



La enfermedad como fracaso: la culpación de los pacientes

Illness as Failure: Blaming Patients

■ Richard B. Gunderman

Resumen

El personal sanitario tiende a ver la enfermedad como el precio del pecado, pero la Biblia nos ofrece una orientación mejor, cual es la de Dios como amor y comprometido con su pueblo, a pesar de sus frecuentes debilidades. Aunque a veces puede ser oportuno advertir a los pacientes de los riesgos que sus hábitos tienen para su salud, culpar al enfermo cuando la ha perdido, significaría negarle atención precisamente cuando más la necesita.

Palabras clave

Enfermedad. Culpa. Enfermedad como fracaso.

Abstract

Caregivers easily see in illness the wage of sin, but the better Biblical guide is the model of God's loving, covenantal to His people in spite of their recurring weaknesses. Although it is some times appropriate to warn patients that their habits jeopardize their health, to blame the patient when health is lost may be to fail to offer care precisely when it is most needed.

Key words

Illness. Blame. Illness as failure.

El autor es Subdirector del Departamento de Radiología y Director del Servicio de Radiología Pediátrica, así como Profesor Asociado de Radiología, Pediatría, Educación Médica, Filosofía, Humanidades y Filantropía de la Indiana University (Indianapolis, Indiana, EE.UU.). El artículo se reproduce con permiso del autor y del The Hastings Center: Gunderman R. Illness as Failure: Blaming Patients. Hastings Center Report 30, n.º 4 (2000):7-11. La traducción es de Santiago Prieto.

■ *A los cincuenta cada uno tiene la cara que se merece.*

George Orwell

El reproche ha roto mi corazón; los pesares me abruman; he buscado a alguien que tuviera compasión de mí, pero no encontré a nadie que me consolara. Me dieron ira para comer, y cuando tuve sed me dieron vinagre para beber.

Misal

El señor Washington, un hombre de 58 años con una larga historia de alcoholismo y consumo de bebidas alcohólicas acudió al servicio de urgencias por pérdida de peso e importante dificultad para la deglución. Una batería de pruebas médicas demostró que sufría un avanzado cáncer de esófago. Una vez establecido tal diagnóstico, más de un miembro del equipo sanitario no pudo evitar la observación de que el señor Washington "se lo había buscado" a lo largo de décadas maltratando su salud. Cuando una médica oyó a otros miembros del equipo expresar tal actitud, se indignó y les acusó de "culpar a la víctima". Así, les dijo: "El señor Washington ya ha sufrido bastante, y lo poco que le queda de vida será aún peor". "¿Por qué no dejáis de preocuparos por lo que es culpable y, en lugar de ello, dedicáis vuestras energías a proporcionarle una buena atención?"

¿Debemos condenar directamente a la víctima, culpándola siempre o, por el contrario, dedicar toda nuestra atención a cada paciente, sin considerar la influencia que su conducta pueda haber jugado en sus males? O, ¿podría llegarse a un punto en el que la relación entre los gustos y las aflicciones de los pacientes sería tan estrecha que menoscabaría su derecho a utilizar los recursos y quizá, incluso, a nuestra compasión?

Por qué y cómo culpamos a los pacientes

La atribución de una culpa moral a la enfermedad no es, ni mucho menos, un fenómeno nuevo. La Biblia describe a menudo la enfermedad como el precio del pecado, y en el Levítico se relacionan repetidamente los males del cuerpo con la impureza. Más recientemente, la investigación epidemiológica ha transformado los antiguos vicios morales como la pereza, la gula, la intemperancia y la fornicación en factores médicos de riesgo: vida sedentaria, obesidad, alcoholismo y prácticas sexuales inseguras. En todas partes se asume que existe una relación causal entre costumbres y salud, de forma que los afligidos pueden ser considerados como los causantes de su propio infortunio físico.

