

Salud Mental, Compasión y la Vida Humana felizmente vivida.

Rufino J. Meana¹

*“Existen al menos dos componentes vitales sólidos como el mármol: la compasión ante la desgracia ajena y el valor ante la desgracia propia. Esto es algo que todo el mundo tiene, una idea de lo que es ser humano”*²

Reflexionar brevemente sobre la pérdida de salud mental y su impacto sobre nuestras vidas, no es tarea sencilla, principalmente porque no es fácil estar de acuerdo sobre qué decimos cuando hablamos de ‘salud mental’. En una aproximación superficial podríamos remitirnos a las clasificaciones médicas y psicológicas existentes pero esto es algo que resulta muy escaso si se desea reflexionar con cierta hondura sobre el tema³. Estamos ante un asunto que no se puede abordar sin remitirnos a la idea de ser humano de la que partimos y, por tanto, a los **ideales alcanzables** que le atribuimos.

La necesaria reconciliación con la imperfección y la finitud

Somos una realidad psíquica biológicamente sustentada que es finita, imperfecta y vulnerable⁴.

- **Finita** porque, innegociablemente, nuestra vida cuenta con un tiempo limitado. En España ronda los 83 años de media.
- **Imperfecta**. Sabemos que el fascinante equilibrio físico-químico que llamamos naturaleza biológica es una sofisticada quimera, es decir, no ocurre realmente; digamos que es ‘un equilibrio suficientemente bueno’. Solemos sufrir desajustes varios y somos bastante tolerantes antes de decidirnos a hablar de ‘pérdida de salud’. Desde el comienzo de nuestras vidas, nos acostumbramos a vivir con alergias, piel delicada, tendencia a bajas defensas, miopía, digestiones pesadas, presión arterial alta o baja, alopecia, insuficiencias hepáticas, corazón frágil, y así un largo etcétera. La mayoría de estos desajustes no tienen cura real, más allá de algunas precauciones o cuidados paliativos y, así las cosas, solemos decir cuando nos preguntan por nuestra salud, que estamos ‘bien, gracias a Dios’.
- **Vulnerable**. A pesar del mencionado equilibrio imperfecto, la naturaleza alcanza el prodigio del sistema llamado cuerpo (recordemos incluir el cerebro en la idea de cuerpo) constituido por tejidos en constante renovación, fluidos y compuestos químicos varios organizados y regulándose mutuamente. Sistema que, por su increíble complejidad, es enormemente vulnerable; es decir, cualquier fallo a lo largo del ciclo vital puede descompensar áreas importantes; pensemos en desarreglos hormonales, accidentes cardiovasculares, cánceres y toda

¹ Jesuita y Psicólogo Clínico es Profesor de Psicopatología Clínica en la Universidad Pontificia Comillas, Madrid. rmp@comillas.edu

² C. DÍAZ, *Diez virtudes para vivir con humanidad*, Fundación Emanuel Mounier, Madrid 2002, 7.

³ A este respecto se puede consultar: R. MEANA, “Reflexiones en torno a la docencia universitaria de la psicopatología clínica en el grado de psicología”: *Miscelánea Comillas* 71 (2013), 391-417.

⁴ Dada la naturaleza de estas reflexiones no podemos detenernos en la abundante bibliografía que desde el campo de las neurociencias se está produciendo sobre el ser humano y su especificidad. Basten como muestra: M. GAZZNIGA, *¿Qué nos hace humanos?*, Paidós, Madrid 2010; D. EAGLEMAN, *Incógnito. Las vidas secretas del cerebro*, Anagrama, Barcelona 2013.

la infinidad de pequeños problemas que se convierten en graves desajustes sistémicos por su efecto cascada. Realmente un prodigio sí, pero frágil.

Asumimos estas características de nuestra naturaleza física con cierta normalidad y sólo hablamos de enfermedad cuando ésta se impone impidiéndonos vivir lo que llamamos vida normal o nos produce serias dificultades para hacerlo. Cualquier fantasía que tengamos sobre nosotros como un sistema en equilibrio estable sin sombra de fallo alguno se ve completamente tumbada por la vida misma; somos una maquinaria fascinante sí, pero no exenta de pequeños desajustes que, casi con seguridad, irán aumentando con el paso de los años.

