

Enfermedad, dolor y curación en la persona mayor. A propósito de un trabajo de campo etnográfico en residencias para mayores de una Congregación religiosa internacional¹.

Alejandro de Haro Honrubia
Profesor Titular de Antropología Social
Facultad de Trabajo Social de Cuenca
Universidad de Castilla-La Mancha
Email: Alejandro.Haro@uclm.es

¹Los contenidos de este trabajo están publicados en *Volumen*: vol. 2, en la obra colectiva: José Jesús Gázquez Linares,(coord.), *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento*. Editorial: Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP), Universidad de Almería. Páginas (inicial y final): 397-402. País de Publicación: España Año de publicación: 2014 ISBN: 978-84-617-0181-0 Depósito Legal: AL 510-2014.

Resumen: El objetivo de este trabajo es mostrar, a partir de un estudio de campo etnográfico en residencias para mayores privadas y religiosas, cómo se enfrentan en la vejez la enfermedad y dolor, así como cuáles son los diferentes procesos de curación, que podemos entender en términos de ritos de cuidado/cura. En estas residencias los procesos de dolor y enfermedad se abordan tanto desde la biomedicina o el ámbito médico sanitario (prácticas médicas hegemónicas que recogen lo que se denomina “cure” o tratamiento técnico- farmacológico de la enfermedad y el dolor), como también desde el ámbito simbólico o religioso espiritual (que canaliza la idea del “care” o tratamiento de la enfermedad y el dolor desde un punto de vista más afectivo o humanitario), que incluye toda una serie de procesos de ritualización. Nuestra investigación etnográfica de campo se ha realizado en España (en concreto en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha), aunque bien es cierto que presenta una notable proyección internacional, pues nuestro estudio se ha llevado a cabo en diversas residencias para mayores que son parte integrante de la “Congregación Internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados”, fundada en 1873 y que goza de infinidad de residencias por los siguientes cuatro continentes: Europa, Asia, África y América.

Palabras clave: vejez, dolor, enfermedad, religión, ritos, cura.

-Introducción.

El objetivo de este trabajo es mostrar, a partir de un estudio de campo etnográfico en residencias para mayores, cómo se enfrentan en la vejez la enfermedad y dolor, así como cuáles son los diferentes procesos de curación, que podemos entender en términos de ritos de cuidado/cura. Para cumplir con nuestro objetivo hemos ubicado este trabajo, como decimos, en residencias para mayores, que en nuestro caso presentan además la peculiaridad de ser privadas y religiosas. Todas ellas forman parte de una Congregación religiosa Internacional. En estas residencias los procesos de dolor y enfermedad se abordan tanto desde la biomedicina o el ámbito médico sanitario (prácticas médicas hegemónicas que recogen lo que se denomina “cure” o tratamiento técnico- farmacológico de la enfermedad), como también desde el ámbito simbólico o religioso espiritual (que canaliza la idea del “care” o tratamiento de la enfermedad y el dolor desde un punto de vista más afectivo o humanitario), que incluye toda una serie de procesos de ritualización. Nuestra investigación etnográfica de campo se ha realizado en España (en concreto en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha), aunque bien es cierto que presenta una notable proyección internacional, pues nuestro estudio se ha llevado a cabo en diversas residencias para mayores que son parte integrante de la “Congregación Internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados”, fundada en 1873 y que goza de infinidad de residencias por los siguientes cuatro continentes: Europa, Asia, África y América. El carisma de la *Congregación* es el *cuidado y asistencia espiritual y material de los ancianos desvalidos de uno y otro sexo*. Y es que se trata de instituciones para mayores privadas y mixtas, algunas de ellas antiguamente asilos, que acogen a hombres y mujeres, ubicados en espacios separados. Se les denomina asimismo personas válidas (independientes, autónomas) o bien personas asistidas (afectadas, demenciadas, discapacitadas, enfermas) –estas últimas se encuentran normalmente en la enfermería–, y tienen, al menos, 60 años de edad. La normativa de estos centros, sin ánimo de lucro, dice que acoge a toda persona mayor, pero si esta persona mayor es *válida* aporta el 80 por ciento de su sueldo o pensión y si es persona mayor *asistida* aporta el 100 por ciento de su sueldo-pensión. También