A medida que avanzan nuestros conocimientos biológicos y epidemiológicos, más y más enfermedades se explican en términos de factores predisponentes. Además, la progresiva dilucidación de tales factores incrementa los casos en los que se trata a pacientes que son cau-

santes de sus propias enfermedades (1). Y, una vez que admitimos que los pacientes poseen un cierto grado de responsabilidad en sus males, el círculo de la culpa se ve limitado únicamente por nuestros conocimientos de patología y epidemiología.

Al ejemplo obvio de fumar puede añadirse un montón de otras situaciones y conductas peligrosas por las que pueden ser culpados los enfermos: abuso de alcohol y sustancias ilegales (mayor riesgo de cirrosis, cardiopatías y SIDA); prescindir del cinturón de seguridad (lesiones o muerte en un accidente de tránsito); obesidad (diabetes y enfermedades cardiovasculares); sedentarismo (enfermedades cardiovasculares) y múltiples parejas y prácticas sexuales sin protección (SIDA, otras enfermedades venéreas y cáncer de cuello uterino). La lista de hábitos peligrosos aún va más allá, e incluiría la soltería (los solteros de ambos sexos tienden a estar menos sanos que sus homólogos casados), la nuliparidad (las mujeres que no han tenido hijos poseen un riesgo mayor de cáncer de mama y de endometrio) e, incluso, el no encontrar un trabajo satisfactorio (las personas a las que les gusta su trabajo suelen estar más sanas que aquéllas a las que no).

Para culpar a la gente por sus hábitos de salud deben considerarse dos factores, además de la propia relación entre el hábito y la salud. En primer lugar, los individuos deben elegir realmente tales hábitos, y su renuencia a dejarlos también debe ser una decisión personal. En segundo lugar, las personas deben comprender que lo que están haciendo es peligroso (2). No sólo hubiese sido injusto sino insensato culpar a los fumadores de contraer cáncer de pulmón en los años treinta, antes de que se estableciera la relación entre el fumar y dicha neoplasia. Por otro lado, cuanto mejor comprenda la gente la amenaza que ciertos hábitos suponen para su salud, tanto más sólidos serán los motivos para responsabilizarla de que caiga enferma.

Un aspecto espinoso para aquellos firmes individualistas, a los que les gustaría echar en cara toda la culpa de las enfermedades relacionadas con la conducta a los sujetos que tienen hábitos de riesgo, es la conexión que existe entre las conductas arriesgadas y las condiciones personales y sociales de vida en el sentido más amplio. Existe una estrecha conexión entre conductas como el fumar y aspectos demográficos como la raza, nivel de educación y clase socioeconómica (3). Los pobres son mucho más proclives a fumar que los pudientes, y los grupos con elevada educación como los médicos, tienden a fumar mucho menos que los que no han ido a la universidad. Podría afirmarse lo mismo sobre una variedad de comportamientos con respecto a la salud, como el alcoholismo, obesidad, promiscuidad y los delitos con violencia, entre otros. Por el contrario, para otros observadores los patrones demográficos de las conductas arriesgadas indican que, ante todo, el riesgo asumido no es un asunto de elección personal, sino la consecuencia de fuerzas sociales y económicas de las que los afectados apenas tienen conocimiento y, mucho menos, control. Desde esta perspectiva, una persona pobre sería menos culpable por fumar que una rica. Por último, otros observadores con un alto apego a la responsabilidad individual, considerarían los bajos logros educativos o la pobreza no menos censurables que la decisión de fumar.