Lo interesante es que esta visión realista de nuestra biología no siempre se extiende a la visión que tenemos de nuestra facultad estrella, la mente. Nuestra psicología, es un conjunto de **funciones cerebrales** (conciencia, percepción, pensamiento, reacciones emocionales, automatismos motores, etc.) que se van configurando y consolidando a lo largo de nuestro desarrollo evolutivo, sustentadas por nuestra naturaleza biológica y moduladas por nuestro entorno social para constituir la persona que somos. Pero esta realidad psíquica suficientemente equilibrada, única e irrepetible que nos gusta sentir que somos dista mucho de poseer un equilibrio absoluto y permanente. Dentro de lo que llamamos personas ‘sanas’, tanto física como psicológicamente, puede haber un gran espectro de posibilidades: algunos nacen con un oído musical perfecto, otros con dificultades para entonar la canción más elemental; algunos poseen gran capacidad para recordar, otros tienen menos capacidad para fijar recuerdos; algunos disfrutan de equilibrio emocional mientras otros no tanto; algunos poseen una personalidad caracterizada por la firmeza y la seguridad mientras otras personas son y serán inseguras y cautelosas, etc. Es decir, todos tenemos aspectos en los que destacamos sobre otras personas y aspectos en los que otros nos ganan; a nadie se le ocurre pensar en quienes no destacan como si fueran enfermos.

Así las cosas, si reflexionamos sobre dónde radica la capacidad para vivir una vida feliz y digna parece claro que ésta no puede residir en una idea de salud que idealice la naturaleza psicobiológica del ser humano. Quien se empeña en alcanzar ese ideal de perfección, para sí mismo o para los suyos, está abocado a la frustración y el desencanto existencial porque busca un imposible. Para pensar en el ser humano feliz, pleno, saludable y digno hemos de partir de un ideal antropológico que integra la imperfección en su idealidad.

Es lo que hacen Kurtz y Ketcham⁵, inspiradores esenciales del movimiento Alcohólicos Anónimos, cuando dicen que afirmar ‘*no soy perfecto*’ es el primer paso para comprender la condición humana. Se trata de una afirmación aparentemente sencilla que encierra una verdad muy honda que afecta, también, a aspectos tan aparentemente alejados de la biología como los ideales éticos que encierra todo ideal antropológico; en el terreno ético tampoco es lo mismo integrar en el ideal la imperfección que no integrarla. No sólo tenemos el deseo de ser personas decentes, logrando serlo a ratos, también nos habitan una buena cantidad de deseos, necesidades e instintos innatos que muchas veces desearíamos no tener porque nos limitan en nuestra ruta hacia la perfección ética anhelada⁶. Las necesidades relacionadas con la estima, las emociones, la seguridad, el sexo, la supervivencia, el poder, el control, etc. están ahí. Sin todo ello no seríamos nosotros mismos, con todo ello no siempre somos quienes desearíamos ser⁷.

Total, imperfección también en lo más íntimo de nuestra identidad personal y en las posibilidades de alcanzar nuestras aspiraciones. Algo que creemos que es esencial asumir para

⁵ E. KURTZ Y K. KETCHAM, *The spirituality of imperfection*, Bantam Books, Nueva York 1992.

⁶ V. MACNAMARA, *The call to be human. Making sense of morality*, Veritas Publications, Dublin 2010.

⁷ Si prosiguiéramos en esta línea nuestra reflexión, aquí habría que ubicar conceptos como el ‘coraje existencial’, dimensión antropológica esencial para ser capaces de encarar sin desfallecer la frustración de no poder ser siempre como desearíamos ser. Ver: P. TILLICH, *The courage to be*, YUP, New Haven 1952; S. MADDI, “Hardiness: An Operationalization of Existential Courage”: *Journal of Humanistic Psychology*, 44/3 (2004), 279-298.

poder encarar dignamente, entre otras cosas, el asunto de la salud mental, su fragilidad y la eventual pérdida de la misma; para perfectamente entender al ser humano.