aceptan estas instituciones residenciales sin perjuicio de lo anterior, toda ayuda que de personas privadas o instituciones puedan recibir, de familiares también. Aportaciones que se destinan a atender a los mayores residentes, los cuales conforman, al menos la mayoría de ellos, lo que se ha dado en llamar “Tercera Edad” (mayores de 65 años) aunque en la actualidad también ha surgido el término “Cuarta Edad” –e incluso en algunos sitios como Finlandia, donde estuve visitando algunas residencias para mayores tanto públicas como privadas, se comienza a hablar de una “Quinta Edad” para los mayores de noventa años–. La “Cuarta Edad”, término más consolidado, es comprendida en términos de “el envejecimiento del envejecimiento” o también envejecimiento interno, que engloba a todas aquellas personas mayores de ochenta años, que cada vez lo son más por la tendencia al envejecimiento poblacional y sobre todo por el aumento de la esperanza y calidad de vida en una sociedad en la que crece exponencialmente el número de residencias para mayores, tanto de titularidad privada como pública, que se circunscriben en lo que se ha dado en llamar “Cultura de la ancianidad”.

-Metodología, Objetivos e Hipótesis de Trabajo.

El tipo de metodología utilizada durante el proceso investigador ha sido la observación directa y participante (se ha realizado fundamentalmente en las salas de ocio de los ancianos, el comedor, la cafetería, los pasillos, la enfermería, el gimnasio, la peluquería), junto a una serie de entrevistas semiestructuradas abiertas (se han realizado 45 entrevistas en profundidad a personas mayores con edades comprendidas entre los 60 y 80 años, y también a personal institucional) y conversaciones de carácter más informal (se ha conversado hasta la fecha con un total de 200 mayores, así como con personal de los diferentes centros para la “Tercera Edad”: enfermeras, cuidadores formales e informales, “hermanas” o monjas, terapeuta ocupacional). Se ha conversado, cosa en principio nada fácil pues se encuentran en situación de semiclausura aparte de los prejuicios que hacia mi labor puedan manifestar, con todas las “hermanas” (monjas) de la caridad, siendo algunas de ellas asistidas. Como me dijo una de las Madres Superiores de una de las Residencias de la “Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados”: “Somos 13 de Comunidad, pero tres de ellas son también personas asistidas a las que tenemos que cuidar. Las que estamos en activo somos diez y luego tenemos pues 24 empleados que –dice la Madre Superiora– están trabajando aquí

y luego también hay un grupo de voluntarios que viene todos los días” (Madre Superiora, comunicación personal, 2010).

Estas palabras de una Madre Superiora acerca de las pocas monjas que conforman la institución que dirige me hacen recordar una de las características con que el sociólogo Erving Goffman define la “institución total”: “En las instituciones totales hay una escisión básica entre un grupo manejado, que adecuadamente se llama de internos, y un pequeño personal supervisor” (Goffman, 1988: 20). Grupo supervisor conformado por monjas o personal religioso que no me puso impedimentos pero sí condiciones, como no difundir los nombres de las personas mayores en posibles futuros trabajos. Son, como decimos los antropólogos, las “normas de la casa” aparte de una cuestión de ética personal y profesional: salvaguardar la identidad de los actores sociales implicados en el trabajo. La información obtenida nos ha permitido ahondar, en relación a un determinado colectivo o grupo social, como es el grupo de personas mayores, en la última etapa del ciclo vital que denominamos vejez o ancianidad, a partir de la observación llevada a cabo en diferentes centros residenciales religiosos que forman parte de la ya mencionada Congregación religiosa internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados. Nuestra investigación etnográfica de campo –este es un trabajo de antropología aplicada al estudio de la vejez o ancianidad– en centros o instituciones para mayores de carácter religioso –también se ha obtenido información, pero mucho menor, en centros de carácter laico– nos ha reportado un tipo de información que ha satisfecho nuestros objetivos que versan acerca de la relación entre vejez, cuerpo, dolor, salud, enfermedad y religiosidad, siendo esta última una variable para nosotros trascendental, pues no en vano aquellos espacios son, como ya hemos anunciado, de carácter religioso así como forman parte de una Congregación con esta misma consideración.