A pesar del papel esencial del entendimiento a la hora de interpretar cualquier acción como voluntaria, y por lo tanto sujeta a elogio o censura, la ignorancia en sí misma es uno de los defectos por los que los profesionales sanitarios pueden culpar a sus pacientes. Con demasiada frecuencia son pacientes que buscan atención relativamente tarde en el curso de la enfermedad, superado ya el punto en el que se podrían beneficiarse de un buen tratamiento, porque no creen (o no quieren creer) que están realmente enfermos. Consideremos el caso de una paciente con cáncer de mama, que ha ido observando el crecimiento de un bulto en su mama durante casi dos años, y sólo acude a su médico cuando ya aquél ha ulcerado la piel y hasta huele mal. Sus médicos le preguntan con mordacidad por qué ha esperado tanto en buscar atención, una actitud que obviamente la hace encontrarse muy incómoda, y pronto se echa a llorar. Más tarde, cuando los médicos comentan su pronóstico entre ellos, claramente se sienten exentos de responsabilidad ante las sombrías perspectivas de la enferma. Parecen decir: "no es culpa nuestra que su pronóstico sea tan malo", considerando a la propia paciente como única responsable.

Los pacientes también pueden ser culpados por su falta de respuesta a los tratamientos que, desde el punto de vista del médico, deberían haber funcionado. Con este argumento, los pacientes son culpados no sólo por haberse hecho enfermos a sí mismos, sino por fracasar a la hora de curarse. En el lenguaje médico actual es el enfermo, y no el médico, el único al que exclusivamente se atribuye el fracaso. Por ejemplo, se dice que los enfermos oncológicos han "fracasado" en la respuesta a los tratamientos: La señora Jones es una mujer de 37 años, madre de tres hijos, que "ha fallado" en la respuesta al protocolo estándar de quimioterapia, que posteriormente "ha fracasado" ante nuestro más nuevo protocolo de investigación; más recientemente "ha fallado" con el trasplante autólogo de médula ósea y ahora, con enfermedad metastásica diseminada, se presenta para cuidados paliativos.

Los "fallos" de la señora Jones quieren decir que su tumor siguió creciendo a pesar de que médicamente se hizo todo lo posible para detenerlo, pero los médicos tienden a hablar del resultado obtenido en términos que no relacionan la resistencia del tumor de la paciente al tratamiento administrado, o de su propia incapacidad para proporcionar una terapia eficaz, sino de la falta de respuesta de la enferma. Imaginémos cómo se sentiría si pudiera asistir a la discusión de su caso. "Pero, doctor, ¿de qué manera he fracasado? He hecho todo lo que usted me dijo, cumpliendo fielmente cada una de sus recomendaciones. Nunca he olvidado una cita; nunca dejé de tomar mis medicamentos; no me quejé cuando se me cayó el cabello, ni cuando aquellas medicinas que usted inyectaba en mis venas me hacían vomitar. Incluso le permití incluirme en sus protocolos de experimentación, con la esperanza de hacer progresar los conocimientos médicos y ayudar en el futuro a otros pacientes. Dígame, doctor, ¿en qué he fallado?". Tanto si los médicos realmente culpan, como si no, a los pacientes, esa forma de hablar acrecienta la presunción de que la responsabilidad del fracaso recae en el enfermo, a la vez que absuelve a los profesionales sanitarios, ya que éstos hacen todo lo que pueden.

Los pacientes pueden ser culpados por su padecimiento tanto por exceso como por defecto. Algunos muestran un grado de aceptación excepcional, o de indiferencia o, incluso, de confianza al enfrentarse a angustiosas situaciones médicas. Conozco a una paciente con un cáncer avanzado que, a pesar de que se le había dicho que probablemente sólo sobreviviría unos meses, causó una notable consternación a todos los que la atendían cuando obstinadamente insistió en hacer planes para la graduación de su hija un año más tarde. Esa ceremonia era para ella tan importante que sencillamente se negó a entrar en el guión pronóstico que sus médicos le habían diseñado y, en su lugar, escribió su propio libreto. Para los médicos esa conducta destilaba ignorancia, negación y rechazo a encarar su situación.

