la práctica, actuamos como si ese imperativo no existiera, prescindimos de la obligación para ceder ante lo que más nos apetece. La sensibilidad triunfa sobre la razón. Otra forma de decir que la voluntad, la voluntad de hacer lo que se debe, es débil.

Esta realidad indiscutible, ya que nos topamos a menudo con infracciones de deberes morales, muestra que la integridad moral es difícil de conseguir y mantener, lo cual nos lleva a hablar de crisis de la ética, la crisis consistente en no actuar conforme a los valores que consideramos básicos, sino dejándonos llevar por costumbres, modas, inercias, dominaciones imperceptibles, que nos empujan a conductas incívicas, corruptas, ofensivas, contrarias a la moral. Cunde la sensación generalizada de que no hay orden moral ni principios capaces de imponerse, que los valores son pura ficción y, en definitiva, las prédicas éticas no sirven para nada.

Quisiera fijarme a continuación en dos aspectos que explican las dificultades que entraña el llevar a cabo la vida buena o el vivir conforme a unos principios o deberes a los que en teoría nos entregamos. Hay que aceptar de entrada la premisa de la debilidad de la voluntad. El ser humano no es de una pieza, no es sólo razón, y además de una razón no del todo formada, tiene sentimientos que enturbian el poder de la razón. Tanto Aristóteles como Kant insisten en que el problema no radica en la falta de conocimiento: sabemos distinguir la virtud del vicio, sabemos que actuar bien es tratar a los demás como fines y no sólo como medios, que la justicia, la paz, el respeto deberían orientar el quehacer humano. Lo que ocurre

es que nos desviamos de ese saber y no somos coherentes con los valores morales en los que decimos creer. Todo esto es cierto y, para entenderlo, conviene hacer dos precisiones que, si no nos dan una fórmula para corregir la incontinencia moral, sí que pueden ayudar a explicar por qué existe esa escisión frecuente entre la teoría y la práctica. La explicación tiene que ver, por una parte, con la naturaleza del conocimiento ético, y, por otra, con el sentido de la libertad.

FORMALISMO Y ABSTRACCIÓN DE LOS VALORES ÉTICOS

Llevamos más de veinticinco siglos de pensamiento ético, no sólo occidental, sino también oriental, pues no hay que olvidar las lecciones, por ejemplo, de Confucio, a quien se atribuye la llamada “regla de oro de la moralidad”: “no trates a los demás como no quisieras que te trataran a ti”. El pensamiento moral se ha desarrollado enormemente en torno a una serie de conceptos (o valores, como nos gusta llamarlos hoy), cuyo significado ético reconocemos y, en general, aceptamos no sólo como universalmente válido, sino incluso como innegociable. Puesto que estoy escribiendo para una publicación que responde al título de “Humanidades médicas”, tomaré como ejemplo los cuatro principios de la bioética, proclamados en 1979 por el Informe Belmont. La no maleficencia y la beneficencia son dos principios que se remontan, como es sabido, al código hipocrático, y siguen siendo los criterios éticos fundamentales de la profesión médica: no hacer daño y procurar el bien del paciente. A ellos, el informe citado añadió dos principios salidos de la modernidad y de la centralidad que ésta reconoce al individuo: la autonomía y la justicia. Respetar la autonomía del paciente es reconocer su libertad como individuo para decidir sobre su cuerpo y su vida, una novedad que se ha ido introduciendo con bastante éxito en una práctica clínica hasta hace poco dominada por el paternalismo médico y la soberanía del profesional sobre el paciente. En cuanto a la justicia, un valor tan antiguo como *La República* de Platón, hoy nos habla sobre todo de la equidad como un derecho y un deber que obliga a proteger a las personas enfermas y tratarlas a todas por igual, con la dignidad que todo ser humano merece.

La ética contiene muchos más conceptos valorativos que los cuatro mencionados. Se ha dicho que todos ellos derivan, de un modo u otro, de los dos principios mayores que son la libertad y la igualdad, que implican tanto respeto, tolerancia y reconocimiento de la dignidad de la persona, como no discriminación por ninguna de las razones que motivan, de hecho, situaciones de desigualdad. Nadie, en su sano juicio, se atreve a rechazar esos principios ni reniega de ellos. Ni siquiera Trump, con todas las extravagancias que se le ocurren, es capaz de decir que apuesta por una sociedad más injusta o poco respetuosa con las libertades individuales. Lo dice, en todo caso, de una forma encubierta, enarbolando la bandera del patriotismo norteamericano como otro valor supremo que entiende a su manera interesada y que le permite incurrir en contradicciones con el principio de justicia, cuando se pronuncia a favor la deportación de inmigrantes o la persecución de ciertas libertades en el campo del saber o de la opinión pública.

Es decir, tenemos principios, pero somos débiles a la hora de llevarlos a la práctica. En el ámbito de la medicina, hace tiempo que se aplica la fórmula del consentimiento informado como la más indicada para expresar el reconocimiento de la voluntad de la persona enferma que se somete a un tratamiento invasivo. Se reconoce el respeto a su libertad, pero la práctica del consentimiento informado cada vez exhibe más deficiencias que ponen en cuestión si realmente es una fórmula de respeto a la libertad del otro o un mero instrumento de autodefensa del profesional a la hora de exigirle responsabilidades.

Las incoherencias entre la teoría y la práctica se dan porque el conocimiento ético es, y no puede dejar de ser, abstracto y formal. Estar de acuerdo sobre el valor de ideas abstractas es fácil; lo complejo es llegar a un acuerdo también sobre la interpretación que hay que dar a esas ideas. Las teorías y las leyes suelen ser generales; una casuística que quiera tenerlo todo atado y previsto y que concrete hasta lo imposible cómo hay que interpretar cada norma en cada caso acabará siendo injusta y contraria a la moralidad. Aristóteles ejemplifica el recto juicio en la virtud de la *phrónesis*, que traducimos por prudencia. El médico prudente –es uno de sus

ejemplos– no es el más sabio en su especialidad, sino el que acierta en el diagnóstico y el tratamiento con cada paciente concreto. Actuar bien es un saber no sólo teórico, sino práctico, se aprende con la repetición de actos, con la práctica, junto a la voluntad de actuar rectamente, para lo cual no hay fórmulas; de algún modo, el buen hacer ético es un acto de libertad creativa, un acto en el que el profesional libre asume su responsabilidad y se hace cargo de su propia decisión.

Por eso, porque la abstracción de los valores éticos es inevitable, sirve de muy poco conjurar las crisis de valores éticos elaborando códigos de buenas prácticas. El código puede ayudar a reflexionar especialmente sobre las malas prácticas, lo que no se debería hacer, pero tenerlo no es una garantía de la actuación correcta. Lo será sólo si nos tomamos la molestia de ir evaluando las prácticas cotidianas para descubrir si realmente encajan o no en las normas codificadas. Pero la simple redacción de un código es una tarea bastante inútil. En cambio, lo que sí es un ejemplo de cómo debe funcionar la ética aplicada a las profesiones, y en este caso a la medicina, es la existencia de comités que realizan sobre todo una tarea de deliberación. Este concepto, que también aparece en las *Éticas* de Aristóteles, ha sido señalado con razón por Diego Gracia como central en el desarrollo de la bioética (3). ¿Por qué? Porque aplicar las normas no siempre es fácil, las situaciones conflictivas generan dudas sobre si es mejor, por ejemplo, continuar un tratamiento o frenarlo, sobre cuál es el momento de empezar una sedación cuando la enfermedad está en fase terminal pero aún hay algún atisbo de posible recuperación, qué interpretación hay que dar a unas voluntades anticipadas cuando el paciente ya no tiene capacidad de decidir, cómo distinguir entre causar la muerte o ayudar a morir, hasta dónde debe llegar la medicalización de las dolencias, hasta dónde la medicina preventiva. La lista de dudas es larga y lo será más a medida que las posibilidades de actuar aumenten sin la seguridad concomitante de que siempre revierten en beneficio de la persona enferma.

La existencia de todas estas dudas en las personas que actúan o quieren hacerlo desde una conciencia moral que merezca tal nombre da cuenta de la dificultad de dar siempre con la decisión justa y lo fácil que es errar en el empeño. Por eso la

deliberación y las decisiones colegiadas que procuran llegar a acuerdos sobre lo mejor son necesarias. Hoy nos cuesta entender que adoptar posiciones distintas sobre la mejor forma de resolver un mismo caso no es una aberración que hay que evitar a toda costa. Cuando nos movemos entre juicios de valor no cabe hablar de verdad. Hay una verdad, pero lo repito, es la de los principios abstractos; la concreción no va acompañada de la misma certeza porque no somos omniscientes. Por eso, es necesario el diálogo y la confrontación de opiniones, la democracia, a fin de cuentas. Como decía Descartes, la moral a la que nuestra condición limitada nos permite aspirar es una “moral provisional”, de ensayo y error, una moral que requiere la actitud humilde de quien decide con la voluntad de hacer el bien (la “voluntad buena” kantiana), pero no siempre acierta, incurre en errores y, lo más importante, sabe aceptarlos y corregirlos. En definitiva, es así como ha ido avanzando la ciencia.

EL SENTIDO DE LA LIBERTAD

La debilidad de la voluntad es una constante de la condición humana que reconoce el bien, pero se inclina por el mal. Por eso, para que la vida en común no sea un infierno y se impongan las normas mínimas para una convivencia pacífica y justa, es necesario el derecho, la fuerza de la ley, que constriñe a los individuos y les obliga a obedecer y someterse al estado bajo la amenaza de penas y castigos en el caso de no cumplirse las normas. El liberalismo, sin embargo, al señalar como valor prioritario la libertad de las personas y establecer los derechos civiles, o derechos de la libertad, como punto de partida de la tabla de derechos fundamentales, ha ido consiguiendo mermar las restricciones legales a la libertad, a favor de un desarrollo cada vez más amplio de la autonomía individual. Ser autónomo, entendámoslo bien, no es prescindir de normas, sino aceptarlas como válidas desde el convencimiento de que son necesarias. La evolución de la conciencia moral, según explicaron simultáneamente los psicólogos Jean Piaget y Lorenz Kohlberg, se produce por la superación de una etapa infantil, en la que obedecemos la ley por imposición de la autoridad o por miedo al castigo, y evolución a una etapa en la que el individuo se

somete a una ley o a una norma porque entiende que es legítima y necesaria. Esa madurez consistente en la libre aceptación de las normas se alcanza paulatinamente y nunca de una forma totalmente satisfactoria, pues la perfección no existe; equivale a lo que antiguamente se denominaba “el uso de razón”, esto es, la capacidad individual de conducirse según los dictados de la razón y no sólo de los deseos más inmediatos.

Ocurre, sin embargo, que el progreso que en un principio supuso el reconocimiento de la libertad individual ha ido evolucionando hacia una concepción distorsionada de la libertad, que tiene poco que ver con el sentido que hay que dar a la autonomía moral. Dicha distorsión se pone de manifiesto en la diferencia entre las llamadas “libertad negativa” y “libertad positiva”. Como fue expuesto magistralmente por Isaiah Berlin, en su imprescindible libro *Dos conceptos de libertad* (4), la libertad negativa consiste en la posibilidad de hacer lo que uno desea con la única limitación de las prohibiciones impuestas por la ley. La libertad positiva, en cambio, no responde sólo a la pregunta “¿qué puedo hacer?”, sino a esta otra: “¿para qué quiero ser libre?”. La libertad negativa –dice Berlin– es una libertad *de*, en tanto la libertad positiva es una libertad *para*. Más allá de ser libre de hacer lo que deseo si la ley me lo permite, está en mi mano preguntarme si eso que deseo es lo mejor que puedo hacer, teniendo en cuenta mis circunstancias y planes concretos.

De hecho, aunque siempre nos referimos a Isaiah Berlin al nombrar ambas formas de libertad, John Stuart Mill ya tenía en mente la libertad positiva cuando definió el sentido liberal de libertad (5). El único límite para hacer lo que quiero, decía, es el daño al otro; más allá de ese daño, que no es permisible en ningún caso, cada uno puede actuar y construir su plan de vida de acuerdo con sus intereses y deseos. Ahora bien –añadió el mismo Mill–, esa libertad que no tiene más límites que la legislación no siempre merece ser contemplada como una actuación libre, pues son muchos los intereses y fuerzas que influyen en el individuo y le arrastran sin que él apenas lo perciba. En ningún caso, ese dejarse llevar es auténtica libertad, sino algo más parecido, en palabras de Mill, a “la imitación simiesca”. Con esta observación,

Mill no estaba haciendo nada más que repetir la idea kantiana de que ser moralmente autónomo es seguir la guía del imperativo categórico que nos dice: “actúa de tal manera que trates a la humanidad siempre como un fin y nunca únicamente como un medio”, no aceptar las costumbres ni los impulsos que nos dominan sin recapacitar sobre las consecuencias que la acción tiene en la relación con los demás.

Con el término “libertad como no dominación”, el filósofo Philip Pettit (6), uno de los artífices del republicanismo político, se refiere al tipo de libertad que habría que construir para conjurar los excesos de un liberalismo desenfrenado. Aunque la ideología liberal ha consagrado el valor de la libertad como el atributo que confiere dignidad al individuo, lo cierto es que ese individuo que se encuentra sometido a las directrices de la economía capitalista y de las élites más poderosas, vive engañado al pensar que actúa libremente. Lo que ocurre en realidad es que nuestras decisiones y preferencias están determinadas por dominaciones de distinto tipo, que nos influyen en todo momento. En un mundo en el que escasea la reflexión, nadie se plantea preguntas como estas: ¿quién manda en mis decisiones? ¿qué ideología me domina? ¿qué es lo políticamente correcto? ¿las redes sociales anticipan mis elecciones? ¿cómo sé que mis preferencias son mías? ¿hasta qué punto me dejo llevar por las modas?

Puesto que la libertad negativa no tiene otro móvil que el deseo, el individuo no ve motivo para seguir otra máxima que la de sus apetencias que, a su vez, son para él tan soberanas, que reclama convertirlas en derechos. Sea lo que sea lo que se le ocurra hacer, ha de serle posible, si no hay una ley que lo impida. Con esta dinámica, no hay lugar para el discernimiento, la reflexión o la duda sobre la conveniencia o no de actuar de acuerdo con los deseos. No hace falta dar muchas explicaciones para constatar que es esa libertad más simple la que predomina hoy. ¿Dónde queda en tal caso la conciencia moral? ¿Dónde está el autodominio, la autoimposición limitativa que se infiere del concepto de autonomía moral?

Ser libre engendra obligaciones, no sólo las legales, sino aquellas que forman parte del compromiso que la ciudadanía tiene con la sociedad. Un compromiso

inexistente a medida que la ideología liberal ha ido derivando hacia un neoliberalismo que no le pone frenos al egoísmo individual. La libertad de los modernos se distingue de la libertad de los antiguos en que éstos últimos se consideran libres para ocuparse de sus negocios y sus intereses, en tanto el hombre libre de la democracia ateniense sabía que era libre para dedicarse a la ocupación más excelsa: el servicio a la ciudad. Así lo explicaba el filósofo ilustrado Benjamín Constant, en su texto *La libertad de los antiguos frente a la libertad de los modernos* (7). Ni Constant ni yo misma pretendemos decir que no haya sido un progreso alcanzar una libertad “individualista”, en el sentido literal que afirma la soberanía del individuo para decidir; lo que hay que lamentar es que ese “yo soberano” se caracterice por la indiferencia con respecto al “tú” que le interpela y al “nosotros” del que debería formar parte. La indiferencia hacia un bien común que, en cada época, reclama nuestro compromiso, es una de las claves de la deshumanización a la que nos enfrentamos.