Y aquí nos encontramos con una seria dificultad: vivimos en una cultura en la que se concede una desmesurada importancia a buscar y alcanzar ideales de perfección física y psíquica, aunque sean aparentes. La combinación entre mercado de consumo y la falta de sentido de trascendencia que se dan en amplios sectores sociales hacen que se deposite en esos ideales la esperanza de calmar la angustia que produce la finitud humana. Las estructuras de consumo encuentran en esta angustia un nicho de mercado importantísimo y, por supuesto, potencia esta circunstancia con un consumismo que, evidentemente, no tiene ninguna finalidad antropocéntrica sino totalmente económica. Se ofrecen pseudo-soluciones en forma de píldoras, técnicas de cirugía o terapias psicológicas alternativas cuyo objetivo es alcanzar lo inalcanzable para dejar un llamativo reguero de vidas sin sentido; porque buscar lo imposible es el mejor modo de perderse en la insatisfacción permanente⁸

Hasta aquí, la reflexión nos ha llevado por la pregunta acerca del ideal antropológico que manejamos y cómo **no resulta sencillo vivir desde la certeza serena de nuestras imperfecciones** de todo orden. Veamos qué consecuencias tiene esto en el ámbito de la convivencia con los problemas de Salud Mental.

Enfermedad mental y estigma

Recordemos que el objeto de nuestra reflexión no es tanto la psicopatología en sí misma sino, más bien, nuestra posición existencial ante la misma; tanto ante la propia como ante la ajena. En este sentido, hay tres aspectos que no podemos dejar de lado.

El primero es lo que la OMS viene promoviendo desde el comienzo de los años 50 del siglo pasado: a la hora de encarar el asunto de los problemas psíquicos es más importante centrar la atención en la idea de '**salud mental**' que en la de enfermedad. Se entiende que el objetivo a alcanzar no es tanto la ausencia de enfermedad cuando lograr una síntesis personal suficientemente buena como para vivir con unos niveles aceptables de **autoestima**, participando **constructivamente** en los cambios de sus contextos y con un nivel de **armonía relacional** suficientemente bueno. Se trata de una mirada amplia y necesaria que no elimina del mapa la realidad de la enfermedad mental sino que la ubica de modo tal que, aun padeciéndola, no tiene por qué determinar la posibilidad de alcanzar una saludable felicidad.

El segundo tema que no podemos obviar y que dificulta discursos generalistas sobre la enfermedad mental es que *no toda perturbación psicológica es igual*. No sólo por sus **causas** (biológicas, contextuales o ambas en diferentes proporciones), por su **gravedad** (crónicas/incurables o transitorias/tratables) o por el momento del **desarrollo vital** en el que aparezcan (infancia, madurez, ancianidad⁹). De Marañón en adelante se habla no tanto de 'enfermedades' sino de 'enfermos' porque son muchos los factores que van a hacer que una persona

⁸ L.R. KASS, hace una interesante reflexión describiendo el vínculo que hay entre el imparable avance de las Ciencias Biomédicas y el afán por negar la finitud humana. Se fija en el uso que se hace de estos avances al servicio de todo aquello que va más allá de la pura terapia y nos alerta del peligro de estar generando y sosteniendo un ansia por alcanzar algo que sólo son **fantasías de omnipotencia** concretadas en 'cuerpos que no envejeczan y mentes que no sientan disconfort'. En ese contexto describe el complejo debate bioético entre 'terapia' y 'realce' (*therapy vs enhancement*): L. R. KASS, "Ageless bodies, happy souls", en S. M. DOWNES y E. MACHERY (eds.), *Arguing about human nature. Contemporary debates*, Routledge, Londres 2013, 559-573.