Una forma especialmente insidiosa de culpar al paciente se ha desarrollado a partir del enorme interés por "el poder del pensamiento positivo". Así, oleadas de libros de autoayuda, muchos de ellos escritos por médicos, alaban las virtudes de una actitud mental positiva para prevenir y curar la enfermedad. Con independencia de que el "pensamiento positivo" fomente o no la salud, lo cierto es que en la mente de muchos enfermos termina por facilitar las condiciones para la negación y la autorrecreminación (4). Teniendo en cuenta estas circunstancias, los pacientes pueden experimentar una presión que les hace marginar o rechazar absolutamente todos los sentimientos negativos. A su vez, ello puede socavar su capacidad para asumir su pesar. Y cuando las cosas van mal, los enfermos pueden sentirse obligados a preguntar si han fracasado a la hora de hacer lo adecuado para estar bien. "En primer lugar, si tan sólo hubiera rezado más no habría caído enfermo"; o "si sólo hubiera sido más positivo en mi actitud mental, mi tumor no habría recurrido" o, simplemente, "creo que no merezco estar mejor". Cuanto más se anime a los pacientes a sentirse responsables de sus éxitos con respecto a su salud, serán tanto más proclives a sentirse culpables cuando falta.

Las limitaciones que acompañan a los sufrimientos pueden no sólo producir vergüenza, sino también una sensación de derechos menoscabados que limita o impide la búsqueda de ayuda. En una cultura en la que priman la autonomía y la autosuficiencia¹, la pérdida de la capacidad para procurarse atención puede resultar profundamente agotadora, y conducir a descuidar problemas que serían tratables. Muchos pacientes que necesitarían hablar con alguien de su pesar y sufrimiento, pueden sentirse cohibidos por el miedo a ser etiquetados como "llorones". Aunque se podrían beneficiar de hacer a su médico participe de sus padecimientos, pueden creer que deben "animarse" o "poner a mal tiempo buena cara", más que arriesgarse a parecer débiles e incapaces de arreglárselas por sí solos.

La razón por la que se culpa a los pacientes se debe en parte a la especial psicología de las profesiones sanitarias. Los médicos son opuestos *per se* al concepto de que algunas enfermedades "se producen por casualidad", y consideran un artículo de fe que no hay ninguna enfermedad verdaderamente "por azar". Y creen que los casos en los que no puede hallarse su causa

¹ Nota de la redacción (N. de la R.). Bien sabe el lector que estos valores son típicos de la sociedad estadounidense y no tanto de las sociedades mediterráneas.

reflejan las limitaciones en nuestro entendimiento y capacidades diagnósticas, más que demostrar que algunas enfermedades no tienen explicación científica. En gran medida, el ejercicio intelectual de búsqueda de la causa del sufrimiento puede tener origen, en el afán de los profesionales sanitarios por ocultar la inquietante constatación de su propia vulnerabilidad. Desde el punto de vista del profesional, es preocupante darse cuenta de que "yo, también, puedo caer enfermo y morir".

Una de las más respetables estratagemas de autodefensa psicológica es erigir barreras de protección entre uno mismo y los pacientes. Los médicos buscan instintivamente vías para distinguirse de aquéllos a los que atienden. El médico puede decir: "Mi paciente es un fumador, mientras que yo evito activamente fumar; por lo tanto, no debo temer contraer un cáncer de pulmón". La bata blanca, el fonendoscopio y el título "Doctor", todo junto, facilitan un mayor aislamiento. Como si de un sistema amortiguador se tratara, ayudarían a mantener el equilibrio psicológico del médico; pero, una vez establecido, con frecuencia tal sistema se ve abordado por la culpa. Cuando alguien puede ser identificado como "no de los nuestros", se hace menos problemático psicológicamente tratarle de una forma como no nos gustaría que nos trataran a nosotros. Tal vez, una de las razones por las que a veces los médicos se apartan de los pacientes terminales, y transfieren a otros aquellos enfermos en los que no pueden encontrar una causa orgánica para su sufrimiento, no es sólo porque "nada pueden hacer" por ellos, sino porque el contacto con esos pacientes amenaza la seguridad de su conocimiento y la sensación de control, sus poderes para mantener a raya las, por otra parte, caprichosas y amenazantes fuerzas del pesar.