Nuestra principal hipótesis de trabajo no ha sido otra que evidenciar la relación que guarda el contexto religioso institucional con el funcionamiento de estos centros residenciales y especialmente con las acciones de cuidado/cura en la vejez. Los procesos de intervención curativa no responden exclusivamente al modelo biomédico (farmacológico) occidental, sino que también presentan una dimensión humanitaria, espiritual o más religioso trascendental (que se concreta en lo que podríamos denominar una ética del “caring”), al menos en los centros religiosos para mayores por mí visitados.

-Resultados. Símbolos, Ritos, Valores y Virtudes en los Centros Religiosos para Mayores de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados.

La “Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados” defiende, aun cuando respeta otras creencias, una concepción o visión cristiano-católica del hombre y el mundo. Asimismo indica que la Iglesia Católica como institución religiosa está detrás de esta “Congregación” a nivel nacional e internacional. En los centros de la Congregación encontramos pequeñas iglesias en las cuales se celebran actos litúrgicos a diario o, como los ancianos los denominan comúnmente: misas. La misa es un acontecimiento colectivo que, a modo de ritual cotidiano, se celebra, al menos en los centros por mí visitados, por partida doble, es decir, por las mañanas y por las tardes. Se celebra todos los días en la iglesia interior de que disponen las residencias de la “Congregación” en que he estado. En misa, según he podido comprobar realizando observación participante, las mujeres están más cercas del altar, su comportamiento denota mayor apego espiritual. Los hombres están situados más atrás. Las mujeres participan más de la vida religiosa institucional en general, están como más predispuestas a ello. Una de mis informantes, una mujer de 68 años que trabaja en una de las residencias como portera, un día me dijo a propósito de esta cuestión que “las mujeres son más activas en esto –se refiere a la religión–, están más formadas en ello”, y continuó diciendo que “los hombres son más reacios a estas cosas, pero por formación, no han recibido la formación adecuada, y las mujeres sí, por lo tanto no se les puede pedir más, porque no los han formado en ello, pero sí que es verdad que algunos hombres participan y se interesan por estos temas, aunque normalmente son más reacios a los mismos” (Mujer de 68 años, comunicación personal, 2010). También me comentó, no obstante, que “también hay mujeres que han trabajado en el campo y no se han podido dedicar tanto a la vida religiosa”. La diferenciación, en cualquier caso, en este punto es importante, pues, por ejemplo, en los actos litúrgicos que se celebran en las instituciones para mayores que he visitado, las ancianas generalmente toman todas ellas el “Cuerpo de Cristo” y se ponen asimismo de rodillas para rezar, siendo escasos los hombres que toman el “Cuerpo de Cristo”. Bien es cierto que suele haber algún anciano más implicado. Por ejemplo, uno de los ancianos, de 73 años de edad, me dijo en una ocasión que él va mucho a misa, todos los días por la mañana a prima hora y por la tarde: “Últimamente he estado yendo a rezar el Rosario”. También me dice este anciano, que “también hemos visto muchas películas de Jesús en la tele” (anciano de 73 años, comunicación personal, 2010). Sin embargo, es entre las mujeres, donde es más