INTEGRIDAD Y RESPONSABILIDAD

La falta de integridad es la acusación sobre la que Hanna Arendt construye su relato sobre el juicio de Adolf Eichmann y que da lugar al conocido libro *Eichmann en Jerusalén. La banalidad del mal* (8). De “mal banal”, un sintagma ambiguo y proclive al malentendido, califica la filósofa el comportamiento nazi, con el propósito de dar a entender que los artífices del holocausto judío no eran criminales ni asesinos, sino simples seres humanos, sin patologías extrañas. Eran humanos que habían renunciado a lo que más específicamente debía constituirles como humanos, el pensamiento, habían renunciado a pensar. El delito de Eichmann al organizar el exterminio de los judíos en la llamada “solución final” es la de un burócrata que se limita a obedecer órdenes sin preguntarse si éstas son o no son justas. Tan identificado está con la idea y los fines del nacionalsocialismo, que lo que menos le inquieta es dudar sobre la moralidad de los medios que se le ofrecen para construir la nación soñada libre de judíos. Así, Eichmann abdica de toda responsabilidad, como

abdican de ella todos los cómplices del holocausto, los que callan, los indiferentes, los que fingen no ver o prefieren silenciar lo que ven.

En los últimos años de su vida, Arendt está inmersa en la publicación de una obra que titula *La vida del espíritu*, que espera culminar con un estudio sobre el juicio (que no llegó a redactar porque le sobrevino una muerte repentina). Tras haber estudiado a fondo el totalitarismo, está convencida de que la experiencia totalitaria ha puesto de manifiesto “la ruina de nuestras categorías y criterios de juicio”. Vivimos en un mundo “sin barandillas”, sin agarres que nos orienten moralmente. Ante tal falta de soporte teórico, la única manera de reconstruir un sentido moral será a partir de “las experiencias concretas”. Arendt no sólo cree que los grandes principios ya no son creíbles, sino que confiar demasiado en ellos consigue hacernos perder la riqueza de la experiencia, ya que quien se adhiere sólo a normas generales, en realidad no piensa. En cambio, el “juicio reflexivo” parte del desconcierto que nos produce el choque con la realidad, un choque que incita a la extrañeza, a la duda y a la reflexión. Es esa sensación de desconcierto la que nos enseña qué significa pensar. Utilizar el pensamiento implica distanciarse de la realidad para juzgarla, distinguir lo bueno de lo malo, lo correcto de lo incorrecto, lo justo de lo injusto. La formación de la conciencia moral pasa por una retirada del mundo para contemplarlo: “Todo pensamiento surge de la experiencia, pero ninguna experiencia logra algún sentido o coherencia sin someterse a las operaciones de la imaginación y del pensamiento”. Al retirarse de la realidad, la persona que piensa “entra en diálogo consigo misma”, lo que, para Arendt, es la esencia del pensamiento. Es lo que no supo o no quiso hacer Eichmann: dejó de interrogarse a sí mismo, evitó la escisión de su yo que le hubiera forzado a preguntarse si estaba haciendo lo correcto. El proceso de pensar, no obstante, no acaba en uno mismo; tras ese primer paso introspectivo, el yo mira hacia fuera, observa otros puntos de vista distintos de los suyos, analiza las opiniones de otros miembros de la comunidad. Ese esfuerzo de comparación de los propios juicios con otros requiere una “mentalidad amplia”, característica de la actividad de juzgar. Puesto que el lenguaje no es una actividad estrictamente individual y privada, tener en cuenta perspectivas ajenas es una búsqueda de corroboración o de crítica de lo que uno cree,

con el fin de llegar finalmente a lo que sería deseable: alcanzar un sentido común moral.

Arendt pone de manifiesto aquí la importancia de la intersubjetividad, del diálogo, de la deliberación. No existen verdades objetivas en ética, como lo consigue la ciencia con la verificación de sus teorías. Hay que confiar en la interactuación de sujetos distintos. En ello consiste el desarrollo del “uso público de la razón”, cuyo objetivo es llegar a las decisiones más razonables. El último paso del proceso caracterizado como juicio moral es la asunción por parte del individuo de la decisión que es juzgada como mejor tras el contraste con todas las demás, la decisión que finalmente se adopta porque, de no hacerlo, el sujeto entiende que está renunciando a su integridad. Arendt lo expresa así: “No puedo hacer cierto tipo de cosas, porque si las hago, no podré seguir viviendo conmigo misma”. La coherencia con uno mismo es lo que determina el juicio final del sujeto: al decidir, el sujeto se escoge a sí mismo, decide cómo quiere ser.

Una característica de la moral laica, que no tiene una doctrina religiosa que la sustenta hasta en sus detalles más concretos, como lo ha sido muchas veces la doctrina moral católica, es que la conciencia moral tiene que dar cuenta de sus actos ante la sociedad, si se lo exige, pero sobre todo ante sí misma. Hacerlo es poseer sentido de la responsabilidad, un sentido del que adolece la libertad negativa cuyo sujeto finalmente se remite a los jueces para que lo juzguen; el juez, con su poder coactivo, encarna la única autoridad legítima cuando el sujeto ha renunciado a asumir responsabilidades por sí mismo. Esta es la razón por la que se judicializa cualquier conflicto, incluidos aquellos que no deberían ser dirimidos por el derecho porque son estrictamente morales y no jurídicos. Me refería hace un momento a las perversiones en que incurre un mecanismo como el del consentimiento informado cuya razón de ser original no es otra que el reconocimiento explícito de la autonomía del paciente. Verlo como una coartada jurídica esgrimible en el caso de producirse un resultado adverso en el tratamiento de un paciente es convertir lo que debería potenciar una

relación clínica basada en la confianza mutua en una excusa para eludir responsabilidades.

Las políticas democráticas por definición no son totalitarias: sus miembros son ciudadanos, no súbditos, como lo fueron los miembros de los regímenes fascistas, nazis o comunistas. La democracia liberal les reconoce su derecho a expresarse libremente, lo cual debería implicar la voluntad de responder de actuaciones equivocadas. Pero si las demandas de libertad no tienen techo, la abdicación de responsabilidad es, sin embargo, una moneda demasiado común en las sociedades liberales. Quizá por ello están siendo pasto de populismos varios y de dirigentes tachados despectivamente de “iliberales”.

La abdicación de la responsabilidad tiene mucho que ver con la proclividad a prescindir del pensamiento y el juicio. Aunque formalmente rechacemos el espíritu obediente por su falta de independencia y de autonomía, obedecer es cómodo porque se corren menos riesgos. Asumir responsabilidades es una tarea demasiado ardua; ante la incertidumbre, es más fácil que nos digan qué debemos hacer. No nos damos cuenta, pero estamos ante la mayor contradicción del principio de autonomía: exigimos libertad, pero agradecemos las cadenas que nos limitan y excusan nuestras acciones.

Hace años que la filosofía moral, la que en ámbitos académicos denominamos “filosofía práctica”, ha realizado un giro hacia la práctica propiamente dicha, por redundante que parezca. Cuestiones tan esenciales como encontrar los principios fundamentales de la ética han cedido el testigo a una serie de “éticas aplicadas” cuyo objetivo es servir de apoyo al análisis de los interrogantes éticos que plantea la actividad profesional en sus distintos ámbitos. La bioética ha sido pionera en abordar los problemas que han empezado a surgir en el terreno sanitario y de la investigación biomédica. El punto de arranque fue el texto fundacional que estableció los cuatro principios básicos y no ha dejado de extenderse y ampliar su ámbito de actuación a todas las actividades relacionadas con la protección sanitaria y la asistencia a las personas más vulnerables.

Creo que podemos hablar sin rubor de un éxito de la bioética ya que, gracias al liderazgo ejercido en su seno y al impulso de distintos expertos de disciplinas diversas –científicas, filosóficas o jurídicas–, la reflexión bioética ha conseguido una serie de transformaciones en la relación clínica y asistencial y en la mentalidad de la ciudadanía en general con vistas a subsanar vicios y discriminaciones y a introducir más humanidad en todas las actuaciones. De una forma rápida y sucinta, hoy constatamos una superación bastante satisfactoria del paternalismo médico con respecto al paciente, aceptamos que éste tiene derecho a decidir sobre su vida; nos preocupa que nuestro sistema público de salud no sea capaz de mantener la confianza de la ciudadanía, y vemos a la vez la necesidad de mejorarlo en su eficacia, sostenibilidad y equidad. En los últimos años, la necesidad creciente de cuidados, debida especialmente al envejecimiento de la población y a la emancipación de la mujer, ha puesto de relieve una nueva obligación y responsabilidad que deben compartir los individuos y las instituciones con el fin de que el derecho a recibir cuidados sea considerado un derecho social universal, como lo son la educación o la salud.

La tarea que tenemos delante no es sencilla. Como ocurre con todos los grandes cambios, lo primero que cambia es cuantitativo, y luego hay que abordar cambios cualitativos, difíciles de objetivar y medir. Como he puesto de manifiesto en algunas de mis publicaciones, pienso que la ética que nuestras sociedades necesitan, en los tiempos oscuros, inciertos y desconcertados que vivimos, tiene mucho que ver con la ética de las virtudes que pensaron los griegos, y en especial Aristóteles. Para mejorar éticamente ya no necesitamos códigos ni declaraciones de principios. Los tenemos y creemos en ellos, como vengo diciendo desde el principio de este artículo. Necesitamos estrategias y medidas para llevarlos a la práctica. De lo que más adolece nuestro mundo neoliberal es de la construcción de un *ethos*, una manera de ser que nos cohesionen como sociedad, que inculque virtudes cívicas en la ciudadanía y que active compromisos en torno a un bien común. Necesitamos, para decirlo brevemente, una ciudadanía responsable, que coopere con un estado que dice garantizar unos derechos fundamentales (10).

He intentado explicar en los dos primeros apartados de este artículo por qué este *ethos* no se construye. En primer lugar, creemos que basta enarbolar unos conceptos abstractos para mejorar éticamente. En segundo lugar, nos agarramos a una concepción de la libertad que solo nos compromete, y a duras penas, con el cumplimiento de la legislación vigente. Un reconocimiento positivo de los derechos civiles, políticos y sociales exige compromisos mucho más imaginativos y amplios. Somos conscientes de que muchas cosas no funcionan como deberían, pero pensamos que cambiarlas compete a otros, a los que tienen poder para hacerlo, no a cada uno de nosotros en la medida de las posibilidades de cada uno.

Creo que la deliberación bioética debería afrontar este reto: el de repartir responsabilidades y preguntarse, a nivel individual y colectivo, qué debemos hacer (la pregunta ética por autonomía, según Kant), para que, en el caso de la bioética, la protección de la salud se humanice más. La política Joan Tronto (11), una de las expertas más interesantes en la reflexión sobre el cuidado, propone la construcción de una “democracia cuidadora” definiendo su función con estas dos ideas: la de detectar necesidades y repartir responsabilidades.

Trabajamos y nos desenvolvemos impulsados por inercias que no cuestionamos. La sociedad consumista en la que estamos solo inculca imperativos de eficiencia y competitividad. La mercantilización es un peligro que amenaza a todas las actividades humanas, incluidas aquellas que, como dice el libro de Michael Sandel, “el dinero no debe comprar” (12). Las sociedades están sufriendo cambios profundos, debido sobre todo a las innovaciones tecnológicas y a los progresos médicos que consiguen que la esperanza de vida aumente espectacularmente. No estamos preparados para atender las necesidades de tantos enfermos crónicos, personas deterioradas física y mentalmente, personas dependientes. La voluntad de hacer frente a necesidades nuevas ha de empezar por admitir que las estructuras que tenemos pueden estar obsoletas, que también se vuelven obsoletas las especialidades profesionales, y que para cambiarlo se requiere generosidad y

amplitud de miras. Humanizar la medicina, reflexionar éticamente es un deber ineludible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aristóteles. Ética nicomáquea. Madrid: Editorial Gredos; 1985.
2. Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Espasa Calpe; 1946.
3. Gracia D. El animal deliberante. Madrid: Triacastela; 2025.
4. Berlin I. Dos conceptos de libertad. El fin justifica los medios. Mi trayectoria intelectual. Madrid: Alianza Editorial; 1988.
5. Mill JS. Sobre la libertad. Madrid: Alianza Editorial; 1969.
6. Pettit P. Republicanismo. Una teoría sobre la libertad y el gobierno. Barcelona: Paidós; 1997.
7. Constant B. De la libertad de los antiguos comparada con la de los modernos. En Escritos políticos. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 1989. pp. 257-85.
8. Arendt H. Eichmann en Jerusalén. Un estudio sobre la banalidad del mal. Barcelona: Lumen; 2020.
9. Camps V. Hannah Arendt: la moral como integridad. En Cruz Rodríguez M. El siglo de Hannah Arendt. Barcelona: Paidós; 2006. pp. 63-86.
10. Camps V. La fragilidad de una ética liberal. Barcelona: Edicions UAB; 2018.
11. Tronto J. Democracia y Cuidado. Barcelona: Editorial Rayo Verde; 2024.
12. Sandel MJ. Lo que el dinero no puede comprar. Los límites morales del mercado. Barcelona: Debate; 2013.

Victoria Camps.

Catedrática jubilada de Filosofía moral y política de la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha sido Senadora y Consejera Permanente de Estado. Es presidenta de la Fundación Víctor Grifols i Lucas. Autora de numerosos libros, entre los que destacamos: "El Gobierno de las Emociones", "Elogio de la duda", "Tiempos de cuidados".

Cómo citar este artículo:

Camps V. La integridad moral. *Folia Humanística*, 2025; 5(1):1-17. Doi: <http://doi.org/10.30860/0118>.

© 2025 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

LA RESILIENCIA EMOCIONAL, CLAVE PARA PREVENIR EL BURNOUT

Peguero Rodríguez E, Molero Arcos A, Borrell i Carrió F.

Resumen: Los profesionales de la salud deben mantener respeto, empatía y solidaridad, pero el cansancio y la falta de reconocimiento pueden erosionar estas cualidades. La resiliencia emocional es crucial para evitar reacciones inapropiadas.

Este artículo aborda cuatro aspectos clave para desarrollar esta resiliencia:

1. Detectar y Verbalizar preocupaciones: considerar aquello que debería preocuparnos y quizás ignoramos por comodidad.
2. Dar Significado al Esfuerzo y Sufrimiento: reflexionar sobre cada decisión y aceptar nuestra vulnerabilidad.
3. Aplicar Competencia Emocional en la Relación Asistencial: manejar emociones, escuchar sin prejuicios y corregir reacciones negativas. Esto mejora la interacción con los pacientes y su cuidado.
4. Detectar actitudes contrarias a nuestros Valores: la metacognición, un estilo emocional proactivo y el hábito de observar nuestras acciones y decisiones, ayuda a mantenernos fieles a nuestros valores morales profundos.

Estos aspectos, cuando se practican y automatizan, permiten manejar mejor las adversidades y mantener una práctica asistencial ética y eficaz.

Palabras clave: Resiliencia, Metacognición, Culpa, Hipochondría Moral.

Abstract: EMOTIONAL RESILIENCE: THE KEY TO PREVENTING BURNOUT

Healthcare professionals must uphold respect, empathy, and solidarity, but fatigue and lack of recognition can compromise these qualities. Emotional resilience is crucial for preventing burnout and maintaining ethical patient care, avoiding inappropriate reactions.

This article highlights four key strategies to develop this resilience:

1. Recognizing and Articulating Concerns: identifying stressors that may be overlooked due to habituation or denial.
2. Assigning Meaning to Effort and Suffering: engaging in reflective practice to contextualize clinical decisions and acknowledge professional vulnerability.
3. Enhancing Emotional Competence: regulating emotions, practicing active listening, and mitigating countertransference.
4. Identifying Ethical Misalignment: using metacognition and self-assessment to maintain professional integrity and core values.

By integrating these practices, clinicians can strengthen adaptive coping mechanisms, enhance emotional well-being, and ensure sustainable, high-quality patient care.

Key words: Resilience, Metacognition, Guilt, Moral hypochondria.

Artículo recibido: 17 marzo 2025; aceptado: 30 abril 2025.

A los profesionales de la salud, en contacto diario con personas que sufren, se nos supone una actitud constante de respeto, empatía y solidaridad para con los

pacientes, y habilidades en emociones y sentimientos humanos; pero el cansancio, la pereza, los errores que cometemos, la falta de reconocimiento, etc., con algo de tiempo erosionan los mejores propósitos y, a la postre, incluso el carácter (=nuestra manera de sentir). Para manejar las adversidades y mantener esa práctica asistencial ética, satisfactoria y eficaz, lo que más cuenta es la resiliencia, nuestra capacidad de adaptarnos y evitar el burnout (1).