Cómo evitar la culpación de los pacientes

El impacto del marco económico, social y cultural en las conductas personales con respecto a la salud, merece ser examinado con detalle. Es indudable que los individuos con un bajo nivel educativo y unos ingresos escasos tienden a caer más a menudo en unos hábitos que comportan mayores riesgos, y a no adquirir costumbres para evitarlos. Lo mismo puede decirse con respecto al cuidado de la salud: las personas con bajos ingresos tienden a solicitar menos atención. Sin embargo, las raíces de esas conductas pueden hallarse no en un lamentable entusiasmo por el riesgo, o en el rechazo a asumir la responsabilidad para con la salud, sino en una manera diferente de ver del mundo. Y los profesionales sanitarios, mal predisuestos a atender a esas personas podrían, no obstante, empezar a cambiar su actitud si éstas también lo intentaran.

Por ejemplo, los individuos que viven en la pobreza pueden estar anclados en el presente más firmemente, y pensar menos en el mañana que los profesionales sanitarios. Éstos, por carácter y experiencia, dan por sentado que la recompensa siempre es tardía. Decirles hoy, después de haber vivido durante décadas sin tomar nunca un hipotensor, que el riesgo de

padecer un ataque cardíaco o un ictus es mayor por no medicarse, tendría un mínimo efecto, ya que su horizonte personal no llega tan lejos. Tal vez, la sensación de vulnerabilidad del paciente ya está totalmente colmada por la perspectiva de tener que eludir una muerte violenta en el camino de vuelta a casa desde el hospital. Del mismo modo, los individuos socialmente desfavorecidos pueden tener la sensación de dirigir muy poco su propio destino, y ver las enfermedades y otros pesares como algo derivado de fuentes externas. Sus particulares circunstancias pueden haberles inculcado la idea de que ellos, sencillamente, no poseen demasiado control sobre sus propias vidas.

El contraste entre una visión de la enfermedad prevenible en la que se destaca la responsabilidad individual, y aquella otra que hace hincapié en las circunstancias sociales, se refleja en planteamientos enfrentados en la política pública. Aquéllos que, como la mayoría de los profesionales sanitarios, se inclinan psicológicamente por una perspectiva en la que se subraya la responsabilidad individual, apoyarían planteamientos destinados a educar y motivar a la gente para que cuide mejor de sí misma. Y considerarían un reto para la salud pública conseguir que las personas que están haciendo un desastre de sus vidas "corrijan sus actos". A su vez, los que subrayan la importancia de las circunstancias sociales tienden a centrar sus intervenciones sobre ellas. Así, por ejemplo, en lugar de intentar que el fumar se vea como algo estúpido, apoyarían iniciativas políticas que dificultaran el acceso al tabaco. Incluso, más radicalmente, podrían sostener que el dinero que utilizamos para tratar enfermedades prevenibles debería ser destinado a mejorar la educación pública y a una adecuada preparación para la actividad laboral, atacando así las raíces de las enfermedades relacionadas con la conducta. Tal vez, el enfoque más completo y equilibrado de las enfermedades prevenibles fuera aquél que incorporara elementos de ambos puntos de vista, aceptando la importancia de los factores individuales y sociales.

Desde el plano de la relación individual entre profesional y paciente, ¿cómo deben reaccionar los profesionales ante el extendido fenómeno de culpación del paciente? Para empezar, debemos reconocer que en algunos casos un cierto grado de recriminación puede ser merecido e, incluso, terapéutico. Si los esfuerzos educativos dirigidos a aumentar los conocimientos del público en general sobre las relaciones que existen entre los hábitos de vida y la salud, le permite escoger de una forma más informada cómo vivir, el resultado es beneficioso, al menos en parte. Del mismo modo, en algunos casos puede ser útil que los sanitarios adopten una actitud de firmeza con pacientes cuyos hábitos significan un riesgo innecesario para su salud. En una sociedad litigante como la nuestra, en la que la gente ha caído en la desgraciada costumbre de mirar hacia otro para culparle de sus desgracias, es conveniente que de vez en cuando recordemos la parte de responsabilidad que tenemos sobre nuestro propio destino en la vida.