corriente escuchar expresiones como la siguiente: “hoy he estado en misa aunque voy todos los días”. La iglesia conforma un espacio ritual que a modo de escenario acoge diferentes rituales religiosos. Un escenario cuyos límites y segmentos son artificiales. En la totalidad de los actos rituales religiosos o litúrgicos celebrados en las iglesias de las instituciones residenciales que he visitado, el párroco o sacerdote –cuya vestimenta, así como la de las monjas, es símbolo o marca distintiva de su condición ritual, de su estado ritual de pureza– no sólo insta cristianamente a las personas mayores y a todos los asistentes (también acude, como dije, gente anónima de la calle) a que amen al prójimo, que padezcan y sufran con él, sino que también les invita a que sean solidarios, compasivos y a que se ayuden mutuamente, es decir, que difundan los valores/virtudes cristianos. Se observa la dimensión terapéutico/salvífica de la acción religioso ritual (acción curadora) que encabeza el párroco. Es una manera de fomentar el cuidado como cura entre los mayores más allá de los procesos formalizados y hegemónicos de intervención biomédica y/o farmacológica. El protocolo ritual, como dice el profesor de antropología social Carmelo Lisón Tolosana es una categoría antropológica que “redefine al yo en sus experiencias elementales y episodios-límite traduciéndolos a registro simbólico-religioso”. Frente a la injusticia, el sufrimiento inacabable, la brutalidad del mal y el enigma de la muerte, propios todos de la humana condición, “responde el ritual anunciando la epifanía de otra presencia, misteriosa desde luego, pero trascendente y salvadora”. Concretamente, Carmelo Lisón nos dice que el ritual es acción total en la que intervienen palabras, gestos, e instrumentos materiales y movimientos corporales que tienen por fin “la afirmación humana positiva, voluntariosa e intencional, enérgica frente al yo plural, al grupo solidario e insolidario, a lo misterioso de la vida, de la enfermedad, del mal y de la muerte”. Con él se pretende el retorno a la normalidad, “a la salud, vibrar en el placer, vivir según lo que debe ser y suceder, en moralidad colectiva”. No hay otro medio de enfrentarse, o al menos aproximarse, al misterio que trasciende lo humano: “o doblegarse sumiso ante la tragedia de nuestros problemas insolubles o responder a la provocación de ese terrible misterio, a lo supra empírico, a lo absoluto con un recurso supremo, trascendente, con el ritual” (Lisón Tolosana, 1997: 44-45). En todo escenario ritual se contemplan símbolos rituales. Durante las liturgias, el párroco de las diferentes instituciones que he visitado hacía mucho hincapié en el cuerpo y en la sangre de Cristo. Lo hacía a través, y metafóricamente, del pan y el vino como símbolos religiosos representativos del cuerpo y la sangre de Cristo respectivamente, de quien se predica la importancia que concedió al amor y la

compasión. El amor al otro, valor ético principal, es símbolo de la caridad y beneficencia cristiana. La beneficencia cristiana manifiesta grandes dosis de filantropía cuyos orígenes aquélla sitúa en la “filantropía” hipocrática “como actitud de amor a la persona enferma que busca y genera su mejora o curación” (Boixareu, 2008: 247). El párroco de una de las Residencias de la “Congregación”, en los diferentes actos litúrgicos que yo mismo he presenciado anima a lo siguiente: “El amor es lo que tiene que guiar vuestras vidas y vuestras relaciones sociales”, “Amor al prójimo, estar con él, sufrir con él, padecer con él”. Hay que padecer con el otro, sufrir con su dolor, como dicta la ética cristiana que identifica a Jesucristo como aquel que ha sufrido el mayor dolor. Es el amor al otro, especialmente al otro enfermo, desvalido o “asistido” lo que desde la “Congregación” se piensa mitiga gran parte del dolor y el sufrimiento: “La tolerancia, el consenso, la solidaridad de la que tanto se habla hoy se reduce, afirma el párroco ya mencionado de una de las Residencias de la “Congregación”, al amor al prójimo. Dios nos da amor, aunque todos nosotros seamos a veces un poco barrabás”. El amor en sus diferentes manifestaciones (solidaridad, compasión...) conduce el ritual religioso. El sacerdote insta, como digo, a sus feligreses, en este caso a la comunidad de ancianos, a que hagan suyo el valor del amor en un sentido amplio, es decir, como atención, solicitud, diligencia, esmero, cuidado como asistencia. De esta acepción del cuidado como asistencia y ayuda al otro, solicitud y atención también se deriva como dice Irene Comins la palabra “cura”: “Al párroco se aplicó esta denominación por tener a su cargo –dice la profesora Irene Comins en *Filosofía del cuidar. Una propuesta coeducativa para la paz*– la cura de las almas o cuidado espiritual de sus feligreses” (Comins Mingol, 2009: 270). El ritual religioso, “puede –como dice el catedrático de antropología social Carmelo Lisón Tolosana– curar y solidarizar, incluir y excluir; es obra del espíritu y a él se dirige” (Lisón Tolosana, 1997: 53).