Si nos creamos el hábito mental de pensar en cómo estamos (metacognición), el de dar significado al esfuerzo y lidiar con nuestro sufrimiento, el de aplicar competencia emocional y pensar en las consecuencias de nuestros actos, tomando decisiones reflexionadas, el de rectificar sin dolor, detectar aquellas actitudes y reacciones contrarias a valores que consideramos esenciales, sabremos encontrar la fuerza necesaria para inhibir reacciones airadas, irrespetuosas o violentas, en favor de otras más apropiadas y, sin duda, más inteligentes.

En este artículo reflexionamos mediante ejemplos sobre 4 aspectos clave (Tabla 1) para desarrollar esta necesaria resiliencia emocional del profesional sanitario.

Tabla 1

Aspectos clave para desarrollar esta resiliencia.

- 1. Detectar y verbalizar lo que nos preocupa.**
- 2. Dar significado al propio esfuerzo y sufrimiento.**
- 3. Aplicar competencia emocional en la relación asistencial;** modo emocional avanzado.
- 4. Detectar aquellas actitudes y reacciones contrarias a nuestros valores;** metacognición.

1. DETECTAR Y VERBALIZAR LO QUE NOS PREOCUPA

A menudo tenemos una preocupación que no sabemos de dónde nos viene, una angustia interior para la que no encontramos palabras, y solo después de escudriñar minuciosamente nos percatamos, por ejemplo, de que estamos sufriendo por una conducta inapropiada de un hijo. Es una angustia sorda que no nos atrevemos a verbalizar porque, si lo hiciéramos, sería como admitir que nuestro hijo o hija no es lo que siempre hemos querido que fuera, que tal vez esté envuelto en algún problema. Y que además si verbalizamos nos veríamos obligados a hacer algo al respecto, pero si lo ignoramos, también sentimos un malestar indefinible que casi es peor. ¡Vaya paradoja!

Por consiguiente, este es el primer paso para ser resilientes: saber detectar y analizar lo que nos preocupa... ¡y también lo que debería preocuparnos y lo que no lo hace! Este segundo aspecto puede ser tan o más importante (ver Ejemplo 1 en Tabla 2).

Destaquemos que cuando hablamos de *verbalizar* no nos referimos únicamente a dialogar con alguien, sino sobre todo **a dialogar con nosotros mismos**. Existe un perfil psicológico reservado y no por ello “*sordo emocional*”. Personas con un sólido diálogo interno que no tienen necesidad, o no quieren, mostrar sus preocupaciones. ¿Pudor? En ocasiones sí, pero en general quieren evitar que sus seres queridos sufran.

Veamos con algo más de profundidad este perfil psicológico tan poco comprendido en la literatura al uso. Cuando verbalizamos penas y preocupaciones con personas a las que queremos, el vínculo emocional puede aliviarnos, pero ocurren más cosas... también esta verbalización afecta a nuestros seres queridos y este malestar rebota como un eco. De aquí el sentido profundo de la llamada “conspiración del silencio” en procesos oncológicos (ver Ejemplo 2 en Tabla 2).

Y es que existe sin duda una tendencia cultural –¡una moda!– que invita a verbalizar y entiende que verbalizar es siempre hacerlo en un diálogo con otros.

Verbalizar en la intimidad tiene la ventaja, sobre un diálogo con un conocido, de poder rectificar con mayor facilidad. Un diálogo con un amigo o familiar puede desvelar sentimientos, clarificar querencias, pero también en el acto narrativo aplicamos guiones arquetípicos que nos ayudan a comprender lo que vivimos (2). Estos guiones pueden ser impostados, excusinatorios, guiones que inicialmente sabemos inciertos, pero que, de tanto repetirlos, nos los acabamos creyendo. Por ejemplo, en la actualidad está de moda el guion (arquetípico) de “ser víctima” de algo o alguien, diluyendo la propia responsabilidad (3). La misma situación objetiva conduce a dos relatos diametralmente opuestos: victimización versus agradecimiento. Detectemos y verbalicemos pues, lo que nos preocupa y lo que debería preocuparnos (ver Ejemplos 3 y 4 en Tabla 2).

Tabla 2

Ejemplos de situaciones asistenciales.

Ejemplo 1. Mercedes es una profesional de la salud completamente volcada a su tarea asistencial, pero que descuida su vida familiar y social. Durante los primeros años de crianza su pareja la ha sustituido en su rol parental, pero ahora el riesgo de fractura familiar es relevante. Sin embargo, Mercedes prefiere ignorarlo.

Ejemplo 2. Vicente, enfermo neoplásico, razona así: “*prefiero no hablar de mi sufrimiento con mi esposa, porque si lo hiciera la vería sufrir, y añadiría a mi sufrimiento el de ella*”.

Ejemplo 3. Margarita es Médica de Familia y madre soltera. No puede evitar sentirse maltratada por el sistema cuando tiene que dejar a su hijo a cargo de sus padres, y acudir a guardias de 24 horas. Margarita afronta las guardias de mal humor, lo que se traduce en un trato adusto hacia el paciente.

Ejemplo 4. Juana también es Médico de Familia y madre soltera, pero en el momento de entrar en la guardia predomina el sentimiento de agradecimiento hacia sus padres, que atienden al niño. El trato que dispensa a los pacientes es empático.

Ejemplo 5. Si repasáramos los cursos clínicos de la Dra. Jenifer veríamos frases tales como: “*he consultado este caso con...*”, “*me planteaba como diagnóstico diferencial...*”, “*presentado el caso en sesión clínica se propuso...*”, “*hemos hablado con el paciente de las siguientes opciones...* y de común acuerdo hemos acordado...”, etc. Esta manera de proceder le proporciona seguridad clínica y relacional.

En efecto, el Sr. XYZ le vino a protestar por la mala evolución de su esposa: “*le extirparon una peca y ahora tiene metástasis por melanoma, ¿por qué no le hicieron controles?*”. La Dra. Jenifer repasa sus notas: hace 5 años envió a esta mujer a Dermatología de un gran Hospital, donde le extirparon una lesión que la Anatomía Patológica daba por benigna, pero recomendaba una evaluación más especializada. Dieron las muestras -laminillas- al esposo para que las llevara a otro Hospital, cosa que no llegó a hacer. En su momento la doctora enfatizó la necesidad de esta segunda opinión, lo que también registró. Otro profesional menos cuidadoso a la hora de registrar quizás no recordara -ni pudiera demostrar- su buena praxis, como sí pudo hacerlo la doctora.

Ejemplo 6. Juan está resentido porque Miguel no le ha querido cambiar una guardia, cuando él hace poco le cambió nada menos que un festivo. Por este motivo le contesta airado con una negativa a la propuesta de Miguel de cambiarle otra guardia que coincide con un puente: “*¡vaya morro tienes!*”.

Ejemplo 7. En ausencia de la Dra. Miriam, la Dra. Lourdes visita al paciente R: “*Tiene usted la presión algo descontrolada; voy a recomendarle añadir al betabloqueante este otro fármaco, que de momento solo tomará 1 comprimido por la noche. Su doctora le ajustará la dosis. Coja cita para dentro de un mes con su doctora*”. En la siguiente visita los registros de tensión son correctos, pero la Dra. Miriam dice enfurecida: “*¡No entiendo que esta doctora le haya tocado la pauta que llevaba!, usted siempre ha ido bien con ella, eso es que usted tomó un antiinflamatorio o algo para el dolor, ¿es así?*” “*No, no que recuerde*”, “*Vale, no lo recordará, pero esta es la razón; vamos a retirarle este medicamento y venga en un mes a control*”.

Ejemplo 8. En un taller de Medicina Narrativa: “*Le receté a la Sra. Venecia un ACOD (Anticoagulante Orales de Acción Directa) debido a su fibrilación auricular, y a los 3 meses tuvo un ictus hemorrágico. No puedo sacarme de la cabeza que si no se lo hubiera dado quizás ahora estaría perfectamente*”.

2. DAR SIGNIFICADO AL PROPIO ESFUERZO Y SUFRIMIENTO

El segundo aspecto clave en la resiliencia es dar significado al sufrimiento. Las profesionales de la salud tratamos con el dolor, la muerte, el duelo, la discapacidad... En ocasiones podemos aliviar, otras veces acompañamos, finalmente

pocas, pero singulares veces, se nos acusa –o tenemos la percepción– de haber incrementado el daño. En tales ocasiones es difícil evitar lo que llamamos sentimiento de culpa inapropiada.

La culpa inapropiada es el peso emocional de un mal resultado clínico que se atribuye a nuestra actuación, sin que pueda acreditarse causalidad. Es muy difícil no sentirnos heridos cuando algo en el proceso clínico va mal, sin ser nosotros los responsables, pero el paciente –o los familiares–, nos atribuyen el daño o el incremento del daño (4). Y no digamos si en efecto hay un resquicio de duda que pueda alimentar esta atribución. En todas estas circunstancias se produce una erosión emocional que pueden conducir al burnout (5, 6).

¿Cómo preservan su estado de ánimo los profesionales sometidos a los peores entornos asistenciales? Buscando y dando un sentido (positivo) a su sufrimiento consiguen afrontar con éxito los sentimientos de culpa. Nos dirán frases parecidas a las resumidas en la Tabla 3.

Tabla 3

Diálogo interno para la resiliencia.

- *Yo no espero el agradecimiento de mi empresa y, ni tan siquiera, del paciente; mi recompensa diaria es por el trabajo bien hecho. Y cuando un paciente me atribuye un mal resultado, por lo general un análisis riguroso no llega a demostrar que en efecto me equivocara. Pero eso no implica que me muestre empático con el sufrimiento del paciente, y le proponga medidas correctoras.*
- *Mi esfuerzo lo dirijo a mis pacientes, para aliviar algo el sufrimiento humano que es estructural e inevitable. No lo hago para conseguir beneficios u objetivos empresariales. Mi motivación es sentirme solidario con un sufrimiento que tarde o temprano yo o mis familiares experimentaremos.*
- *Cuando me equivoco y causo un daño sé que he dado para cada paciente el máximo de mi capacidad, que cada decisión la reflexioné y lo registré en el historial; esa seguridad atenúa mis sentimientos de culpa. Tener la determinación de aprender de mis errores y corregirlos también me alivia. Finalmente tengo en cuenta los muchos factores que pueden haber intervenido en un mal resultado para no caer en un sentimiento de culpa inapropiada.*

- Pongo al servicio del paciente el saber científico que ahora mismo existe y está validado, y lo hago de la mejor manera posible y para cada persona en concreto, con los límites de tiempo y organización que tenemos. Pero soy consciente de que mis conocimientos y capacidades son limitados, y que tarde o temprano no acertaré. Sin embargo, el esfuerzo que hago por mantenerme actualizado y reflexionar cada acto asistencial, son mi garantía moral.

Estas frases tienen por denominador común aceptar realidades: que nosotros somos vulnerables, que tarde o temprano afrontaremos eventos adversos (¡porque una tasa de errores es estructural al sistema!), y que, también, tenemos que prepararnos para estos eventos actualizando conocimientos y tomando decisiones reflexionadas. Cuando estudiamos mantenemos la motivación de aplicar el conocimiento a pacientes concretos que se beneficiarán. Es la ilusión que nunca debemos perder. Y, además, es importante en las historias clínicas registrar este proceso reflexivo (ver ejemplo 5 en Tabla 2).

Este ejemplo 5 nos lleva directamente al tercer aspecto: las actitudes. En la práctica profesional las actitudes se confunden con las rutinas. Registrar de manera apropiada responde a una actitud de alerta ante la posibilidad de equivocarnos. Algunas actitudes pueden ser disfuncionales: querer sacarnos la faena “cuanto antes mejor”, creer que los pacientes “acuden en general por tonterías”, escuchar solo lo que deseamos oír... Veamos en el siguiente apartado cómo podemos superarlas.

3. APLICAR COMPETENCIA EMOCIONAL A LA RELACIÓN ASISTENCIAL; MODO EMOCIONAL AVANZADO

Venimos con “valores de fábrica” (modo emocional “básico”), que nos llevan a ser agradables con las personas que nos caen bien, y antipáticos con los que nos caen mal (modo emocional “reactivo”). También a justificar nuestras reacciones emocionales (“*Claro que le chillé, me faltó al respeto!*”) y a justificar la pereza mediante valoraciones excusadoras (“*No me tomo en serio estos síntomas porque se queja por quejar*”).

El modo emocional avanzado (7, 8) supone premisas más complejas y resilientes (Tabla 4).

Tabla 4

Modo emocional avanzado.

- Capacidad para “darnos cuenta” de las emociones y sentimientos que nos embargan y detectar estados de irritabilidad, prisa excesiva, miedo... que conducen a actitudes defensivas o hiper-resolutivas.
- Proactividad: ser capaz de escuchar y acoger al paciente que nos cae mal.
- Rectificar reacciones emotivas justificadas, sí, pero que no conducen a resultados positivos para la relación asistencial.
- Superar estereotipos (paciente quejica, manipulador, rentista...), y ser capaz de escuchar como si fuera la primera vez que visitamos al paciente.
- Ser capaces de “maniobras de rescate”: centrar a un paciente disperso, o rebajar la tensión en una interacción agresiva...

Pasar del modo básico al avanzado requiere “vernos desde fuera” y adquirir conciencia de lo que podemos hacer mejor.

4. DETECTAR AQUELLAS ACTITUDES Y REACCIONES CONTRARIAS A VALORES QUE CONSIDERAMOS ESENCIALES; METACOGNICIÓN

Es spontaneidad versus metacognición.

Tizón enfatiza este "vernos desde fuera, vernos mientras actuamos", "observarnos mientras observamos la realidad" (9). Este desdoblamiento que sufre un buen entrevistador también ha sido trabajado por Neighbour (10). Es curioso constatar que cuando explicamos este "desdoblamiento" a médicos y enfermeras en etapa formativa, es recibido con escepticismo, como si eso supusiera una cierta merma en la espontaneidad. Pero, ¿qué es la espontaneidad?

Podemos definir la espontaneidad como el fluir de nuestras reacciones emocionales sin ningún filtro ni embudo. A cada acción una reacción. Eso configura precisamente el estilo emocional “reactivo” que veíamos más arriba. Para contrarrestarlo, lo primero es estar atentos a percibir las diferentes posibilidades que

se abren ante un escenario clínico. Algunas de estas respuestas vienen cargadas emocionalmente, son las más “sentidas”. Otras, en cambio, vienen como respuestas posibles, pero más remotas, más alejadas de lo que “nos sale de dentro hacer”. Las personas que se clasifican de “espontáneas”, escogen las primeras creyendo que son las “auténticas”. ¡Pero su juicio es meramente emocional, no se basa en aplicar valores morales más profundos, sino en seguir las ocurrencias sentidas con mayor intensidad! ¡Toman por auténtico lo emocional! Si nos damos algo de tiempo, bastan algunos segundos, seremos capaces de ver las consecuencias de la conducta “cargada emocionalmente”, y de otra diferente quizás no tan cargada que nos permitirá poder reflexionar y mejorar la calidad de nuestras decisiones clínicas (11).

(Ver ejemplo 6 en Tabla 2) Si le comentáramos a Juan el deterioro que se ha producido en su relación con Miguel, nos respondería: “no me importa, le he dado lo que merecía” (= respuesta justificativa). Pero, al cabo de unas semanas, es posible que apreciara de manera menos emotiva el episodio, y si pudiera rebobinar la escena, quizás se expresaría de manera diferente para preservar su relación personal. Un estilo emocional proactivo atiende mejor a los valores profundos en los que creemos, como por ejemplo el valor de trabajar en equipo, o el valor de preservar relaciones amistosas.