⁹ Creemos que es importante subrayar algo, a nuestro juicio, evidente: la vejez no es una enfermedad, es parte de nuestro ciclo vital. Actualmente hay tendencias muy fuertes que extienden la idea de vejez como enfermedad, consecuentemente curable en sus diversas manifestaciones y, por tanto, abriendo mercados imposibles al servicio del enmascaramiento de lo inevitable.

concreta viva de un modo específico un problema. El trabajo personalizado con los problemas de salud mental supone un **reto** tanto en lo referido a la fijación de los **objetivos terapéuticos** como en el tipo de **tratamiento** indicado. Cada persona y sus circunstancias exigirán metas *ad hoc* y caminos específicos para alcanzarlas porque no siempre se da la lógica fácil de que a toda enfermedad se corresponde una terapia oportuna que va a producir los efectos deseados. La cura de las enfermedades de la mente dista mucho de ser una ciencia tan exacta y tan eficaz como nos gustaría; algo, por cierto, que no la aparta excesivamente de la situación de muchas otras enfermedades físicas. A este respecto, en el S XIX los médicos franceses Bérard y Gubler afirmaban sabiamente: *Curar, pocas veces. Aliviar, a menudo. Consolar y confortar, siempre.*

El tercer asunto que es necesario mencionar al hablar de enfermedad mental es el del **estigma**. Se trata de un reto para el imaginario social de la enfermedad mental porque no todo problema psicológico marca a la persona de igual modo y, sin embargo, la pérdida de la salud mental, por mínima que sea, es una de las condiciones humanas más estigmatizadas en nuestra sociedad¹⁰.

Los enfermos mentales están oficialmente etiquetados, apartados, asociados a características indeseables como son el miedo, la vergüenza o la culpa. Uno de los primeros autores en tratar a fondo el tema de la estigmatización de la enfermedad mental, Erving Goffman, considera el estigma como *un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo*¹¹.

Habitualmente se habla de dos fuentes de estigmatización¹². Por un lado la que proviene de la imagen negativa que la sociedad tiene del enfermo hasta extremos de maltrato social. Por otro lado, la auto-estigmatización, la imagen negativa, con culpa y baja autoestima, que el enfermo va adquiriendo de sí; en gran medida por haber interiorizado la identidad estigmatizada que la sociedad le impone. Ambos vectores son muy importantes y deberían de ser manejados por separado y al tiempo.

El estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social: estereotipos, prejuicios y discriminación. Los **estereotipos** son generalizaciones, ‘supuestos saberes’ a los que se les otorga el grado de certezas que sirven para definir a un grupo constituido por individuos totalmente diferentes entre sí que sólo poseen algún atributo común. Cuando este presunto saber va cargado de una *reacción emocional negativa*, nos encontramos con el **prejuicio** que conduce a una desvaloración *a priori* y por tanto al fenómeno de la **discriminación**, es decir, al rechazo y la exclusión. Ahí aparece la **vergüenza**, tanto la del enfermo como la de la familia o amigos que terminan por vivir la presencia de la enfermedad mental como una realidad vergonzante. Es importante insistir en que esta dinámica estigmatizante afecta tanto a la auto-imagen de la persona enferma como, con mucha frecuencia, al resto de personas que están de algún modo en contacto con esa persona.

El ‘supuesto saber’ estigmatizante más frecuente en relación con la enfermedad mental tiene que ver con su *peligrosidad, debilidad de carácter, impredecibilidad*. Esto conduce a actitudes de temor o desconfianza sin razones claras que pueden llegar a convertirse en auténticos rechazo y odio ubicando tanto al enfermo como a sus familiares en situaciones de exclusión social. El papel

¹⁰ Libro Verde de la Salud Mental en Europa (2005) “*Estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y el empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete*”.

¹¹ E. GOFFMAN, *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Madrid 1970, 11.

