

# INVESTIGACIÓN SOBRE LA APLICACIÓN DE LA ORIENTACIÓN FILOSÓFICA EN LOS CUIDADOS DE SALUD. SEGUNDA PARTE<sup>1</sup>

## *RESEARCH ON THE APPLICATION OF PHILOSOPHY TO HEALTH CARE. SECOND PART*

FRANCISCO. E. BARRERA RODRÍGUEZ  
Universidad de Sevilla  
franciscobarrerarodriguez@yahoo.es

RECIBIDO: 21 DE OCTUBRE DE 2010

ACEPTADO: 24 DE ENERO DE 2011

**Resumen:** Este trabajo investiga las vinculaciones entre la Filosofía Aplicada y los cuidados de salud. La primera parte analiza el concepto de salud y prepara la aplicación de la Filosofía al ámbito de la salud. La segunda (la aquí expuesta) describe los modos en que diversos orientadores filosóficos han llevado a cabo esta labor. La tercera contendrá la propuesta del autor sobre cómo llevar la Filosofía al paciente.

**Palabras clave:** Filosofía Aplicada, cuidados de salud, orientación filosófica, paciente

**Abstract:** This work researches the links between Philosophical Practice and Health Care. First part analyses "Health" concept and prepares to application of Philosophy to Health Care. Second one (this one) describes how some philosophical counsellors have undertaken this work. Third one contains author proposal about how to take philosophy to patient world.

**Keywords:** Philosophical Practice, Health Care, Philosophical Counseling, patient

### **Aplicación de la OrFi (Orientación Filosófica) en la Salud.**

Si presentar la OrFi en los salones filosóficos no ha sido nada fácil, y aún después de años de trabajo desde los grupos de investigación, y posteriormente llevando a la Academia el resultado de ese trabajo (ésta es una de las tres primeras investigaciones que a nivel de estudios de Tercer Ciclo se ha desarrollado en nuestro país),<sup>2</sup> mucho más complicado ha

---

<sup>1</sup> La primera parte de este trabajo fue publicada en el número dos de la *Revista Internacional de Filosofía Aplicada HASER* en 2011. La parte final será editada en el próximo número.

<sup>2</sup> El primer trabajo de investigación de doctorado en nuestro país fue presentado en la UNED

sido presentar nuestro trabajo en espacios distintos al propio, donde hemos querido ver una posibilidad de colaboración y de trabajo interdisciplinar, tal y como es el campo de la salud.

La primera referencia que despertó nuestro interés en este trabajo nos lleva hasta el Forrest Country General Hospital de Hattiesburg, Mississippi. Allí, el filósofo Paul Sharkey, a finales de los años 70 inició un interesante trabajo como orientador filosófico donde en 1979 se le concedía la categoría de “filósofo residente”.

Sharkey acumula más de veinticinco años de experiencia en la aplicación de la orientación filosófica a la salud y en la actualidad es vicepresidente de la APPA (American Philosophical Practitioners Association).<sup>3</sup>

Otros trabajos desde donde partimos nos llevan no ya sólo a la participación de filósofos en comités de ética de los hospitales sino en el asesoramiento a pacientes; algunos, como Wayne Shelton orientador del Instituto Bioético Alden March de Albany EEUU, y Stanley Chan en Canadá orientan a pacientes y familiares sobre cuestiones relativas al final de la vida.

Trabajos en el campo de la enfermería como el de la filósofa holandesa Ida Jongsma, o el de Pierre Grimes y Vaughana Feary, desarrollan líneas de trabajo cada vez más sólidas en esta aplicación de la orientación filosófica.

Desde aquí, hace ahora más de tres años, comenzamos a esbozar un proyecto de trabajo que muy resumidamente quería aplicar la OrFi a determinados campos de la salud, y más concretamente a los que se desarrollan en enfermedades crónicas y cuidados paliativos. Esto era acercarnos a desarrollar nuestro trabajo en un espacio donde el dolor y sufrimiento cuestionan continuamente al enfermo y a su entorno de familiares y amigos, pero también, y esto es importante, a los especialistas que desde el campo de las ciencias de la salud tienen que

---

(Madrid) en Noviembre de 2005 por José Antonio Leira bajo el título *El diálogo socrático y su aplicación al Asesoramiento Filosófico*. El tutor de este trabajo fue el Dr. Diego Sánchez Meca.

Meses más tarde, ya en 2006 en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Sevilla José Barrientos Rastrojo, miembro del Grupo ETOR defendió su trabajo bajo el título. *Analítica de la orientación Filosófica desde el pensamiento Crítico. Aplicación de métodos y técnicas de Filosofía individual. Teoría y práctica*. El tutor de la investigación fue el Dr. Ramón Queraltó.

<sup>3</sup> Cfr. <http://www.appa.us> .

afrontar situaciones que están fuera del alcance de sus manos y de la medicina tecnológica que nos ha tocado vivir.

En los dos próximos epígrafes, analizaremos este trabajo y propondremos otros que serán en un futuro materia para la futura tesis doctoral.

### *El recorrido de Vaughana Feary*

En este apartado vamos a analizar tres experiencias de aplicación práctica de la filosofía en la salud. Las tres participan de un proceso donde la filosofía interacciona en realidades cotidianas que demandan la intervención de esta disciplina para que se complete una terapia integral en el individuo.