A corto plazo un estilo proactivo exige mayor esfuerzo, es verdad, pero a la larga ocurre una suerte de milagro, y estas conductas filtradas por los valores morales que nos hemos propuesto, las acabamos automatizando, y, a la postre, ¡casi somos las personas que nos habíamos planteado ser! Un gran triunfo de nuestro ser ético sobre una espontaneidad “natural” meramente emotiva.

Todos los seres humanos, cuando “pensamos”, mantenemos una especie de diálogo interior de tipo verbal y/o emocional. Ya en los años 60 del pasado siglo Ellis identificó maneras tóxicas de dialogar en la intimidad, diálogos tóxicos (12) como, por ejemplo: “Soy el último mono de este equipo. Nadie me apoya”, “Doy mucho más de lo que recibo”, “Los pacientes abusan de mi buena fe”. Pero el paroxismo de los diálogos tóxicos se produce cuando hay una imputación del error clínico o evento

adverso. En estas circunstancias, hasta un 10% de los profesionales han pensado en dejar la profesión (13), o experimenta un estrés psicológico crónico derivado, no tanto de una agenda saturada, como de percibir que no damos calidad, y de que asumimos un gran peligro de equivocarnos.

Ante este reto asistencial destaquemos dos estrategias altamente tóxicas: la defensiva-agresiva, y la hipocondría moral.

La estrategia defensiva-agresiva.

Un estilo relacional altamente tóxico consiste en crear una barrera de miedo en pacientes y colegas para dificultar cualquier imputación de error.

(Ver ejemplo 7 en Tabla 2) Es probable que el paciente R se cambie a la Dra. Lourdes, más templada y capaz de adaptarse a los cambios que todo paciente puede presentar. ¡Mal asunto querer tener razón al punto de deformar la realidad a nuestra conveniencia! Pero aquí no acaba el ejemplo 7, ya que la Dra. Miriam cuando se encuentra con la Dra. Lourdes le dice: “*¡Te agradecería que cuando veas un paciente mío no le cambies la medicación según tu capricho, y antes me lo consultes!*”. Puede que la Dra. Miriam no tenga un problema de conocimientos ni de actualización, sino que el problema subyacente sea una inseguridad que trata de superar con un estilo relacional defensivo-agresivo.

El peligro de la hipocondría moral.

La antítesis de este perfil humano es el *hipocondríaco moral*. En clave profesional, sería el clínico que tiene tendencia a pensar que casi todo lo hace mal, o que se podría hacer mejor. Ante una atribución de culpa del tipo: “*¡Usted me dijo que el niño tenía un resfriado, me fui al Hospital, le hicieron una radiografía, y me dijeron que tenía un principio de pulmonía!*”, se queda temblando, pensando que quizás no auscultó bien al niño, o que el niño está ingresado o en la UCI. Pero no, el niño está en casa, en el Hospital no le dijeron que tenía pulmonía, sino que tal como muestra el

informe, un “ligero broncoespasmo” para el que ya estaba bien el inhalador que le había recetado su doctora de Atención Primaria.

La hipocondría moral es mucho más frecuente de lo que nos pensamos, a tenor de las narraciones biográficas de los propios médicos. En efecto, uno de los beneficios de la llamada “Medicina Narrativa” es desvelar hasta qué punto sobrevaloramos lo que decimos o recetamos a los pacientes como causa de su mejora o empeoramiento.

(Ver ejemplo 8 en Tabla 2) Este tipo de narraciones la encontramos de diferentes formas y contexto; son narraciones que desenfocan el punto principal: a) hay más factores para un evento adverso del que solemos considerar principal (dar un fármaco, por ejemplo); b) siempre hay un porcentaje de pacientes que presentarán complicaciones, pero el balance beneficio/riesgo es el que cuenta al tomar una decisión; c) los juicios “a posteriori” no valen en la toma de decisiones, porque nadie sabe el futuro; lo que cuenta es que la decisión tuviera fundamento; d) ¿y si en el ejemplo 8 no se hubiera dado el ACOD y la paciente hubiese presentado un ictus trombótico?

La consecuencia práctica es que hay que analizar con distancia el tipo de diálogo interno que mantenemos con nosotros mismos (14). ¿Y si este diálogo interno nos lleva una y otra vez hacia la hipocondría moral? Muchos profesionales clínicos afrontan este problema, y algunos llegan al burnout por este camino (15). Pueden atribuir su cansancio profesional a las agendas saturadas, u otras causas estructurales de su quehacer (y sin duda puede influir), *pero lo que erosiona de veras su estima es una mala resolución de los sentimientos de culpa.*

¿Existe alguna medida preventiva para evitar la hipocondría moral? Conocemos una altamente efectiva: *tener la certeza de que todas las decisiones clínicas han sido reflexionadas.* Cuidado: reflexionadas implica que hemos suspendido el pensamiento “rápido” y la entrevista clínica ha pasado por un “pensar lento” (16). Por eso es importante: a) saber dar ritmos diferentes a la entrevista clínica,

y pasar de hábitos muy automatizados a una reflexión íntima que evalúa riesgos, abre el diagnóstico diferencial y considera consecuencias de diferentes opciones; b) dejar constancia escrita de que hemos ponderado diferentes escenarios, porque este tipo de registros dan fe de una práctica reflexiva y, además, ayudan a perfeccionarla (ver ejemplo 5 en Tabla 2).

Pero indudablemente aparecerán problemas, porque atender a centenares de pacientes supone una tasa de errores inevitable, estructural. Y nos enfrentaremos al dolor moral de un mal resultado clínico, un dolor que deriva de: a) el resultado de haber creado sufrimiento, cuando en realidad queríamos todo lo contrario; b) la oscura sospecha de que tal vez nos dejamos influir por la pereza, o no nos esforzamos suficiente para alcanzar el mejor resultado para el paciente; c) el miedo a aparecer públicamente como responsables de un desaguisado, el qué dirán nuestros colegas, o hasta qué punto sufrirá nuestro prestigio.

En este contexto, repasar nuestras notas reflexivas (curso clínico), proporciona la confianza de que hemos actuado sin ahorrar esfuerzo. Pero, aun así, existe el sentimiento de *culpa inapropiada*: sentirnos culpables por lo irremediable. Por ejemplo, un shock anafiláctico a una sustancia no identificada como alergena. Este sentimiento culposo debemos transformarlo en compasión por el sufrimiento ajeno, eliminando la carga de culpa, *y activos en la mejora de la situación clínica. Dar la cara, mostrarnos responsables, eso es, dar respuestas constructivas*.

También ocurre lo contrario: sí hubo alguna circunstancia que se nos escapó, algo que solemos hacer y en aquel caso no hicimos... Entonces hay que aplicar el aforismo de “*tenemos derecho a equivocarnos, pero no a desatender las consecuencias*” (17). Hay que dar la cara con humildad, y procurar el mayor bien para el paciente sin miedo a que nos denuncie.

Orgullo sí, petulancia no.

Aunque parezca paradójico, un médico orgulloso, dotado de una buena autoestima, es garantía de buena práctica, pues tratará de evitar el descrédito que

acarrea un error clínico. Bienvenido el orgullo que no cae en petulancia. Pero si frente al error clínico solo hay vergüenza, sin dolor moral, intentaremos ocultar o falsificar la realidad que nos resulta ingrata. Y la transparencia es necesaria, porque compartir los errores clínicos con nuestros compañeros, y analizarlos desde la perspectiva organizativa y preventiva (18), es el enfoque moderno que hay que darle a la culpa. *Los equipos humanos –cuando en verdad son equipos– deben ser el primer eslabón institucional en la regulación de los sentimientos morales.*

En definitiva, debemos analizar con distancia nuestro diálogo interno, aceptar nuestra vulnerabilidad, cultivar una autoestima –incluso un orgullo– abierta al reconocimiento del error y al hábito de la rectificación. Una **autoestima** responsable. Y no es una tarea fácil.

Vivir con resiliencia, abiertos a las realidades complejas de las personas, es un ejercicio de paciencia, tolerancia y esfuerzo perceptivo (Tabla 3). Eliminar todos los estados de malestar, las emociones desagradables, puede eliminar las oportunidades para desarrollar mecanismos de afrontamiento constructivos y futura resiliencia (19, 20).

Mantener esta actitud durante años es una tarea ciertamente ardua, que requiere una motivación renovada. Pero no nos engañemos: la mayoría de las profesiones tienen desafíos similares o incluso mayores. Ser médicos es nuestra profesión y al menos podemos estar muy contentos de que, como decía Ramón y Cajal, "*el trabajo me hace inteligente*" (21). Nosotros podríamos decir: "*nuestro trabajo nos hace ser mejores personas*".

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades dentro del Subprograma Estatal de Generación del Conocimiento a

través del proyecto de investigación FFI2017-85711-P. Innovación epistémica: el caso de las ciencias biomédicas.

Este trabajo forma parte de la red de investigación consolidada "Grupo de Estudios Humanísticos de Ciencia I Tecnología" (GEHUCT), reconocida y financiada por la Generalitat de Catalunya, referencia 2017 SGR 568.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen KY, Yang CM, Lien CH, Chiou HY, Lin MR, Chang HR, et al. Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *Int J Med Sci.* 2013;10(11):1471–1478. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24046520/>
2. Breithaupt F. El cerebro narrativo. Lo que nuestras neuronas cuentan. Madrid: Sexto Piso; 2023.
3. Rubert de Ventós X. Ética sin atributos. Barcelona: Anagrama; 2006.
4. Ginzberg SP, Gasior JA, Passman JE, Stein J, Keddem S, Soegaard Ballester JM, et al. Surgeon and Surgical Trainee Experiences After Adverse Patient Events. *JAMA Netw Open.* 2024;7(6):e2414329. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38829617/>
5. Angelini, G. Big five model personality traits and job burnout: a systematic literature review. *BMC Psychol.* 2023;11(1):49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36804929/>
6. Solmi M, Granziol U, Danieli A, Frasson A, Meneghetti L, Ferranti R, Zordan M, Salvetti B, Conca A, Salcuni S, Zaninotto L. Predictors of stigma in a sample of mental health professionals: Network and moderator analysis on gender, years of experience, personality traits, and levels of burnout. *Eur Psychiatry.* 2020;63(1):e4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32093794/>

7. Borrell F. Arqueología de esta culpa que sentimos. JANO. 2003;65(1486):595-6.
8. Borrell F. Competencia emocional del médico. FMC. 2007;14(3):133-41. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/356988202_Competencia_emocional_del_medico_Puntos_clave
9. Tizón J. Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la Atención Primaria. Barcelona: Doyma; 1989.
10. Neighbour R. The Inner Apprentice: an awareness-centred approach to vocational training for general practice. Newbury: Petroc Press; 1996.
11. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. Acad Emerg Med. 2002;9(11):1184-204. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12414468/>
12. Ellis A. Overcoming Resistance: A Rational Emotive Behavior Therapy Integrated Approach, 2nd ed. Nueva York: Springer Publishing; 2002.
13. Borrell F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). Aten Primaria. 2012;44(7):417-424. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-seguridad-clinica-atencion-primaria-el-S021265671100429X>
14. Wang CXY, Pavlova A, Boggiss AL, O'Callaghan A, Consedine NS. Predictors of Medical Students' Compassion and related constructs: a systematic review. Teach Learn Med. 2023;35:502-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35930256/>
15. Somville F, Van Bogaert P, Wellens B, De Cauwer H, Franck E. Work stress and burnout among emergency physicians: a systematic review of last 10 years of research. Acta Clin Belg. 2024;79(1):52-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37889050/>
16. Kahneman D. Pensar rápido, pensar despacio. Barcelona: DeBolsillo; 2022.
17. Gol i Gurina J. Els grans temes d'un pensament i d'una vida. Barcelona: La llar del Llibre; 1986.

18. Li CJ, Shah YB, Harness ED, et al. Physician Burnout and Medical Errors: Exploring the Relationship, Cost, and Solutions. *Am J Med Qual.* 2023;38(4):196-202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37382306/>
19. Griñan Ferre K, Torras Borrell J, Aparicio Freixa J. Asociación entre burnout y calidad asistencial en atención primaria. *Atención Primaria.* 2025;57(7):103207. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39799635/>
20. Bynum WE, Varpio L, Teunissen P. Why impaired wellness may be inevitable in medicine and why that may not be a bad thing. *Med Educ.* 2021;55(1):16-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32564391/>
21. Ramón y Cajal S. Los tónicos de la voluntad. Madrid: Espasa Calpe; 1956.

Eva Peguero Rodríguez (a), Aida Molero Arcos (b), Francesc Borrell i Carrió (c).

(a) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP El Castell, Castelldefels, ICS. Profesora asociada Departament Ciències Clíniques Facultad de Medicina Universitat de Barcelona, miembro GEHUCT*.

(b) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Gavarra, miembro del GdT de Ética CAMFIC.

(c) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Profesor titular Departament Ciències Clíniques Facultat de Medicina Universitat de Barcelona, miembro GEHUCT*, miembro Comité Bioética de Catalunya.

*Grupo de Estudios Humanísticos de Ciencia y Tecnología, Universitat Autònoma de Barcelona.

Cómo citar este artículo:

Peguero Rodríguez E, Molero Arcos A, Borrell Carrió F. La resiliencia emocional, clave para prevenir el burnout. *Folia Humanística*, 2025; 5(1):18-33. Doi:

<http://doi.org/10.30860/0119>.

EL NOMBRE EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Torres Jiménez JI.

Resumen: El nombre nos identifica e influye en nuestro mundo relacional. El modo que empleamos para llamar a las personas se ha basado a lo largo de los siglos en los fenómenos de la naturaleza, los mitos y los dioses. Los nombres, pueden por ello, tener propiedades mágicas, pero también, condicionarnos para siempre, muy a nuestro pesar. Todos los nombres están llenos de significados e influyen en nuestro destino. Podemos ganarnos un nombre con nuestro trabajo y prestigio, cambiarlo (apodo, mote, seudónimo, hipocorístico) e incluso perderlo poco a poco, por la pobreza, la enfermedad o el deterioro cognitivo.

En la relación médico-paciente la confianza está en el reconocimiento mutuo. El nombre de los que acuden a la consulta es carta de presentación, mirada y puerta abierta al vínculo. Y por el vínculo, se establece una relación terapéutica basada en el afecto, la atención, la acción y la aceptación. La comunicación en la clínica comienza por el saludo y la identificación de la persona con su nombre.

Palabras clave: *Nombre, Relación, Propiedades, Significado, Destino, Seudónimo, Hipocorístico, Confianza, Reconocimiento, Vínculo, Comunicación.*

Abstract: THE NAME IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

The name identifies us and influences our relational world. The way we call people has been based over the centuries on the phenomena of nature, myths and gods. Names can therefore have magical properties, but they can also condition us forever, much to our regret. All names are full of meaning and influence our destiny. We can earn a name through our work and prestige, change it (nickname, pseudonym, hypocoristic) and even lose it little by little, through poverty, illness or cognitive impairment.

In the doctor-patient relationship, trust is based on mutual recognition. The name of those who come to the consultation is a letter of introduction, a look and an open door to the bond. And through the bond, a therapeutic relationship is established based on affection, attention, action and acceptance. Communication in the clinic begins with the greeting and the identification of the person by name.

Key words: *Name, Relationship, Properties, Meaning, Destiny, Pseudonym, Hypocoristic, Trust, Recognition, Link, Communication.*

Artículo recibido: 11 enero 2025; aceptado: 19 enero 2025.

*Son dones, son momentos
cuando no sé tu nombre ni tú el mío.
Marta Ana Diz (1).*

La formación había terminado tras dos largas jornadas de cinco horas cada una. En la ronda de preguntas finales una de las alumnas sorprendió con su respuesta:

- *Lo que más me ha gustado de este curso, es que fueras capaz de recordar todos nuestros nombres.*

El profesor contestó:

- *El nombre importa. Por eso, intento recordar los vuestros, porque me importáis. Intentad hacerlo con cada uno de vuestros pacientes.*

Puede que después de diez horas de aprendizaje compartido, fuera esta idea nacida de la espontaneidad, la mejor lección para todos, incluido el docente.

Cuenta el mito que Europa, la princesa fenicia portadora del nombre...
Aurora Luque (2).