-Discusión/Conclusiones: Dimensiones del dolor en la vejez y procesos de intervención curativa.

En los “Anales de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados” se afirma que los temores de los mayores –anejos la mayoría de ellos a los dolores– son muchos de ellos imaginarios. Una de las Madres Superiores de la “Congregación” me dijo en una ocasión, respecto de los dolores de las personas mayores, lo siguiente: “A veces son dolores imaginarios los que tienen. Es cierto que a veces los tienen pero muchas veces es más psíquico que real. Y de hecho lo comprobamos cuando les cambiamos de tema o

de otra cosa y ya no se acuerdan de ese dolor, por eso lo importante que es el calor, el darle cariño, el darle cercanía, es muy importante, cuando la persona tiene todo esto se siente más aliviada” (Madre Superiora, comunicación personal, 2011). Para esta Madre Superiora, el “padecer” “dolores imaginarios” es casi normal en el mundo de los mayores en general, tal y como ella lo ha experimentado personalmente en todas aquellas Residencias de la “Congregación” en que ha trabajado: “Eso es en todo, el mundo de los mayores en todos los sitios es igual, y de hecho lo comentábamos el otro día, en todos los casas que llevamos, no es que lleve muchas casas, pero sí que he estado en cinco Residencias, he estado en tres como directora y en las demás he estado de hermana, y siempre pues es lo típico, personas que están muy metidas en sus dolores, los mismos casos, más o menos, con distintos nombres, pero en general el mundo de los mayores es así” (Madre Superiora, comunicación personal, 2011). Pero no solamente es esta Madre Superiora quien utiliza aquella expresión. Un autor como Johannes Vilar y Planas de Farnés en *Antropología del dolor. Sombras que son luz*, se refiere al dolor imaginario en términos de “dolor neurosis, que es puesto en marcha por la imaginación” (Vilar y Planas de Farnés, 1998: 55). Los dolores que padecen o dicen padecer los mayores son tipificados de diversas maneras y no solamente atendiendo a su dimensión físico-corporal. En una ocasión una mujer de 74 años, interna de una de las Residencias objeto de estudio, al preguntarle por el estado de su pierna que desde hacía tiempo presentaba heridas, estando asimismo inflamada por problemas de circulación de la sangre, me dijo: “Me curaron ayer, la enfermera, pero me duele todo, hasta el alma” (Mujer de 74 años, comunicación personal, 2012). El dolor del alma remite a un dolor de tipo moral/emocional que desencadena, o así parece, una dolencia somático-corporal. Se hace necesario atender a la dimensión simbólica antropológica del dolor que nos obliga a descubrir su significado de forma global. Por ejemplo, se puede analizar la tendencia que algunas ancianas tienen a “democratizar” los dolores, pues como me dijo una anciana de 64 años: “dolores tenemos todas, a todas nos duele algo”. Es lo que Francesc Torralba denomina, “el dolor por sugestión”, pues “el dolor no es un hecho puramente individual. La interacción con el otro puede ser generadora de dolor” (Torralba, 2008: 252). El grupo social puede asimismo actuar como agente activo ante la enfermedad y el dolor, sea éste real o ficticio. Como argumenta el reconocido antropólogo Eduardo Menéndez, “los padecimientos presentan un eje individual y colectivo. Todas las sociedades han reconocido algunos de los padecimientos como fenómenos que adquieren un carácter colectivo y que, por lo menos, en parte deben ser