¹² R. MEANA, “Algunos trazos para comprender mejor a las personas con esquizofrenia”, en J.P. NUÑEZ et al. *Sufrir Esquizofrenia*, Grupo 5, Madrid 2014, 68ss; M. MUÑOZ et Al., *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*, Editorial Complutense, Madrid 2009.

que cumplen los medios de comunicación en la dinámica estigmatizante es central. Existe un exceso de informaciones erróneas, poco precisas o reduccionistas sobre enfermedad mental que hacen que este sea un tema difícil de comprender y, por tanto, sujeto a todo tipo de reinterpretaciones subjetivas. La imagen (positiva o negativa) de los personajes con enfermedades mentales que aparezcan en los medios -incluidos espacios de ocio y tiempo libre, series televisivas, etc.- será crucial para la generalización ulterior que el gran público haga. Actualmente el imaginario ofrecido sigue siendo demasiado negativo¹³.

Familia y cuidadores

Es natural que en el entorno familiar de las personas con pérdida de salud mental surjan sentimientos contradictorios que sorprenden, en primer lugar, a quien los padece porque van contra lo que uno esperaría sentir hacia su familiar querido. Con no poca frecuencia sobrevienen *confusión, vergüenza social o reacciones emocionales como ansiedad o depresión* y mucho *miedo ante lo desconocido*. También la *agresividad* que brota de la impotencia y, por tanto, *culpa*. Lo cierto es que, racionalmente, es sabido que nadie tiene un problema mental porque quiere. Sin embargo, muchas veces se trata a las personas con dificultades psicológicas como si fueran responsables de su manera de ser y de las molestias que causan, tanto a sus contextos como a sí mismos; como si todo pudiera cambiar ‘si se lo propusiese’. A veces se intenta negar y ocultar la enfermedad bien haciendo como que no ocurre nada (incluso cuando es obvio que sí ocurre algo), bien alejando al enfermo de los contextos habituales apartándole en alguna institución por pura vergüenza. En la familia, lo más habitual es que, al comienzo, se dé un frenético carrusel de consultas a diversos especialistas tratando de encontrar a alguien que ofrezca una solución mejor que la que ya se tiene, llegando incluso a terrenos complicados como ‘terapias alternativas’ o gurús de diverso pelaje y grado de credibilidad; intentos que con frecuencia son tan económicamente desmedidos como ineficaces. En términos generales, las familias que se ven afectadas por la aparición de una enfermedad mental grave suelen pasar por un proceso de impacto y, posteriormente, por un proceso de adaptación siendo innegable que acostumbra a ser un trauma familiar importante en diversos niveles¹⁴.

El aspecto económico es, en ocasiones, un problema muy serio y no siempre porque los tratamientos puedan llegar a ser caros. Pensemos en las veces en las que el enfermo es quien aportaba un salario esencial en la familia que ya no se recibe porque se ve incapacitado para continuar trabajando. Otros aspectos menos tangibles también se pueden ver seriamente afectados: la relación de pareja, la dinámica familiar que pasa a girar en torno a la persona enferma, las relaciones sociales en declive, los tiempos de ocio que se difuminan, etc. Para la mayor parte de las familias será muy importante contar con algún tipo de orientación por parte de expertos que ayuden a manejar la situación del modo menos traumático posible.

Merece la pena mencionar, en este apartado, la posible aparición del “Síndrome del cuidador quemado”¹⁵. Es un aspecto importante que puede ser vivido con gran culpa y vergüenza por parte

¹³ A este respecto se puede consultar: A. MENA et al., “Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental”: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (2010), 597-611; P. STOUT et al., “Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research”: *Schizophrenia Bulletin*, 30 (2004), 543-561.

¹⁴ Se puede consultar: A. ROCAMORA, *Un enfermo en la familia. Claves para la intervención psicológica*, San Pablo, Madrid 2000.

¹⁵ C. MARRODAN, “El síndrome del cuidador quemado”, en I. ÁLVAREZ VÉLEZ y F. JÄÄSKELÄINEN (Coords.), *La familia ante la enfermedad*, Comillas, Madrid 2010, 139-148; E. LÓPEZ DE ARRÓYABE y E. CALVETE, “Estrés y duelo en familiares de personas con daño cerebral adquirido: factores de vulnerabilidad y superación” en B. CHARRO y M.J. CARRASCO (Eds.), *Crisis, vulnerabilidad y superación*, Comillas, Madrid 2013, 101-116.

de cuidadores para quienes llega un momento en el que sienten que no pueden más. Estamos ante la consecuencia de un estrés continuado que se materializa en un deterioro notable tanto del equilibrio psicológico del cuidador/a como de los cuidados ofrecidos.