LA PORTADORA DEL NOMBRE

Europa, como el resto de los personajes femeninos del *nuevo yambo de las mujeres* (2), es la portadora del nombre.

¿Cuál es el origen de los nombres que portamos?

La humanidad ha buscado la forma de identificarse con la naturaleza y con los dioses y mitos que ha creado en las diversas culturas a lo largo de la historia.

Ejemplos de ello son Tanit (cartaginés), Atenea (griego), Fen (chino), Aurora (latino), Oihana (euskeria), Tala (polinesio), Kunturi (quechua), Aka (maorí), Babacar (wolof), Dakota (sioux) o Pocahontas (algonquino).

La presencia hebrea, islámica y cristiana en la península ibérica durante siglos ha dejado una miríada de nombres que siguen siendo comunes entre nosotros como Ana, Marta, Miriam, Raquel, Isaac, Joaquín, Omar, Daniel, Juan, Íñigo o Beatriz.

Muchos de ellos son de tradición familiar o se relacionan con la advocación propia del lugar geográfico constituyendo una fuerte raíz que nos une a nuestra tierra. Almudena, Sonsoles, Aránzazu, Llanos o Muskilda nos llevan a Madrid, Ávila, Guipúzcoa, Albacete y al bello pueblo navarro de Otxagabia respectivamente.

Aránzazu en euskera quiere decir *¿en los espinos, tú?*, Almudena proviene del árabe *al-mudayna* (la ciudadela) y Muskilda se relaciona con un bóvido que representa al dios del río y con un bosque sagrado. Nombres poderosos, con capacidad de imprimir carácter a la persona que lo porta.

Pongamos que aquella joven alumna se llamase Irene. En su hermoso y sonoro nombre es preciso integrar el significado: *aquella que trae la paz*.

Irene, hija de Zeus y Temis, personifica la paz y la riqueza. Se la representa como una joven y bella mujer llevando una cornucopia, un cetro y una antorcha.

Todo me hizo pensar que aquella futura Médica de Familia sería portadora de paz.

*No sé tu nombre
sólo sé la mirada
con que lo dices.*

Mario Benedetti (3).

LAS PROPIEDADES MÁGICAS DEL NOMBRE

En la película francesa *El nombre (Le prénom)* un grupo de amigos discute por el nombre del futuro hijo de una de las parejas presentes. Incluso antes de nacer, para cierta gente, el nombre también es una primera desventaja.

Como aquella madre que ante la curiosidad del médico por conocer el origen del extraño nombre de su hija *Semua* seguido de dos apellidos comunes le espetó:

- *¡Doctor!, no me diga que no lo conoce. Viene del anuncio Lou Lou - Oui C'est Moi.*

No sabremos si a *Semua* (quizás acentuado en la a) le pasará como a Filomeno, en la novela de Gonzalo Torrente Ballester, que, muy a su pesar (4), cargará con un “pesado” nombre para toda la vida.

Filomeno, del griego *filomelo* significa *amante del canto*. Es el inventor del carro en la mitología griega. Un carro, que en el cielo conforma la constelación de la Osa Mayor.

Quizás, Filomeno, el personaje de la novela, debería haber mirado más hacia el cielo estrellado en busca de su lugar.

El nombre puede ser incluso el origen de los problemas y de los males de una persona como expresa Áyax, en la tragedia de Sófocles (5) cuando dice: *¡Ay, ay! ¿Quién habría pensado jamás que mi nombre tan descriptivo se adaptara a mis males?* Áyax relaciona su nombre con la expresión de dolor *¡ay, ay!*

En toda la literatura griega y en la de otros pueblos antiguos existen ejemplos de la creencia que el nombre expresa el destino, fundado en las supuestas propiedades mágicas de los nombres.

*Dime sus nombres, ¿quieres? Conforme los dices,
yo haré un comentario y tú podrás adivinar mis sentimientos.
William Shakespeare - El mercader de Venecia (6).*

SIGNIFICADOS Y DESTINOS

¿Tienen propiedades y destinos los nombres? ¿Cómo nos llaman? ¿Cómo nos llamamos?

Nuestro nombre puede ser diferente para los colegas, compañeros, pacientes, parejas, amistades y familia. Podemos tener múltiples nombres, aunque quizás, lo más importante es cómo nos auto llamamos, cómo nos identificamos.

Pensemos en los nombres. En todos los nombres. Especialmente en algunos de aquellos que hemos escuchado a través de la historia, en las músicas del mundo, en las pantallas del cine y la televisión, en los relatos o los que hemos pronunciado en las consultas.

Rafael, Miguel Ángel, Leonardo, Lorenzo, Federico, no precisan de apellidos. Conocemos lo que fueron y sus destinos.

Algunos nombres nos traen sabores, olores, colores y sonidos. Como los de África, cantados en xhosa, en wolof, en songhai o en suajili (la lengua que se hizo familiar en series de televisión como *Daktari*, o películas como *El rey león* y que porta un regalo como *Adia*).

Los hay en México, la India y Japón llenos de significado. Como *Xóchitl* –del náhuatl– que significa *flor*, un personaje de *El corazón de piedra verde* (7); *Gita* –que proviene del sánscrito– y cuyo significado es *canción*, encontrado en un texto sagrado del hinduismo y en la novela *La librería de las últimas oportunidades* (8). El japonés *Kamita* –cuyos ideogramas significan *dios* y *arrozal*– es uno de los personajes de Murakami en sus relatos *Hombres sin mujeres* (9).

Otros parecen metáforas o contradicciones. Felicidad siempre está triste, Tomás desconfía de los tratamientos, Angustias no para de reír, Paz está en permanente conflicto consigo misma, Resurrección sale airosa a pesar de sus muchos años de todos los ingresos hospitalarios, Rosario nunca ha rezado...

Félix es un hombre mayor, cordial, sonriente, que acude ocasionalmente a la consulta y siempre deja un aire amable al despedirse. Su nombre procede del latín y significa *aquel que se considera feliz o afortunado*.

La curiosidad me lleva a preguntar a una joven paciente tras revisar las cicatrices fruto de su intervención quirúrgica por el origen de su nombre. Ella, responde con seguridad: Diamante. Samar procede del verbo árabe *Samir* y su significado es *compañero en conversaciones al atardecer*. Tener un compañero cómplice cuando el sol se pone es como poseer un diamante.

El perfume de las flores de noche (10) de Leila Slimani está lleno de metáforas y significados, comenzando por el nombre de la escritora. Leila procede del árabe *Láyla* (noche) y puede significar *bella como la noche*. Es un personaje de los romances arabo-persas medievales y *Alf leila wa leila* significa en árabe *Las mil y una noches* (11). Transcurridos los siglos siguen existiendo *Sherezades* en la música, en la vida cotidiana y en la literatura.

Las narraciones son eternas y su influencia sigue vigente en nuestros días de la mano de escritoras como Fátima Mernissi (12) y de otras mujeres poderosas, capaces de transmitir enseñanzas y valores porque, tanto su nombre como sus voces, son generadoras de destinos.

Pero no anticipemos. Precisemos que se llamaba Roberto, que años después se le conoció por Boby, pero que en los últimos documentos oficiales figura con el nombre de Bob. En su ascensión vertiginosa hacia la nada fue perdiendo en cada etapa una sílaba de su nombre.

Julio Ramón Rybeiro (13).

GANAR Y PERDER EL NOMBRE

Recibimos un nombre al nacer. Un modo de llamarnos para siempre, decisión de nuestros progenitores, pensado a menudo a lo largo del período de gestación y ejecutado en el momento en el que nos registran. Queda así impresa nuestra identidad en el gris mundo de los papeles y en el aire azulado que circunda nuestra cuna

rodeada de los olores y sabores del hogar al que llegamos. Son los lugares donde nos nombran.

El nombre de cada persona hace referencia a un individuo más allá de su final en la tierra. Obtenemos información de los nombres de modo que podemos inferir su clase social, antecedentes religiosos y políticos, nivel de formación, origen étnico o cultural y procedencia geográfica.

Se dice *hacerse un nombre* cuando se ha alcanzado prestigio, y equivale a ser una persona respetable; y podemos ser otros a través del sobrenombre, mote, apelativo, apodo, alias, seudónimo, hipocorístico o heterónimo.

El apodo y el mote son sobrenombres relacionados con los defectos corporales, circunstancias, cualidades o condición de la persona así llamada. Y suelen ser el modo en que se reconoce la persona, hasta el punto de que sus amigos y allegados desconocen su verdadero nombre. Lo vemos en las esquelas de los periódicos (sobre todo en regiones del norte de España) y puede ser motivo de dificultades, como la de aquel “paisano” que fue a visitar a un amigo ingresado en el hospital, y no lo encontró, porque “*Juripi*” no figuraba en ninguna de las plantas de Valdecilla.

En la pintura italiana del renacimiento Piero de Benedetto de Franchesci fue conocido como *Piero de la Francesca*, Paolo Caliari como *il Veronese*, Jacopo Robusti era *il Tintoretto*, Antonio Allegri *il Correggio*, Francesco Mazzola *il Parmigianino*, Andrea di Michele di Francesco de Cioni *il Verrocchio*, Domenico di Tommaso Curradi di Doffo Bigordi *il Ghirlandaio*, Stefano di Giovanni *il Sassetta*, y Bernardo di Betto *il Pinturicchio*.

Famosos escritores como Azorín, Stendhal, George Sand, Fernán Caballero, o Yasmina Khadra son conocidos por sus seudónimos. Y personajes de la pequeña y gran pantalla trascienden más allá del nombre de los actores y actrices que los encarnan. Conocemos a Tarzán, Fofó, Chanquete y a Herminia, la abuela de la serie

de televisión, pero quizás ignoramos que les dieron vida Johnny Weissmüller, Alfonso Aragón, Antonio Ferrandis o María Galiana.

Muchas personas se identifican a sí mismas por el hipocorístico como Loli, Pepe, Paca o Chany. No volveremos a llamarles Dolores, José Luis, Francisca o Sebastiana, porque no se siente cómodos con ese nombre.

- *Pero ¿qué es un nombre?*—pregunta al neurólogo el cineasta Miguel Garay en la película de Víctor Erice.

A lo que el médico responde: - *Bonita pregunta. Se nota que es usted escritor.*

Ganar y perder el nombre, esa es la cuestión. En el viaje de la vida, con cada decisión y a través de nuestra labor cotidiana ganaremos un nombre, el nombre personal que designará nuestra individualidad y constituirá para los demás durante nuestro presente y para el futuro la imagen de nuestra vida. Una imagen perdurable incluso cuando aparece la pérdida de nuestra identidad.

A veces, aun conociendo nuestro nombre, podemos no saber quién somos realmente, como es el caso de muchas personas adoptadas que buscan con ahínco sus orígenes. Y más frecuentemente, cuando con el paso del tiempo, el deterioro cognitivo propio de la edad o consecuencia de la enfermedad nos llevan al *olvido que seremos* y perdemos el nombre.

*Responderé, te dije, con el mismo corazón
cuando me llames por mi nombre.
Elizabeth Barrett Browning (14).*

EL NOMBRE EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En las relaciones entre personas la puerta a la confianza y el afecto está en el reconocimiento. La imagen, el retrato que hacemos del otro. Y en esa imagen que

nos formamos de los demás les reconocemos por el nombre, que es carta de presentación y mirada al futuro.

¿Cómo nos llaman los pacientes? ¿Cómo nos sentimos identificados en la consulta? Por nuestro nombre de pila, nuestro apellido o simplemente doctor o doctora.

Cuando África López se presenta a sí misma como mujer de 45 años, madre de una niña, periodista, y enferma, comienza su decálogo diciendo “*Por favor, llámame por mi nombre. No queremos ser un número*”, nos está recordando que la identificación es una premisa básica para la empatía.

Cuando nos llaman por nuestro nombre se activa la secuencia atención, emoción y memoria. Es un acto de afecto, de respeto e incluso a veces de admiración.

Es difícil encontrar esta relación nominal en hospitales y consultas externas, pero cada vez hay más profesionales de la medicina como Iona Heath (15), Atul Gawande (16), Abraham Verghese (17), Henry Marsh (18) o Abraar Karan que nos invitan con sus textos y ejemplos a cambiar el modo de relacionarnos y comunicarnos con los pacientes.

Ángeles, cuenta en la consulta cómo fue el doloroso fallecimiento de su sobrina que deja huérfanos dos niños pequeños, nos muestra la foto en su teléfono móvil, y con lágrimas en los ojos dice: “*En el hospital le enviaron a casa porque la ciencia médica ya no podía hacer nada por ella*”.

Y murió “triste”. Hay cosas que no tienen nombre.

*Mientras
yo presiento que eres y te llamas
así, con ese nombre tuyo
tan pequeño...
Ángel González (19).*

CUANDO DIGO TU NOMBRE, ESTOY CONTIGO

La puerta abierta a la comunicación comienza por el saludo y la identificación de la persona con su nombre (20). Después, vendrá todo lo demás: presentación, contacto visual-facial, sonrisa, acomodación, recogida de la apertura e invitación a hablar, en un ambiente cordial.

El nombre es el modo y manera de estar contigo. Eso es lo que con palabras o gestos el médico le dice al paciente. Y lo que cada persona enferma que busca ayuda comprende que está sucediendo en el encuentro sagrado de la consulta.

Como bien dice la poeta Raquel Lanseros (21), *contigo* es una de las palabras más hermosas del diccionario, porque es un término capaz de abrazar al tú y al yo respetando las individualidades.

Ese abrazo cotidiano es la razón de ser de las relaciones humanas, muy especialmente aquellas que se basan en el altruismo, el amor o la compasión que son los pilares de la relación médico-paciente.

El nombre es la puerta al vínculo (22), ese tipo de relación imprescindible para una buena terapia, porque no es suficiente con la conexión.

Terapia que se nutre de las cuatro aes indispensables: afecto, atención, acción y aceptación, palabras de pronunciación imposible sin tu nombre, sin su nombre, sin nuestros nombres.

Abrimos la puerta del cuidado, del diagnóstico, el tratamiento y el vínculo, cuando pronunciamos tu nombre y te decimos: estoy contigo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diz MA. Cuando no sé tu nombre ni tú el mío. Madrid: Torremozas; 2019.

2. Luque A. Las sirenas de abajo. Poesía reunida (1982-2022). Barcelona: Acantilado; 2023.
3. Benedetti M. Rincón de haikus. Madrid: Visor Libros; 1999.
4. Torrente Ballester G. Filomeno a mi pesar. Memorias de un señorito descolocado. Barcelona: Planeta; 1988.
5. Sófocles. Teatro Completo. Barcelona: Bruguera; 1973.
6. Shakespeare W. El mercader de Venecia. Madrid: Austral; 1995.
7. Madariaga S. El corazón de piedra verde. Madrid: Espasa-Calpe; 1981.
8. Banerjee A. La librería de las nuevas oportunidades. Barcelona: DEBOLSILLO; 2013.
9. Murakami H. Hombres sin mujeres. Barcelona: Tusquets; 2023.
10. Slimani L. El perfume de las flores de noche. Madrid: Cabaret Voltaire; 2022.
11. Las mil y una noches. Edición de René R. Khawam. Barcelona: Edhasa; 2010.
12. Mernissi F. Sueños en el umbral. Memorias de una niña del Harén. Barcelona: Penguin Random House; 2022.
13. Ribeyro JR. La palabra del mudo. Antología. Barcelona: DEBOLSILLO; 2021.
14. Barret Browning E. Sonetos de la portuguesa. Madrid: Torremozas; 2020.
15. Heath I. The mystery of general practice. Londres: Nuffield Trust; 1995.
16. Wagande A. Ser mortal: la medicina y lo que importa al final. Barcelona: Galaxia Gutenberg; 2015.
17. Verghese A. Hijos del ancho mundo. Barcelona: Salamandra; 2010.
18. Marsh H. Ante todo, no hagas daño. Barcelona: Salamandra; 2020.
19. González A. Palabra sobre palabra. Barcelona: Seix Barral; 1997.
20. Borrell i Carrió F. Práctica clínica centrada en el paciente. Madrid: Triacastela; 2011.
21. Lanseros R. A las órdenes del viento. Antología poética ampliada (2005-2015). Granada: Valparaíso; 2012.
22. Sánchez C. Lo que esconde tu nombre. Barcelona: Destino; 2010.