Al advertir de los riesgos para la salud, debemos ser conscientes del hecho de que los datos epidemiológicos se refieren a poblaciones y no a individuos. Podemos predecir con razonable precisión el número de cánceres de pulmón que aparecerán en una población de 10.000 fumadores, pero no podemos decir con certeza —o, a menudo, ni con un alto grado de con-

fianza— si un fumador en concreto desarrollará un cáncer. En muchos casos, incluso de forma retrospectiva puede ser difícil establecer conexiones causales. Por ejemplo, precisamente porque alguien con sobrepeso sufre un ataque cardíaco, no podemos asegurar que su peso fue la causa de su mal. Demasiada gente con sobrepeso nunca sufre ataques cardíacos, y sí muchas personas que no lo tienen.

En la relación entre pacientes y profesionales rara vez la culpa se presenta así. El objetivo del médico no es determinar quién es culpable, sino fomentar la salud, tratar la enfermedad y aliviar el sufrimiento. Si advertimos a los pacientes de lo que están haciendo consigo mismos, es probable alcanzar esos objetivos. Ello puede hacerse de forma que la relación enfermo-médico no se arruine ni se ponga en peligro indebidamente, a la vez que tal llamada de atención encuentre una justificación. No obstante, el objetivo no es proporcionar a los médicos la ocasión para descargar su honrada indignación, sino mejorar la vida de los pacientes.

Desde el punto de vista del pragmatismo debe tenerse en cuenta el hecho de que culpar al enfermo puede inhibir su búsqueda de atención, erosionar la esperanza y socavar la alianza terapéutica que debe existir entre los pacientes y los profesionales sanitarios. Muchos enfermos muestran una exquisita sensibilidad para percibir las reacciones y actitudes de sus médicos, y no se les escaparía detectar un tono acusador en su voz. Si sienten que los profesionales sanitarios, a los que podrían volver a necesitar, tienden a abrumarlos de culpa, se sentirán necesitados de atención menos fácilmente. Una vez que los pacientes se han encontrado con esas reacciones, pueden renunciar a cualquier tratamiento ulterior, prefiriendo elegir otros profesionales o, incluso, en vez de sentirse avergonzados o culpables, enfrentarse en solitario a sus aflicciones. En ambos casos la renuncia del paciente conduce a una morbilidad adicional y evitable, y a un sufrimiento mayor, algo que va en contra de los objetivos esenciales de la medicina (5).

En nuestra prisa por imputar culpas debemos reconocer nuestra propia sed de omnisciencia y omnipotencia. Fingir que comprendemos y controlamos todos los caminos que conducen a la enfermedad significaría valorar en exceso nuestras capacidades. Mientras los seres humanos sigan siendo criaturas biológicas, la fragilidad y la mortalidad continuarán siendo hechos ineludibles en su vida. Hasta los propios médicos caen enfermos y mueren. Reconocer eso exige que la medicina no deje de mantener tensas todas sus fibras en el noble empeño de conservar la salud y reducir el sufrimiento. Todavía más, el reconocimiento de las limitaciones personales y profesionales debe servir de recordatorio para los profesionales sanitarios, en el sentido de que nuestras responsabilidades van más allá de la mera conquista de la enfermedad, y abarcan, incluso, las frecuentes e inquietantes situaciones en las que se han agotado las posibilidades de curación. A veces, la buena medicina empieza precisamente cuando ya no hay posibilidad de mejoría biológica.