Este síndrome es algo que ocurre con cierta frecuencia en el contexto familiar y la mejor prevención es luchar contra las ideas erradas sobre qué es cuidar bien. Generalmente la persona cuidadora, cargada de sentimientos nobles y gran generosidad, poco a poco va pensando que *‘sólo yo sé cómo hay que cuidarle’*, *‘sólo se va a sentir bien si le cuido yo’*, junto con algunos pensamientos victimizantes del tipo *‘mis familiares deberían darse cuenta de que necesito ayuda’* sin, por otro lado, facilitar que se incorporen a esa tarea. De este modo, va gradualmente cargándose con una obligación que termina siendo imposible de sobrellevar así como de sentimientos negativos hacia el enfermo que *‘no colabora’* y hacia los familiares que no parecen interesarse. Éste *‘cuidador quemado’* acaba por desarrollar problemas físicos y/o emocionales de diversa naturaleza: trastornos de sueño, fatiga crónica, dificultades de concentración, cambios de humor, agresividad, tensión etc. De nuevo, creemos que es importante contar siempre con el asesoramiento y la supervisión de profesionales que aporten objetividad sobre la magnitud del problema que se tiene delante, sobre lo que es esperable y lo que no lo es por parte del cuidador o sobre cuándo es necesario ceder la responsabilidad de la atención a otras personas o instituciones; es decir, corregir toda idea errónea sobre qué es cuidar bien para poder hacerlo.

Compasión

A nuestro juicio, para el ser humano una vida *‘felizmente vivida’* no es aquella en la que uno sólo experimenta sentimientos de alegría o euforia. La vida felizmente vivida incluye, al menos, **esfuerzo** (por tanto agotamiento), **amor** (por tanto olvido de sí), **compasión** (por tanto sufrir con la suerte del otro), **sentido** (por tanto elección y renuncia). Sin olvidar los otros vectores, nos vamos a fijar en la compasión y su importancia en la convivencia con la pérdida de salud mental.

J. Strauss¹⁶, experto investigador de enfermedades mentales graves y sus tratamientos, narra cómo cuando una persona en fase de recuperación de alguna de esas enfermedades habla de lo que le ha ayudado a salir adelante, la más importante fuente de mejora suele ser: *‘alguien a quien he importado’*. Es algo muy impactante cuando se está investigando sobre diversas técnicas o terapias sofisticadas y, de pronto, aparece como una herramienta terapéutica esencial algo tan sencillo y tan espontáneo en el ser humano sano y digno como es la mirada afectuosa hacia quien sufre.

Retomando el comienzo de nuestras reflexiones, parece que aprender a vivir y convivir con la fragilidad humana, tanto la propia como la ajena, es esencial para que el ser humano viva feliz. Al lado de una cultura desbordada por el empeño de algunos sectores, ligados al consumismo, por esconder la imperfección humana en todos los órdenes que da como resultado individuos víctimas de un egocentrismo vanidoso muy destructivo, vivimos tiempos en los que va cobrando forma un paradigma antropológico que tiene a la **compasión** como elemento *sine qua non*¹⁷. Ciertamente, en el tema que nos ocupa, es el único antídoto contra la mencionada estigmatización.

¹⁶ J. STRAUSS, “Re-conceptualizing Schizophrenia”: *Schizophrenia Bulletin* 40 (2014), 97-100.

¹⁷ En el ámbito de la psicología, merece ser destacada la obra de Paul Gilbert *The Compassionate Mind* (Constable, Londres 2010) donde deja constancia de la gran cantidad de investigaciones que ratifican con evidencias científicas lo que prácticamente todas las tradiciones filosófico-espirituales habían afirmado al otorgar a la compasión un papel antropológico central. Por supuesto, en el ámbito teológico esto ha estado siempre presente, merece la pena ver la exhaustiva revisión que de ello hace: W. KASPER, *La misericordia. Clave del Evangelio y de la vida cristiana*, Sal Terra, Santander 2015. Por cierto, hemos de entender compasión y misericordia como dos elementos relacionados en donde la primera es una dimensión psicológica indispensable para comprender la segunda que sería una actitud hacia el otro.