José Ignacio Torres Jiménez.

Médico de Familia. Centro de Salud Montesa (Madrid).

Cómo citar este artículo:

Torres Jiménez JI. El nombre en la relación médico-paciente. *Folia Humanística* 2025; 5(1):34-45. Doi: <http://doi.org/10.30860/0120>.

© 2025 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

100 COSAS DEL MUNDO CORAL.

Tarragó Cruet M, Puertas Esteve D.

Resumen: El presente artículo trata del día a día de la vida de un coro, de los requisitos que se precisan para cantar, las actitudes que se demandan, de los múltiples aspectos que se tienen que tener en cuenta más allá de los estrictamente musicales y, naturalmente, de los beneficios psicofísicos del canto coral. Cantar nos hace más felices, pero el camino para cantar cada vez mejor es largo y laborioso. El canto individual tiene sus particularidades y el canto colectivo tiene otras, aunque ambas coincidan en la necesidad de trabajo, rigor y actitud positiva. Algunos aspectos de la vida coral que se repasan son: la existencia de muchos coros y la diversidad de ellos, la importancia de la técnica vocal, las diferentes fases de un ensayo, las distintas responsabilidades del director coral, la falta de voces masculinas, la necesidad de asistencia a los ensayos, las bondades del canto como elemento generador de satisfacción personal y colectiva, el color de cada voz o los criterios para elegir el repertorio adecuado.

Palabras clave: Coro, Canto Coral, Respiración, Dirección Coral, Soprano, Contralto, Tenor, Bajo.

Abstract: 100 THINGS OF THE CHORAL WORLD.

This article is about the day-to-day life of a choir, the requirements for singing, the attitudes that are demanded, the many aspects that have to be taken into account beyond the strictly musical and, of course, the psychophysical benefits of choral singing. Singing makes us happier, but the way to sing better and better is long and laborious. Individual singing has its particularities and collective singing has others, although both coincide in the need for work, rigor and positive attitude. Some aspects of choral life that are reviewed are: the existence of many choirs and their diversity, the importance of vocal technique, the different phases of a rehearsal, the different responsibilities of the choral director, the lack of male voices, the need to attend rehearsals, the benefits of singing as an element that generates personal and collective satisfaction, the colour of each voice or the criteria for choosing the right repertoire.

Key words: Choir, Choral Singing, Breathing, Choral Conducting, Soprano, Alto, Tenor, Bass.

Artículo recibido: 2 septiembre 2024; aceptado: 4 septiembre 2024.

La voz es el instrumento más democrático que hay. También es el más barato y el más diverso. Cada uno tiene su voz y, si la trabaja un poco, puede sacarle un partido increíble, desde hablar en público y que se le escuche desde todos los rincones del auditorio hasta convertirse en una estrella del beat-box haciendo ritmos y ruidos diversos aprovechando todos los recursos del aparato fonador (cuerdas vocales, laringe, nariz, boca, glotis, lengua, paladar, etcétera). Y también podrá cantar, aunque lo de cantar, ya son palabras mayores: todos podemos cantar en la ducha e incluso desafinar como poseidos con el “Cumpleaños feliz”, pero para cantar, lo que

se dice cantar, hay que poner atención y, si se ha practicado desde la infancia, mucho mejor.

Los que no han tenido ocasión de cantar desde pequeños pueden empezar a cualquier edad, pero hay que tener claro que el camino no es fácil y que no todo van a ser alegrías. Cantar es una actividad muy gratificante, y hacerlo en grupo aún lo es más porque a la satisfacción musical individual se le suma el placer de la interacción con el colectivo. A los profesionales de la salud no hay que recordarles los beneficios de la práctica de la música (sea la interpretación instrumental o el canto) ni los recursos que la musicoterapia puede aplicar para ayudar a mejorar la vida de las personas.

Sirva este artículo para dar cuatro pautas a aquellos que quieran iniciarse en el canto coral o para recomendar esta práctica a aquellas personas que creamos que les puede ser beneficioso. Para cantar a gusto hay que aprender a respirar, a escuchar, a colocar bien las notas más agudas y las más graves, a buscar nuestra voz en diferentes registros, a conocer músicas de todos los tiempos, de todos los estilos, a no fatigarse, a hidratarse, etcétera.

El presente artículo repasa a vuelo de pájaro algunas de las particularidades del mundo coral y está escrito desde la experiencia y desde la pasión. Meritxell Tarragó hace más de 20 años que dirige coros y David Puertas hace otros tantos que se dedica a la divulgación musical. Haciendo tandem han publicado el año pasado el libro *100 cosas del mundo coral* (1), que ha tenido un buen recibimiento entre los cantantes aficionados. Hay que recordar que en Cataluña la actividad coral está muy implementada en todo el territorio: actualmente se calcula que hay más de 1.000 coros y que practican el canto coral más de 30.000 personas. Y un dato muy relevante: de todos ellos, solamente entre el 2 y el 4% son profesionales. El resto, son cantantes *amateurs*.

YO NO SÉ CANTAR

La mayoría de la gente asegura que no sabe cantar, pero mienten. Quizás se avergüenzan de cantar en público porque no les gusta cómo suena su voz o porque han recibido comentarios negativos (seguramente de personas que no tiene ni la más mínima idea de lo que significa cantar). Por ello se contentan con cantar bajo la ducha. ¿Por qué existe el tópico de la ducha? Será porque, una vez desnudos, ya no hay vergüenzas posibles, estamos relajados, el contacto con el agua hace que la circulación mejore, respiramos profundamente y entra más oxígeno en los pulmones, generamos dopamina que impulsa la creatividad, el aire húmedo hidrata las cuerdas vocales (mucho mejor que un sorbo de agua) y la autoestima sube porque oímos nuestra voz de forma potente, intensa y con reverberación (la resonancia que crean los azulejos duros y lisos de la pared convierten la ducha en el mejor lugar de la casa para cantar: las ondas sonoras impactan en ellas y rebotan produciendo en nuestro oído un efecto maravilloso); además, como el chorro de agua hace ruido, tenemos que cantar fuerte y –¡oh, ilusos!– creemos que nadie nos escucha.

Pero cantar, todos podemos cantar. Técnicamente, la amusia (incapacidad completa para reconocer intervalos y ritmos) afecta a menos de un 2% de la población. Así que el resto, podemos cantar. Mejor o peor, pero podemos. Otro tema es que nos dé vergüenza, o que necesitemos unas clases y cierta práctica, o que tengamos mayor o menor facilidad. Pero cantar, podemos. Y aprender, también.

HAY UN CORO CERCA DE CASA

El canto común está por todas partes: en los estadios de fútbol, en los bares a altas horas de la noche, entre el público del concierto del último cantante de moda, en las manifestaciones y, naturalmente, en los coros. El canto colectivo en los coros es más ordenado y diverso que el resto y, posiblemente, cerca de casa ensaye un coro que está esperando que nos unamos a él. En Cataluña, el registro oficial dice

que hay unos 700 coros repartidos por todo el territorio, pero no es verdad: muchos coros no constan en dicho registro porque son coros escolares, coros de parroquia, coros creados en entornos laborales, u otros que ensayan por el simple hecho de cantar en grupo sin necesidad de apuntarse al registro oficial.

Quizás en la población del lector de estas líneas no haya un movimiento coral tan extenso como el que hay en Cataluña, pero seguro que cerca de su casa hay un coro *amateur* que le está esperando. Hay que poner la oreja atenta y salir a buscarlo. Y no desistir, ya que coros los hay de muchos tipos: quizás el primero que encontremos no se ajuste a nuestras capacidades, a nuestro gusto o a nuestro interés. No hay que desfallecer: hay que seguir buscando el coro adecuado. Los hay que hacen pocos conciertos, los hay que hacen muchos, hay coros en los que entra cualquiera que quiera cantar, hay otros más selectivos que solamente buscan voces preparadas, hay coros que solamente cantan música gregoriana, otros que solo hacen góspel, otros que solamente cantan musicales y otros (la mayoría) que cantan de todo. El mundo coral no es como el zapato de la Cenicienta, que solamente se ajustaba a su pie: el mundo coral es una zapatería gigante en la que puedes encontrar el que te vaya mejor y con el que camines más cómodo. Un mundo en el que puedes probarte un zapato y devolverlo si no encaja bien, y coger otro. Y los zapateros que se ocupan de esa zapatería enorme quieren que cantemos y que, haciéndolo, nos sintamos a gusto.

¿CLASES DE CANTO O CLASES DE SOLFEO?

Los cantantes amateurs no suelen tener formación ni de canto ni de lectura musical. Pero las ganas de mejorar siempre están, de manera que a veces uno se pregunta: ¿qué es mejor: que aprenda técnica vocal o lenguaje musical? La pregunta es capciosa, porque ambas cosas ayudan a mejorar y a ser mejor cantante. La que da frutos más inmediatos es la técnica vocal ya que, con pocas consignas, el cantante

enseguida nota la mejora y crece su motivación, pero el lenguaje musical es una apuesta a largo plazo.

Pero, ¿es necesario saber leer una partitura? Tradicionalmente, el canto coral ha funcionado sin partitura: el director o directora va enseñando cada una de las voces, fragmento a fragmento, las sopranos repiten su parte, los tenores también y así, poco a poco, se va construyendo la obra. El proceso es lento pero efectivo.

Hay que tener en cuenta que los humanos nos hemos pasado más de 30.000 años en la Tierra sin escribir partituras y hemos cantado sin problemas. ¿Cuándo aparecieron los problemas? Cuando la música se complicó, cuando dejamos de cantar monódicamente (todos las mismas notas) y empezamos a encontrarle gusto a la polifonía (diferentes voces). Cuando quisimos repetir exactamente lo que cantamos el mes pasado o lo que oímos en aquel pueblo lejano. La necesidad de escribir la música se hizo apremiante y hace unos 1.000 años, Guido d'Arezzo ideó un código muy completo para escribirla. Este código, con algunas mejoras, es el que utilizamos hoy en día.

Los cantantes amateurs trabajan mucho la memoria, pero cada vez más van mejorando sus habilidades lectoras y son muchos los que, poco a poco, van incorporando la capacidad de leer partituras para mejorar su atención en los ensayos: puedes seguir tu voz, puedes ver qué están cantando los otros, aprendes que, si las bolitas del pentagrama van hacia arriba, las notas son más agudas y que si van hacia abajo, la melodía será más grave, aprendes a diferenciar ciertos dibujos que indican que hay que alargar las vocales, mientras que otros indican que hay que pronunciar las sílabas más rápidamente, reconoces las palabras italianas que aparecen constantemente: *ritardando, crescendo, a tempo...* Saber leer una partitura ayuda mucho y te hace ser mejor cantante, pero hay que ponerle dedicación y no esperar resultados inmediatos.

NOS FALTAN HOMBRES

Una de las características generales del canto coral es que, en los coros actuales, el número de mujeres casi dobla al de hombres. Si eres un hombre, los coros irán tras de ti, cantas mejor o peor: te necesitan. Lo primero que te harán es una prueba de voz: sencillamente, el director necesita saber si eres un hombre con voz aguda (tenor) o con voz profunda (bajo). Lo más habitual es que no seas ni lo uno ni lo otro: la mayoría de los hombres están en medio, tienen lo que se llama voz de barítono. Ello también suele ser debido a la falta de técnica vocal, ya que en la tesitura media se canta más cómodo. Pero los coros amateurs necesitan ponerte en el grupo de tenores o en el grupo de bajos, a no ser que la sección de hombres tenga las tres voces o entres en un coro masculino. No te preocupes: si la prueba de voz se ha hecho correctamente, te pondrán en el lugar que te corresponde y no te fatigarás ni tendrás que forzar la voz. También es cierto que hay muchos coros que no trabajan obras de gran dificultad y que unifican a los hombres en un solo grupo.

¿QUÉ HACE LA DIRECTORA?

Decimos “directora” porque quien escribe estas líneas es directora desde hace más de 20 años y así no engañamos a nadie: ella sabe perfectamente cuál es su trabajo y las múltiples actividades que supone (claro que un director hace lo mismo, pero, por si acaso, vaya el género por delante). La principal función de la directora es transmitir su idea de la música a los intérpretes y que estos interpreten la música siguiendo las indicaciones de ella. Explicado así, parece muy sencillo, pero no lo es. Y, además, esta es solo una de las funciones de la directora.

El común de los mortales solamente ve el trabajo de la directora durante el concierto. Ven que mueve los brazos, que mira aquí y allá, que a veces se agacha un poco, que hace gestos pequeños con las manos... Todo ello no supone más que el 25% de su trabajo. Otro 25% lo ven los cantantes durante los ensayos: la forma que

tiene de dinamizar un ensayo, los ejemplos que propone, su calidad vocal, la empatía, la capacidad de resolver problemas técnicos, la paciencia, la determinación, sus recursos musicales y didácticos, el conocimiento del repertorio, la adaptación a diferentes situaciones y la capacidad de liderazgo.

El 50% del trabajo restante no lo ve nadie, y en cada coro es diferente en función de las responsabilidades que se le pidan a la directora. En algunos coros hay una junta rectora que asume muchas de estas tareas, y en otros coros todo recae en ella: buscar repertorio, secuenciarlo, estudiarlo, estudiarlo y estudiarlo, escuchar individualmente a cada cantante en las pruebas de voz, tomar decisiones sobre conciertos, horarios, vestuario, colocación en el escenario, escuchar comentarios, propuestas, quejas y dudas de los cantantes que le mandan mensajes por WhatsApp constantemente, anticipar problemas, proponer soluciones, mantener la cohesión del grupo, reservar restaurante para la cena de fin de curso... Definitivamente, no es posible saber la calidad de la directora en el transcurso de un solo concierto. Porque el objetivo de la directora del coro no es únicamente hacer buena música. Su objetivo es hacer feliz a la gente: a los miembros del coro y al público.

LAS BONDADES DEL CANTO

Cantar en un coro es una actividad muy beneficiosa para la salud. Esta afirmación la avalan diversos estudios de prestigiosas universidades que hablan de la descarga de tensiones, segregación de endorfinas, mejora de aspectos como la respuesta inmunológica, la oxigenación, la concentración, la memoria, la escucha activa... Son estudios que tienen en cuenta muchos aspectos que se centran en las mejoras individuales, pero no suelen hablar de aspectos sociales como que desarrollamos capacidades para trabajar en equipo, mejoramos la empatía o ampliamos el respeto a las diferencias fisiológicas, ideológicas, religiosas y culturales. Hemos leído muchos de esos estudios, pero aquí hablamos desde la experiencia propia y, definitivamente, sí: cantar en grupo es beneficioso para la salud.

La reciente pandemia de la COVID-19 obligó a los coros a dejar de ensayar. Los efectos fueron devastadores: muchos coros ya no retomaron la actividad y desaparecieron. Los coros que aguantaron el embate, cuando por fin retomaron la actividad, oyeron entre sus miembros comentarios unánimes: uno de los mayores sacrificios durante ese tiempo de confinamiento y prohibiciones había sido tener que dejar los ensayos.

Hay muchos coros que no exigen nada para formar parte de ellos: das tu nombre, tu teléfono, pagas la cuota correspondiente y ya formas parte del coro. Son coros con un componente social muy alto, en el que la música es una excusa excelente para compartir vivencias y estrechar relaciones. Otros coros priman más la parte musical y son más exigentes con las condiciones de acceso. Suelen hacer un repertorio que suponga un reto para los cantantes, sin que sea imposible afrontarlo, y equilibran un repertorio cercano y motivador que compense el esfuerzo.

Entre este tipo de coros también hay muchas diferencias: desde los que tienen un buen nivel (cantan afinado) hasta los que tienen un nivel excelente, es decir, que cantan afinado, tienen buena técnica vocal y afrontan un repertorio complejo. Coros de estos últimos hay muy pocos, y el resultado de sus conciertos es equiparable al de los coros profesionales (aunque la forma de trabajar sea muy distinta).