solucionados a nivel colectivo (...). Los sujetos y grupos sociales (...) no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino sobre todo significados subjetivos y sociales” (Menéndez, 1994: 72). La dimensión antropológica o simbólico-social del dolor puede rastrearse a través del siguiente ejemplo: Hay enfermos o pacientes que pueden llegar a utilizar su enfermedad para conquistar el interés y el aprecio de los demás, del prójimo. Este fenómeno se conoce como “síndrome de Münchhausen” que consiste en, por ejemplo, con ayuda de la mentira, refugiarse en enfermedades imaginarias con las que se pretende ser objeto de cuidados: análisis, exploraciones, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, etc. Se trata, por supuesto, de casos extremos, aun cuando en el mundo de los “mayores” no resulta difícil encontrarse con estas situaciones. Detectar este fenómeno es “un factor decisivo para que la ayuda prestada sea eficaz” (Vilar y Planas de Farnés, 1998: 149-150). En las residencias en que he investigado como observador participante, he podido comprobar cómo algunas ancianas son criticadas por otras compañeras bien por el hecho de estar continuamente quejándose, o bien por fingir dolores o enfermedades. Una anciana de 81 años llamada Pilar me dijo en el transcurso de una conversación y respecto de otra anciana de 74 años de edad llamada M^a José, lo siguiente: “Se queja mucho, siempre se está quejando con el tema de la pierna, quieren que estemos encima de ella, que las monjas estén encima de ella. María tiene artrosis y la pierna un poco mal, pero ahora la tiene mejor que nunca, no era para ir al médico, pues le han tocado y tiene la pierna bien. Ella piensa que tiene cáncer, que tiene algo malo y que se va a morir, siempre está diciendo que le duele y que cuando va al médico no le dicen nada” (Mujer de 81 años, comunicación personal, 2012). Y también me comentó Pilar que “María José se queja mucho, piensa que tiene una enfermedad mala, que se va a morir, que tiene cáncer, se piensa que sólo tiene ella dolores y que las demás no tenemos nada”. Aun cuando realmente no tenga tal enfermedad o dolores, María, que tiene la pierna izquierda malherida, los percibe como amenazas y esto influye en su comportamiento y genera reacciones sociales grupales. Los padecimientos constituyen “hechos cotidianos y recurrentes (...), una parte de los mismos pueden aparecer ante los sujetos y los grupos sociales como amenazas permanentes o circunstanciales, a nivel real o imaginario” (Menéndez, 1994: 71 y s). Otra anciana de 79 años llamada Lola, me dijo en una ocasión que “María lleva a Sor Teresa de cabeza, el otro día se fue a su habitación y cuando fue Sor Teresa haber que le pasaba, le dijo que no le hacían caso (...). María siempre está quejándose”. Otra anciana llamada Pepa de 76 años ratificaba lo que decían sus compañeras respecto de María, a saber: que “siempre se está

quejando”. Otra anciana de 73 años llamada Esperanza me dijo que “María José se queja de que le duele todo, como si sólo a ella le doliera o tuviera dolores”. El caso de María lo llegan a interpretar el resto de compañeras internas como una especie de “delirio” (el “dolor delirio” de que habla Johannes Vilar y Planas de Farnés) (Vilar y Planas de Farnés, 1998: 55-56). El cualquier caso, como dice esta última anciana los dolores no sólo los padece M^a José, sino también muchas otras. Rosa, una mujer de 69 años, comentaba un día lo siguiente contestando a María: “Oiga que a mí también me duele toda la pierna, y los dedos de los pies, me he echado una crema esta mañana, después de lavarme, pero me duelen mucho los dedos de los pies, o sea, que no es usted sola”. Gloria, una mujer de 71 años también respondía a María con las siguientes palabras: “a mí no me duele nada –dice en tono irónico–, sólo de la cabeza a los pies”. Otra mujer, Soledad de 73 años, comentaba un día en otra de las residencias de la “Congregación”, lo siguiente: “pues a mí me duele todo” en respuesta a una de sus compañeras. Y otra mujer anciana de 77 años, llamada Ana, decía lo siguiente: “Yo he sufrido vértigo y me duele toda la parte de detrás de la espalda y apenas he dormido está noche”. Todas estas situaciones delatan que el dolor no es exclusivamente un hecho fisiológico, sino existencial. No es el cuerpo, por decirlo así, quien solamente sufre sino el individuo entero que, como estos casos ilustran, difunde socialmente ese dolor. No se puede aplicar un punto de vista exclusivamente fisiológico y centrado solamente en el individuo. Más conveniente es aplicar, como aquí hacemos, el punto de vista antropológico que atiende especialmente a la respuesta social (simbólico grupal) ante el dolor. Aunque la “Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor” (*Internacional Association for the Study of Pain*) ofrece la siguiente definición del dolor: una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un mal presente o potencial, lo más acertado es hablar del dolor total desde, como decimos más arriba, un punto de vista antropológico, como un tipo de dolor que no se refiere exclusivamente al dolor que se experimenta en una determinada región de la corporeidad humana, sino a un dolor configurado por elementos no sólo “somáticos sino también psicológicos, afectivos, socioeconómicos, rituales y espirituales”. La importancia de tal noción es que si el dolor es total, sólo será posible controlarlo llevando a cabo una intervención multidimensional: “El dolor no es solamente un fenómeno fisiológico, una variación cuantitativa, sino un estado auténticamente anormal. El dolor es un fenómeno de reacción total. Cada cual se enfrenta a él individualmente. La toma de conciencia progresiva del dolor en sí mismo conduce a poner de manifiesto los múltiples factores