El reconocimiento de las limitaciones de la medicina nos invita a los profesionales de la salud (frente al tentador espejismo de la omnipotencia e invulnerabilidad) a reavivar la valo-

ración de nuestras limitaciones y puntos vulnerables como seres humanos. Ello no significa defender la inutilidad, la apatía o la desesperación, sino una aceptación necesaria y oportuna de que en el mundo hay fuerzas que superan nuestro conocimiento y, aún más, nuestra comprensión. Del sufrimiento surgen valores que nos recuerdan que la vida humana posee significados que van más allá de la pregunta de si alguien está sano o no. En lugar de alejarnos del dolor y hacer todo lo posible por minimizar los riesgos, los médicos debemos estar dispuestos a asumirlos. Necesitamos llegar a conocer suficientemente bien a los pacientes como para comprender su perspectiva vital, incluyendo sus circunstancias biográficas y culturales, apenas insinuadas en la historia clínica e imposibles de cuantificar o analizar mediante pruebas de laboratorio y estudios de imagen; circunstancias que ninguna compañía de seguros de salud podrá cubrir nunca.

Por encima de todo, los profesionales sanitarios deben buscar el desarrollo de relaciones con los pacientes que mantengan y fomenten la dignidad humana. Los enfermos son seres humanos, antes, durante y después de su paréntesis como pacientes, y ningún acto médico merece tal nombre si no respeta ese hecho. La valía humana no es apreciada adecuadamente mediante parámetros médicos como la tensión arterial, la colesterolemia, la forma física o, incluso, la esperanza de vida. Si una actitud basada totalmente en la culpación amenaza con socavar la capacidad del profesional para ser compasivo y comprensivo, debería ser abandonada por el bien de esos grandes valores.

Quizá sea demasiado pedir a los profesionales de la salud que amen a sus pacientes. Sin embargo, es mucho lo que podemos aprender del amor, sobre todo si lo que deseamos es cuidar a los enfermos lo mejor que podemos. Por ejemplo, la naturaleza del auténtico amor hace que siempre vaya acompañado de vulnerabilidad. El que ama, tanto si es padre, cónyuge, hijo o amigo, siempre está expuesto a sufrir por haber amado. Si lo que en primer lugar se pretende es la autoprotección o mantener siempre el control, entonces se es culpable de una forma de falso amor, que en muchos casos es peor que no amar. Por el contrario, el auténtico amor es precario y está siempre expuesto al riesgo del rechazo o, incluso, la traición. No se puede amar de forma verdadera sin involucrarse, e involucrarse en un sentido personal es comprometerse para unir al propio destino al del ser amado; y, en consecuencia, abrir uno mismo la posibilidad de la decepción y el rechazo.

Tal vez, nuestro mejor modelo de auténtico amor se halle en el Dios bíblico, profundamente comprometido con la creación, encantado de la belleza y bondad de su obra, pero que expresa una profunda decepción, o incluso franco dolor, cuando las asuntos humanos fracasan trágicamente. Como en la Biblia, en la atención de la salud la paciencia y la fidelidad no son signos de debilidad, sino virtudes inestimables. Y, así como Dios no abandona a su pueblo, el profesional, en una forma infinitamente más pequeña, pero no obstante profunda, goza de la oportunidad de permanecer fiel al paciente.

Bibliografía

1. Tishelman C. Getting sick and getting well: A qualitative study of aetiologic explanations of people with cancer. *J Adv Nurs* 1997; 25:60-67.
2. Mumma C, McCorkle R. Casual attribution and life-threatening disease. *International Journal of Psychiatry and Medicine* 1982; 12:311-319.
3. Freudenberg N. Health education for social change: A strategy for public health in the U.S. *International Journal of Health Education* 1982; 24:138-145.
4. De Raeve L. Positive thinking and moral oppression in cancer care. *European Journal of Cancer care* 1997; 6:249-256.
5. Houldin A. y cols. Self-blame and adjustment to breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 1996; 1:75-79.