Para acceder a un coro de cierto nivel se exige una prueba de voz que consiste en evaluar del aspirante todo aquello relacionado con la voz: timbre, registro, color, afinación, tesitura... Si el coro es de alto nivel, seguramente esa prueba también incorporará evaluación del oído, reconocimiento de acordes, lectura, afinación armónica, conocimientos musicales, experiencia en otros coros, etc. El requisito común en todos los coros, lo más básico, es que el cantante sepa reproducir una nota con exactitud, es decir, que sepa afinar. Sin esta base es muy difícil construir un edificio armónico. Cuando un cantante no supera una prueba de acceso a un coro, seguramente es que aquel no es un coro indicado para él. Quizás necesite un tiempo

de trabajo vocal, unas clases de canto o más experiencia coral para poder subir un peldaño en el nivel de exigencia.

LA ASISTENCIA A LOS ENSAYOS

El canto coral como actividad amateur se asemeja a tantas otras actividades lúdicas, culturales, artísticas o sociales que hacemos en nuestro “tiempo libre”. A grandes rasgos, los cantantes de un coro encajan en uno de estos tres grandes grupos: los que faltan muy a menudo a los ensayos (es un grupo muy poco numeroso), los que no faltan nunca (llegan pronto, ayudan a poner sillas, a montar el teclado, nunca olvidan sus partituras) y un tercer grupo de imprevisibles (están, pero a veces no están, son sensibles al tipo de repertorio, se quejan por los ensayos extra, a veces muestran una gran implicación y entusiasmo, pero otras veces se muestran apáticos o faltan durante una temporada). Ni qué decir tiene que el alma del coro lo forman los del segundo grupo, ellos son el núcleo y son los que dan solidez y estabilidad al coro.

Entre los primeros, los que faltan a menudo, también hay distintas tipologías: los que tienen mala suerte (siempre les pasa algo que les impide venir al ensayo), los que son muy activos en diversos frentes y faltan al ensayo porque tiene que salvar ballenas o participar en un acto solidario, y un tercer subgrupo formado por aquellos a quienes les cuesta realizar una actividad de forma regular. Para mejorar la asistencia de todos ellos se puede tener una charla e intentar empatizar con su situación, pero hacerles ver que la asistencia al ensayo es indispensable, o quizás se puede pasar lista (a tantas faltas, no se podrá participar en el concierto). Si estas soluciones no funcionan, no pasa nada: seguramente estamos delante de un cantante que no quiere cantar. Paciencia: pronto lo descubrirá y decidirá dedicar su tiempo libre a otra actividad.

Los ensayos son nuestro día a día; de su buen funcionamiento depende el éxito del coro. Un buen ensayo debe ser eficaz, dinámico, bien pensado y bien

estructurado. Los ensayos no se improvisan: hay que prepararlos con detenimiento. En primer lugar, hay que hacer un calentamiento vocal y corporal (lo que llamamos “vocalización”) y después trabajar el repertorio (afinación, ritmo, armonía, letra, dicción, escucha...). Visto así, no parece muy complicado, pero la realidad siempre nos depara sorpresas.

Aquí van unas cuantas ideas para reflexionar: las vocalizaciones tienen que adaptarse a la dificultad del repertorio (no nos va a servir hacer siempre el mismo tipo de vocalización); si el repertorio es nuevo, probablemente el ensayo será más pesado (habrá que compensarlo cantando algo ya conocido para acabar con buena energía); si se ha incorporado gente nueva habrá que trabajar más la respiración, el sonido coral y el equilibrio de las voces, y dejar para más adelante el trabajo sobre dinámicas, tempos o entradas difíciles; las obras más complicadas hay que empezar a trabajarlas desde el principio para dar más tiempo a interiorizarlas, e irlas masticando; la energía de los cantantes tampoco es la misma en enero que en mayo, o los días calurosos que los lluviosos (hay mucho elementos externos que la hacen variar); las canciones que notamos que son motivadoras nos permiten profundizar en aspectos globales, ya que se mantiene la concentración durante más rato, como mejorar el sonido, el empaste, el equilibrio de volúmenes, el fraseo o la respiración; durante el ensayo hay que ir cambiando de ritmos para mantener la energía y la concentración, combinando canciones rápidas y lentas, polifónicas u homofónicas; hay que estar muy atento a los imprevistos (si habíamos pensado que una canción sería fácil y está costando, hay que tener cintura y pensar estrategias para el próximo ensayo); proponerse objetivos asumibles es garantía de éxito, no genera frustración y aumenta la confianza; hay que controlar la fatiga y la desconcentración (que existir, existen) y ser muy cuidadosos con el equilibrio en el trabajo para no tener a unos cantantes demasiado rato sin hacer nada; el refuerzo positivo es determinante: detectar cómo se puede mejorar algún aspecto y dar recursos para hacerlo sin perder la paciencia (a veces el camino es largo y los frutos solo se ven después de meses); los cantantes tienen que cantar y no preocuparse de corregir a los compañeros (gestionar estas situaciones también es

trabajo de la directora); el silencio es imprescindible, un ensayo ruidoso es poco productivo y fatigante (el movimiento corporal también genera ruido); la puntualidad es necesaria; una buena posición corporal ayuda a emitir mejor el sonido y disminuye la fatiga.

LA CUOTA Y LOS GASTOS

Los gastos de un coro son diversos: comprar partituras, hacer fotocopias, contratar pianista acompañante, viajes en autocar, botellas de agua, alquiler del local de ensayo, etcétera. Pero el principal gasto de un coro amateur es el sueldo de la directora. ¿Cómo se consigue ese dinero? Cada coro tiene sus particularidades, pero, en general, los cantantes pagan una cuota mensual, como yo pago mis 60€ al mes de clases de yoga o mis 25€ por cada hora de alquiler de la pista de pádel (a repartir entre cuatro jugadores). La clave, como siempre, está en conseguir un equilibrio entre lo que se paga y lo que se recibe: si la actividad me hace feliz, considero el dinero bien invertido.

En los últimos años, todos los coros de Cataluña están actualizando sus cuotas, ya que históricamente muchos de ellos eran completamente gratuitos o pagaban una cuota anual muy baja. Estamos viviendo un momento de transformación importante: estamos pasando de un modelo en el que muchos directores no cobraban por su trabajo, ya que también eran amateurs, a otro modelo en el que los directores son profesionales bien preparados que tienen que cobrar por su trabajo.

Los coros, más allá de las cuotas mensuales, tienen que ser imaginativos e idear otras fuentes de ingresos para afrontar nuevos retos artísticos: sorteos, barras de bar en las fiestas del barrio, subvenciones públicas, venta de camisetas... y actualizar las cuotas.

EL COLOR DE CADA VOZ

Seguramente todos habéis pintado alguna vez una habitación. Quizás el color ideal era el lila y en la tienda de pinturas os han preguntado: “*¿Qué lila, exactamente?*”. Y allí habéis descubierto que, de lilas, hay por lo menos 20 tonalidades distintas. Con las voces pasa algo parecido. Cada “cuerda” (sopranos, contraltos, tenores y bajos) es una habitación de nuestra casa y tiene un color diferente. Imaginemos, por ejemplo, que la cuerda de sopranos es nuestra habitación de color lila. Resulta que cada una de nuestras sopranos tiene una tonalidad de lila distinta. Si no nos gusta que nuestra pared quede con contrastes de colores, tendremos que pintarla empezando por el lila más suave y, progresivamente, ir pintando con tonalidades de lila cada vez más oscuras. Con las intensidades haremos lo mismo: empezaremos con el lila menos intenso (la voz más suave) y acabaremos con el lila más intenso (la voz más fuerte). Y en función de los colores que tengamos entre manos decidiremos si queremos que la pared empiece y acabe con lila suave dejando el lila intenso en el centro, o si preferimos otra disposición. Si tenemos presente esta imagen de la pared lila, que va cambiando de tonalidad suavemente, entenderemos por qué cuando un cantante canta más fuerte que el resto rompe esta línea de intensidades. Sería como pegar un brochazo intenso en mitad de la pared. Recordemos que el principal objetivo es que el coro suene afinado, pero no es menos importante que suene empastado, es decir, buscando todos el mismo color, la misma pronunciación, la misma posición de la boca al cantar las vocales. Un trabajo laborioso pero muy gratificante.

En el momento de decidir la disposición de los cantantes dentro del coro no hay que tener en cuenta únicamente el color y la intensidad, sino que hay que valorar otros elementos como quién se sabe mejor el repertorio y puede ayudar al resto, la altura física de los cantantes (que no tapen a los de atrás), las energías que se producen entre los propios cantantes (los que están más seguros al lado de este o de aquel otro), los cantantes más seguros que colocaremos en las “fronteras” (es decir, justo en el lugar donde hay un cambio de cuerda), etcétera.

DECIDIR EL PROGRAMA Y MIRAR A LA DIRECTORA

Preparar un concierto con un coro amateur requiere muchos ensayos y la clave del éxito está en la planificación. El primer parámetro a tener en cuenta es el tiempo: saber de cuántos ensayos dispondremos; el segundo, el número de canciones que podremos preparar: no es lo mismo un concierto con un solo coro (habrá que preparar 10 o 12 canciones) que un concierto compartido (en el que 6 canciones ya bastarán); el tercer elemento es la dificultad de las obras (hay que conocer bien el coro, su ritmo de aprendizaje y determinar el nivel de exigencia de la directora); habrá que valorar si todo el repertorio es nuevo o si recuperamos alguna canción del fondo de armario; si habrá acompañamiento instrumental o no, etcétera.

El mayor reto de un coro es cantar *a capella*, sin acompañamiento instrumental, cuando las únicas armas que existen son la escucha entre las diferentes voces, el equilibrio, la comunión. Los bajos tienen que ser muy estables en la proyección y en la afinación para generar riqueza armónica; las sopranos tienen que construir un hilo melódico dulce, nítido, muy bien fraseado; los contraltos tienen que encontrar la afinación natural (no temperada) que llenará los acordes menores de intimidad y melancolía; y los tenores tienen que ser capaces de dar poder y riqueza tímbrica sin ahogar al resto de voces. Cantar *a capella* es el reto máximo: hay que cantar todos juntos desde la escucha, hay que esperar, respirar juntos, vivir y sentir de la misma manera lo que se canta, pero, principalmente, hay que estar de acuerdo.

De ahí que la evolución natural de un coro se viva, simplificando mucho, en tres etapas: en la primera hay que acostumbrarse a cantar a dos voces sin perder la afinación, en la segunda ya se canta a cuatro voces y hay que aprender a no “calar” (a no bajar la afinación); en una tercera etapa el coro se mantiene afinado (o, si se baja la afinación, se baja en bloque). El nivel superior aparece cuando el coro mantiene la afinación perfectamente durante toda la canción. Y las directoras tenemos trucos para llevar el coro a este nivel, pero necesitamos tiempo y muchos ensayos.

Pero para aplicar estos trucos, el coro tiene que mirar a la directora. Acostumbro a participar en cursos de dirección cuando empieza el verano. Van muy bien para recordar las bases que dan solidez a una directora y a poner más atención a las propuestas que nos ofrecen los maestros para resolver muchas cuestiones que no acaban de funcionar en los ensayos. Una de las cosas que nos pasa a las directoras (o, por lo menos, a una gran parte de los profesionales que nos dedicamos a la dirección coral) es que tenemos la sensación de que los cantantes del coro cantan, pero no nos miran. Intentamos marcar dinámicas, cambios de tempo, fraseos, articulaciones... pero la cosa no acaba de funcionar. Paradójicamente, todos los cursos de dirección van enfocados al gesto, un gesto que exige ser mirado. Sin esto, nuestra coreografía pierde sentido.

Por otra parte, los cantantes dicen que sí, que nos miran todo el rato. Si esto es cierto, ¿por qué no reaccionan a nuestro gesto? Cuando le pregunté esto a mi maestro de dirección me contestó: “*A lo mejor no les propones cosas interesantes*”. Esta respuesta es más profunda de lo que aparenta. Encontrar la manera de que un grupo de personas muy diversas muestre interés por lo mismo, es complicado. A lo mejor propongo un *pianissimo* y alguien no lo siente así, o un tempo más calmado y alguien querría ir más rápido. Con los años he visto que si los cantantes ven que lo que les propone la directora es interesante, querrán ser guiados sin cuestionar las dinámicas ni los cambios de tempo. Y para que esto pase, tienes que convencer a los cantantes de que cuando canten como tú propones, se lo pasarán mejor.

LA TRADICIÓN CATALANA

Cataluña tiene una realidad coral muy rica y muy particular. La tradición europea del canto coral clásico (el que se escribe en partitura) llegó con fuerza a España a mediados del siglo XIX, pero topó con un obstáculo que parecía insalvable: los cantantes aficionados locales cuando cantábamos, aprendíamos las canciones de boca a oreja. Las partituras no eran necesarias (además, muy pocos sabían leerlas).

Solamente había partituras en iglesias y monasterios, en coros sacros y en los contadísimos coros de teatros de ópera. El hecho coral “de concierto” era prácticamente inexistente.

Pero entonces, en pocos años, se produjo en Cataluña un fenómeno único y particular: el canto coral se convirtió en una actividad muy popular e incluso en uno de los factores que definieron la cultura catalana. El gran impulsor de este movimiento coral fue el político, poeta y compositor Josep Anselm Clavé (1824-1874). Extendió la idea de que la música mejoraba la vida de la clase trabajadora, hacía a los ciudadanos más libres y les permitía acceder a la cultura. Empezó a organizar grupos entre las clases obreras que fomentasen el canto después de las largas horas de trabajo en fábricas y talleres. Hoy en día lo llamaríamos “ocio de calidad”, pero para esas personas fue una vía de escape de una vida que ofrecía pocos entretenimientos y pocas alegrías. Los grupos “claverianos” se convirtieron en puntos de encuentro que, con la excusa del canto común, desarrollaron a su alrededor acciones sociales, excursiones, debates, partidas de dominó o tertulias políticas. En 1860 ya constaban 85 coros de Clavé repartidos por todo el territorio catalán. Actualmente, la Federación de Coros de Clavé sigue muy activa y cuenta con unos 200 coros asociados.

Los Coros de Clavé funcionaron como auténticos dinamizadores sociales y su éxito fue enorme entre la clase trabajadora. Paralelamente, y para compensar este éxito, las clases mejor situadas socialmente, impulsaron la creación de orfeones, también con funciones sociales y asociativas que iban mucho más allá del canto. Al inicio de todo este movimiento coral las diferencias estaban claras: los coros de Clavé cantaban sin partitura mientras que los orfeones cuidaban más la parte musical e incluso ofrecían clases de canto a sus componentes.

Con los años, la diferencia entre coro, coral y orfeón se fue diluyendo y hoy día son sinónimos. Se llamen como se llamen, su función es clara: hacernos felices a través del canto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tarragó Cruet M, Puertas Esteve D. 100 coses del món coral. Valls Tarragona: Cossetània Edicions; 2024.

Meritxell Tarragó Cruet (a), David Puertas Esteve (b).

(a) Directora coral. Profesora de música por la Universidad Ramon Llull (Barcelona) y directora de coros desde hace más de 20 años. Actualmente dirige en Sant Pere de Ribes (Coral Levare), Vilanova (Coral Moixaina), Sant Sadurní (Coral S. Sadurní), Valldoreix (Coral l'Harmonia), el coro femenino Balaio y la banda Suburband de Sitges. Coautora del libro "100 cosas del mundo coral" (2024).

(b) Músico y escritor. Profesor de música en el Instituto Can Puig de Sant Pere de Ribes (Barcelona) y uno de los divulgadores musicales más activos del momento. Colabora con numerosas instituciones musicales españolas y ha escrito una docena de libros de divulgación musical, como "100 cosas que tienes que saber de la música clásica" (2020), "Las rutas de la música clásica" (2022) o "100 cosas del mundo coral" (2024).