que inciden en él. El dolor es, pues, desde un punto de vista antropológico, “un fenómeno multidimensional plurifactorial y no una simple reacción unívoca” (Torralba 2008: 251-252). El dolor es un fenómeno vital, digamos mejor existencial. Como experiencia vital, “está arraigado en el sujeto que lo sufre y resulta incomprensible a quien no lo experimenta” (Pizza, 2007: 288).

Desde la “Congregación”, como respuesta a esta situación, lo que se intenta es que los mayores abandonen la visión estrictamente “maléfica” que tienen de la enfermedad y el dolor. Estos presentan entre las personas mayores, como diría Eduardo Menéndez, “una significación colectiva negativa” (Menéndez, 1994, 71), -son símbolo del mal- que hay que abandonar adoptando una visión más “benéfica” de la enfermedad y el dolor, que según los miembros de la “Congregación” nos anima a asumir aquellos dos desde el amor a Dios, para así lograr su superación. Resumiendo, la enfermedad y el dolor, independientemente de su naturaleza, se afrontan desde la “Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados” tanto en clave biomédica como religioso trascendental, es decir, recurriendo tanto a la medicina farmacológica (fármacos que se dispensan varias veces al día, como por ejemplo a la hora de la comida en el comedor), como especialmente al amor de Cristo como camino/símbolo de salvación/curación. Uno de mis informantes, una mujer de 60 años que trabaja en una de las Residencias de la “Congregación” a que hacemos mención, me dijo un día que una de las actividades de carácter religioso es el “sacramento con los enfermos”. Como dice la antropóloga Manuela Cantón Delgado en *La razón hechizada. Teorías antropológicas de la religión*, “si un determinado ritual es realizado con el propósito de sanar a un enfermo, debe existir una creencia previa que postule el control sobrenatural de la enfermedad y la curación, así como la posibilidad de que la actividad ritual humana ejerza una influencia y propicie esa acción sobrenatural” (Cantón, 2001: 18).

-Referencias.

Boixareu, R. M. (2008). La enfermedad, cuestión social. En R. M. Boixareu (Ed.), *De la Antropología Filosófica a la Antropología de la Salud*, editado (pp. 237-249). Barcelona: Editorial Herder.

Cantón, M. (2001). *La razón hechizada. Teorías antropológicas de la religión*. Barcelona: Ariel Antropología.

Comins Mingol, I. (2009). *Filosofía del cuidar. Una propuesta coeducativo para la paz*. Barcelona: Icaria.

Goffman, E. (1988). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Lisón Tolosana, C. (1997). *Las máscaras de la identidad. Claves antropológicas*. Barcelona: Ariel Antropología.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades*, 4 (7), 71-83.

Pizza, G. (2007). Antropología médica: una propuesta de investigación. En C. Lisón Tolosana (Ed.), *Introducción a la antropología social y cultural, Teoría, método y práctica*, (pp. 267-292). Madrid: Akal.

Torralba, F. (2008). Sufrimiento: Una exploración conceptual. La cuestión del sentido. En R. M. Boixareu (Ed.), *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*, (pp. 251-263). Barcelona: Editorial Herder.

Vilar y Planas de Farnés, J. (1998). *Antropología del dolor. Sombras que son luz*. Navarra: Ediciones de la Universidad de Navarra, S.A.