Para la persona que vive desde un ideal antropológico caracterizado por la fragilidad y la imperfección, empezando por la propia, el enfermo no es visto como alguien vergonzante, atemorizante, ajeno a uno mismo y desprovisto de los atributos que le caracterizan como humano. El enfermo es compasivamente percibido como un **semejante**, es decir, alguien con sus luchas interiores, anhelos y desesperanzas iguales o parecidas a quienes se ven más saludables.

Entre los varios sistemas motivacionales que se entrelazan como motores del comportamiento humano, ocupa un lugar preeminente el denominado ‘Hetero-conservación’: la necesidad de proteger y cuidar de los otros. Autores como H. Bleichmar afirman sin dudar que es *“una fuerza tan poderosa que hace que algunas personas sean capaces de sacrificar su auto-conservación, y su vida misma, en aras de satisfacer el deseo de conservar al otro, de protegerle”* (...) *“el cuidado de la vida corporal y mental del otro (hetero-conservación) es una motivación indispensable a considerar en el interjuego de las motivaciones del psiquismo humano”*¹⁸.

Que el ser humano centrado en el cuidado de otros es profundamente feliz, es una verdad antropológica incuestionable a la luz de la experiencia de toda cultura en todo tiempo. Ahora bien, aunque la hetero-conservación es una motivación con un sustrato genético importante, al servicio del cuidado de la especie, que produce un estado de felicidad cuando se satisface, también es cierto que necesita de cierto ‘entrenamiento’ (el que da la crianza y la educación) para que no se vea sobrepasada por motivaciones más apremiantes que dan lugar a satisfacciones más inmediatas como las que vienen de parte de la propia auto-conservación o del narcisismo. Dicho desde otro punto de vista, difícilmente se comprende la naturaleza e importancia de la compasión si no se posee la experiencia de que ha habido un ‘otro’ compasivo que, saliendo de sí mismo, ha sido ‘alguien a quien he importado’¹⁹; no es poesía, es antropología, somos así.

Por eso es importante caer en la cuenta del efecto multiplicador de las actitudes y los comportamientos auténticamente compasivos. Desde el punto de vista educativo, debería ser una apuesta muy clara y meditada el promover contextos educativos y familiares que transmitan esta dimensión antropológica muy en crisis en un mundo demasiadas veces caracterizado por alentar rivalidades y por promover egocentrismos vanidosos.

Traído a nuestra preocupación, sólo un marco relacional compasivo puede ayudar a convivir con personas con problemas de salud mental y manejarse en esa difícil situación sin desfallecer física o psíquicamente. Además es un ingrediente esencial para ayudar a seguir adelante y a tener esperanza a quien padece o va padeciendo limitaciones psicológicas. Ahora bien, infundir esperanza no es sólo invitar a imaginar que llegará la curación porque en más de una ocasión esto es muy poco realista y termina por sonar hueco; más bien se trata de ofrecer a otra persona un hombro en el que apoyarse (‘alguien a quien importo’) mientras los procesos siguen su dramático curso en la dirección que sea. Ahí reside, a nuestro juicio, un factor esencial para que ambas partes tengan una vida humana felizmente vivida a pesar de la enfermedad.

¹⁸ H. BLEICHMAR, *Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular-transformacional*: Aperturas Psicoanalíticas, Madrid 1999, en línea, <http://www.aperturas.org/revistas.php?n=003>.

¹⁹ Es célebre la bella imagen de Heinz Kohut cuando dice que para alcanzar un sano equilibrio psíquico y llegar a establecer relaciones significativas resulta crucial haber vivido la experiencia de sentir ‘el brillo afectuoso en la mirada de una madre’.