Cómo citar este artículo:

Tarragó Cruet M, Puertas Esteve D. 100 cosas del mundo coral. *Folia Humanística* 2025; 5(1):46-61. Doi: <http://doi.org/10.30860/0121>.

© 2025 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

ACUARELAS, POEMAS INÉDITOS Y HAIKUS

Viejo Díaz P.

Resumen: La autora nos presenta un recopilatorio de poemas inéditos y un haiku publicado en el libro “Haikus y brumas”, todo ello acompañado de tres acuarelas suyas.

Palabras clave: Poemas, Haikus, Acuarelas.

Abstract: WATERCOLORS, UNPUBLISHED POEMS AND HAIKUS

The author presents a collection of unpublished poems and a haiku published in the book “Haikus y brumas”, all accompanied by three of her watercolors.

Key words: Poems, Haikus, Watercolors.

Artículo recibido: 27 enero 2025; aceptado: 22 febrero 2025.

Imagen 1

Acuarela de la autora



POESÍA CHINA

El poeta Li Chang Yin se pregunta,
-en el siglo noveno-
para qué le sirve la primavera
si vive en soledad.
Sólo le queda compartir tanta belleza
a través de sus poemas
(para el solaz de los que nacimos después).

Como si de un poeta moderno se tratara, reflexiona luego:
"¿Adónde va el perfume de las flores?"
Y con ello se adueña por completo de nuestro corazón.

Nos separan siglos y culturas,
pero nos une la misma pulsión poética
que nos empuja a plasmar en un poema
todo lo que commueve al alma.

Cuando el corazón tiembla,
surge el poeta para poner palabras a lo inefable.

¿Hay lenguaje más humano que el poético?

MALA VIDA.

"¡Si yo muriera cuanto he vivido nunca terminaría de morir!"

Ángel Guinda

Le pedía a la vida cosas sencillas
como que sólo contaran los días buenos.
Los tristes y desgraciados, o incluso los anodinos,
que transcurren como si nada, sin pena ni gloria,
se deberían borrar automáticamente del recuento de su vida.
Así tendría una larga y feliz existencia.

Nunca pensó que fuera algo del otro mundo,
pues creía que era lo justo.
Lo contrario, sin duda, sería una estafa.

Era muy mayor ya, cuando descubrió la verdad:
el contable que le había sido asignado
se fugó con sus días buenos.
En una breve nota de despedida
tan sólo pedía disculpas
por la mala vida que le dejaba.

TIEMPO MÍTICO

Hubo un tiempo mítico -según Platón-
en que cada uno de nosotros fuimos
un mismo ser con dos sexos
que encarnaban el amor perfecto.

Pero los dioses, celosos,
separaron las dos identidades
con su espada divina.

Desde entonces vagamos por el mundo,
despojados de nuestra unicidad
buscando cada cual
su ser complementario.

Dicen que muchos se extraviaron sin rumbo,
y perdieron la cordura bajo espejismos engañosos.

Otros perecieron ahogados
en su mismo reflejo
como si fueran Narciso.

Mas sólo los lúcidos y sabios
encontraron la semilla del amor germinando
generosa en el fondo de otros ojos
cuando, silenciosos, se miraron.

LO MICRO

Oigo los ruidos que hacen las orugas
al deslizarse por el tallo.

Oigo a la lombriz tragar la tierra
de la que se alimenta,
a la mariposa libando néctar,
a la yema de la hortensia abrir
sus minúsculas hojas.

Se me eriza la piel cuando roza mis labios
el terciopelo de la rosa.

Veo mi reflejo repetido
en los miles de omatidios hexagonales
que componen cada ojo de la mosca azul
posada en mi mano.

Siento el tenue cosquilleo de sus patas al moverse
y noto el fluir de la sangre en mis venas debajo.

Me invaden, sin quererlo,
otros pensamientos intrusivos
y dejo que se vayan,
que pasen de largo y se pierdan
como aves migratorias que cruzaran el cielo.

Tan sólo quiero ahora percibir lo nano, lo micro,
lo oculto, lo delicado, lo más pequeño.

Imagen 2

Acuarela de la autora



VERDE JADE (Sao Miguel de las Azores)

Isla dormida sobre volcanes jurásicos
que, como gigantes inofensivos,
dejaron de guerrear, hipnotizados,
seducidos por las verdes caricias del musgo
que cubrió sus fértiles lomos.

Los alisios peinan de rocío su exótica flora
-paraíso azul de las hortensias-.

Lluvias milenarias fueron depositando
en sus calderas profundos lagos
de sueños turquesas.

Isla de corazón termal, sensual y estilizada,
que buscando el gran oeste
dora sus cumbres en el ocaso.

Isla brava. Se yergue vertical al norte,
defendiéndose firme ante el empuje del océano.
Los míticos Titanes, en su lucha primigenia
mientras creaban la isla
-antes de ser condenados
a volver al Tártaro por los dioses-
fueron expulsando por sus bocas
las entrañas ardientes de la tierra,
que se volvieron rocas negras
al penetrar en el mar.

Isla ignota, encantada,
abducida por los "azorados" besos
de sirenas abisales.

Cuenta una leyenda muy antigua
que... al viajero que se pierde en sus caminos,
atraído por su mágica floresta,
le va cambiando tenuemente
el color iridiscente de sus ojos
virando, irreversible, al verde jade.

RISAS ALADAS

“Tu risa me hace libre, me pone alas”

Miguel Hernández

Tus ojos rozaron la oscuridad más temible de la noche.

Mas no se perdieron en su infinitud.

Regresaste triunfal y, con gloriosa humildad,

aceptas el dolor sordo y punzante

que ahora se aloja en tus nervios:

ése que permanece camuflado

como un okupa traicionero

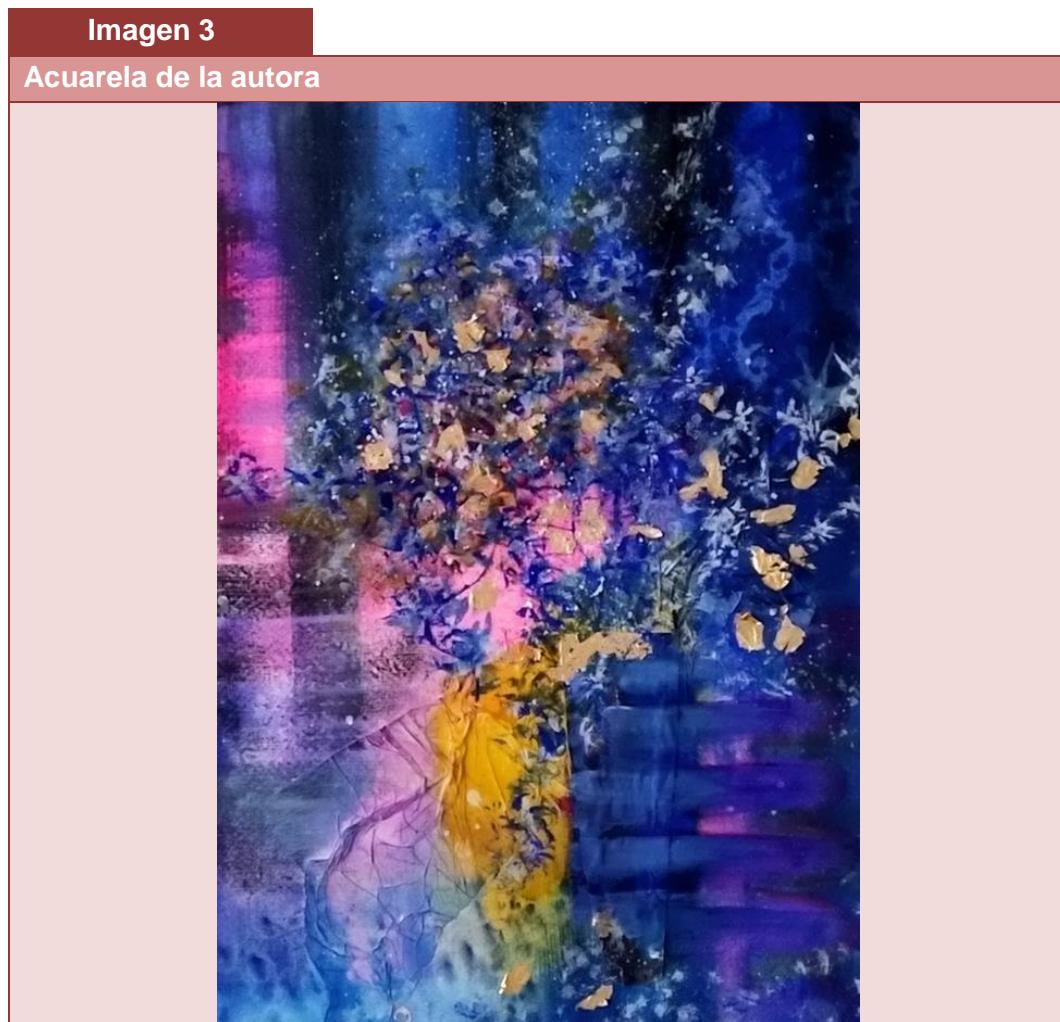
y se deja sentir en cualquier momento.

Sólo tu risa lo asusta -no existe otra arma-

pues abre las ventanas aladas del alma

para que entre la luz blanca de la mañana.

Vendrán días de sentir la fresca hierba bajo tus pies
y la suavidad de la piel en tus dedos.
Pero tu memoria antigua reconoce fielmente,
desde siempre, el tacto inconfundible
de las miradas que acarician
y el paso seguro de los que te apoyan con amor.



INHUMANA INTELIGENCIA

Ahora escribo palabras indelebles mientras duermo.

El alba me sorprende escuchando mi voz.

Difícil será mantener la cordura

entre tanta incertidumbre;

podría desvariar fácilmente, atormentada

por distópicas sospechas:

seremos gobernados por los nuevos dueños del mundo.

Reescribirán la Historia a su manera.

Nos inocularán falsos recuerdos.

Nos plantarán la semilla de la discordia.

Las máquinas serán el nuevo oráculo.

Conducirán nuestros pensamientos.

Se apropiarán de nuestro albedrío.

Mientras, ilusos de nosotros, pensamos

que nos están solucionando la vida.

HAIKU (publicado en el libro “Haikus y brumas”. Editorial Pirineo; 2021)

Bajo la nieve,
la floresta dormida
teje sus sueños.

Ramas desnudas
con silencios de nieve
rozan el cielo.

Lechos de niebla
diluyen los contornos
de cielo y tierra.

El alba tiñe
de rosas encendidos
la luz del día.

Rumores de amor,
cantos de sirena traen
las caracolas.

Noche de luna.

El viento lanza besos
sobre las dunas

Pilar Viejo Díaz.

Logopeda, cultiva la pintura y la poesía. Autora del poemario: "Tiempo colgado entre lunas".

Cómo citar este artículo:

Viejo Díaz P. Acuarelas, poemas inéditos y haikus. *Folia Humanística* 2025; 5(1):62-73. Doi: <http://doi.org/10.30860/0122>.

© 2025 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

CUENTO DE LA LUNA PÁLIDA.

López García-Franco A.

Resumen: Una mujer consulta a su médico de familia por depresión ante la situación de maltrato psicológico de su padre hacia su madre y hacia la propia paciente.

Palabras clave: *Violencia de género, Depresión.*

Abstract: *TALE OF THE PALE MOON*

A woman consults her family doctor for depression due to her father's psychological abuse of her mother and the patient herself.

Key words: *Gender-based violence, Depression.*

Artículo recibido: 12 febrero 2025; aceptado: 25 febrero 2025.

Tiene la consulta algo de viaje iniciático cuando los pacientes entran con el velamen destrozado, con las jarcias maltrechas, con ruido de algas en las uñas y un sabor a salitre en el cielo de la boca. Un cielo estrellado de esencias que a fuerza de malos sabores repite el incesante ulular de sirenas.

Entró varada por falta de viento y exceso de llanto. La paciente de la luna pálida entró con mascarilla en ademán de cuarto menguante.

- *¿Vienes por un catarro?* –pregunté sabiendo que, como en las grandes películas, no todo tienen que ser frases geniales– *Lo digo por ponerme la mascarilla.*
- *No. Es por prevención. Llevo unas semanas con una tosecilla...* – respondió.
- *Vale. Cuéntame* –le dije en posición egipcia de perfil, con las manos ladeadas en el teclado del ordenador y la mirada de frente.
- *Verá, doctor, venía porque...* –y empezó a llorar.

Con la presteza de los timoneles, me dispuse a coger un Kleenex para dárselo.

- *Muchas gracias. Perdóname. No quería llorar.*
- *Estás en un espacio libre de humos, pero no de lloros. Aquí se puede llorar.*

La fasciculación de sus músculos periorbitulares delataron una sonrisa debajo de la mascarilla.

- *No sé lo que me pasa. Llevo meses...*

Abandoné el perfil egipcio adoptando la postura mesopotámica del pensador de Rodin: el codo en la mesa, el puño sujetando, a la altura de mi arco cigomático, mi cabeza ladeada, atenta a todo lo que me contaba. Ajena de tanto alrededor. Centrada en tanta intemperie que nos arrebata la vida. Errante de todo vestigio. Me contó un relato de cuidadora de siempre (con madre con marido maltratador, y, por tanto, hija de padre maltratador, maltratada), sin pareja, pero con ansias de maternidad (“*bueno, de eso me ocuparé más tarde*”). Huérfana de hermanos que la acompañen (“*una hermana con hijos pequeños y un hermano con demasiado trabajo*”).

- *¿Y tú qué tienes, demasiada tristeza?*
- *Pues eso, que como no tengo hijos...*
- *Y eres mujer –la interrumpí–, ¡pues hala, a cuidar tú sola de los padres!*
- *Sí. Están en mi casa. Mi madre está convaleciente de una intervención quirúrgica.*

Convaleciente, pensé, qué bella palabra tan asociada a sopas que te entonan, a cariños que nos asoman a la infancia, a tardes repletas de mantas y leche con miel.

- *Pero está teniendo una convalecencia dura porque mi padre tiene un carácter difícil con un trato muy malo hacia mi madre y hacia mí misma.*
- *Un padre culturalmente machista y funcionalmente maltratado –apostillé.*

- *Pues sí, y... –volvió a llorar. Todavía tenía en la mesa los Kleenex y en mi silla todo el respeto y la atención de la que disponía.*
- *¿Tus hermanos cómo ven esa relación de tus padres?*
- *No la ven mal. En realidad son “muy de mi padre”... Yo, en cambio, de mi madre.*
- *¿Podría ser una estrategia separarlos en este momento? Puedes alegar que el estado de salud de tu madre precisa tranquilidad. Proponles separarlos y que ellos se repartan a tu madre...*

De nuevo sus ojos, subrayados por la mascarilla, delataron sonrisas enmascarilladas.

- *No sé si querrán.*

De nuevo su amura escorada a popa y ella rompiendo a llorar.

- *¿Qué tal en el trabajo? –le pregunté.*
- *Me respetan y me dan facilidades. Puedo teletrabajar.*

Firmamos lo burocrático: baja y nueva consulta en tiempo razonable.

Afianzamos el tratamiento: sertralina, lorazepam de rescate y una sonrisa cada 8 horas. Nueva sonrisa.

- *Muchas gracias por su atención y su trato.*
- *No hay de qué. Es mi trabajo. Que en días como hoy lo vivo como un obsequio –pensé.*
- *Me ha ayudado mucho esta consulta, de verdad.*

Me conforta su alivio ante tanta galerna con la que nos azota la vida. Momento Calipso entre tantas Circes y Cíclopes en su periplo a Ítaca.

Pensé “*Ojalá arregles tus jarcias*”. “**De nada**”, pensaría ella.

Relato presentado en las III Jornadas Internacionales de Medicina Narrativa en Educación Médica (Sevilla, 10-11 de febrero de 2025).

Alberto López García-Franco.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Cómo citar este artículo:

López García-Franco A. Cuento de la luna pálida. *Folia Humanística* 2025; 5(1):74-77. Doi: <http://doi.org/10.30860/0123>.

© 2025 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.