Feary, Ellacuría y Cicale nos muestran un trabajo de alto significado para los que investigamos esta aplicación concreta de la filosofía, sobre todo porque mantienen ese espíritu interdisciplinar al que nos referíamos anteriormente. Desde los pacientes de cáncer de Feary en Estados Unidos, a los drogodependientes de la “Comunidad Terapéutica Manu Ene” (Osakidetza) en el País Vasco con el trabajo de Tomás Ellacuría, pasando por el “Diálogo Filosófico” (DF) de Paolo Cicale con enfermeros responsables de los cuidados paliativos de un “Instituto Oncológico de la Suiza Italiana”, fácilmente captamos esa línea transversal que recorre estas intervenciones. Las distancias que geográficamente les separan, les unen en una tarea de acompañar y orientar a enfermos y cuidadores en territorios donde la muerte está cercana, y por ende el cuestionamiento existencial, la pregunta al final por un sentido de vida para dárselo a la muerte.

Abrimos pues este recorrido con Vaughana Feary y un trabajo que fue dado a conocer en 2002 en el “Sexto Congreso Internacional de Filosofía Práctica” que tuvo lugar en Noruega.

Su reflexión sobre la contribución de la OrFi en la mejora y curación de enfermos de cáncer no pasó inadvertido, no sólo en esta reunión de especialistas, sino a posteriori en diversas iniciativas similares que se han puesto en marcha en algunos hospitales del mundo<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Actualmente estoy desarrollando un proyecto que será presentado a la Asociación Española contra el Cáncer con una propuesta para la orientación filosófica en voluntarios de enfermos terminales y/o

Feary, en esta interesantísima aportación<sup>5</sup> propone a los filósofos una intervención en este espacio y un encuentro con otras disciplinas para que pacientes de cáncer y enfermos terminales vivan más plenamente al filo de la muerte.

It is my hope that this paper will encourage other philosophers to counsel in this area, to collaborate with psycho-oncologists, and to deploy their philosophical expertise in helping patients with cancer, and other chronic or life threatening medical problems, to live more fully in the face of death<sup>6</sup>

Después de un recorrido teórico de la filósofa americana, miembro del APPA, por la Grecia clásica, con directas referencias al trabajo de Martha Nussbaum,<sup>7</sup> vuelve a recordarnos a Epicuro o a Cicerón más tarde parafraseando al primero aseverando que la filosofía es una medicina para el alma, que puede y debe afrontar el sufrimiento de los demás y que éste es uno de sus grandes objetivos.

Marco Aurelio es otro de los autores que la filósofa americana repasa en su aportación como referente de interés a la hora de corroborar el pensamiento de los Estoicos de que la filosofía, como medicina para el alma, era también útil para afrontar el dolor físico. Este pequeño recorrido histórico que plantea la autora al inicio de su trabajo refleja muy sinópticamente como la bifurcación cuerpo y alma se posiciona en el pensamiento y así desde Platón hasta Descartes existen separados.

El filósofo francés ya esboza una visión moderna de la importancia de la medicina del cuerpo/mente cuando escribe sobre la enfermedad en su infancia, subrayando la importancia de la actitud ante ésta y asegurando que su contento dependía exclusivamente de él en su relación con ella.

I Believe that the inclination that I have always had of considering things which come up from a point of view which could enable me to render them most agreeable, and to make sure that my principal contentment depended on

---

paliativos y sus familiares.

<sup>5</sup> Feary, V.: *Medicine for the Soul: Philosophical Counseling with Cancer Patients*. Oslo Academic Press, Oslo 2002, pp. 35-51.

<sup>6</sup> *Ibíd.* p. 36.

<sup>7</sup> Nussbaum, M.: *The Therapy of desire. Theory and Practice in Hellenistic Ethics*. Princeton University Press, New Jersey, 1994. Aquí y en lo sucesivo trabajaremos con la traducción de Miguel Candel, *La terapia del deseo*. Paidós, Barcelona, 2003.

me alone, is the reason that this indisposition which came to me as if it were natural to me, has little by little entirely passed away.<sup>8</sup>

Subraya Feary que desde Descartes hasta los años 60 la filosofía se fue distanciando progresivamente de los problemas de la vida diaria y que la especulación filosófica se centró en tres temas: sospechar de la concepción de mente como un posible error categorial, entusiasmo hacia la visión que sostiene que los estados mentales pueden ser explicables en términos de estados del cerebro y el nacimiento de la psicología clínica que llenó el vacío creado por el fracaso de la filosofía moderna para continuar proporcionando medicina para el alma.

En este punto, nos recuerda la autora un florecimiento de multitud de técnicas holísticas no médicas o no occidentales unidas inicialmente bajo el encabezamiento de “medicina alternativa” que venían a llenar el vacío creado por la medicina moderna para dar tratamiento a las personas como un “todo”. Esta medicina alternativa posteriormente se convirtió en un negocio, especialmente en los EE.UU donde ya se ofrecía en multitud de hospitales, no como alternativa, sino como medicina complementaria presentada como: “Medicina para Cuerpo y Mente”, “Medicina Integradora” o “Medicina Complementaria”, éstas<sup>9</sup> se ofrecen de forma rutinaria a pacientes de cáncer y a otras enfermedades crónicas o terminales.

Feary, que narra en su artículo la importancia del significado que damos a la enfermedad y que nos introduce en un método de trabajo para sus enfermos, nos recuerda que si bien se abre un acercamiento hacia la muerte, ella pone el acento en una lucha por sobrevivir más, y como opuesto a un acomodarse de cara a la muerte.

Sostiene que el significado de la experiencia de la enfermedad cambia más frecuentemente en una dirección positiva cuando suceden tres cosas:

1. El individuo es escuchado y recibe una explicación de su enfermedad que tiene sentido.

---

<sup>8</sup> *Ibíd.* (Quoted in Paul Martin, M.D., *The Healing Mind, The Vital Links Between Brain and Behavior, Immunity and Disease*. New York: St Martin's Press, 1977 pp. 275-6), p. 39.

<sup>9</sup> Nos recuerda Vaughana Feary que en un artículo de la revista *Newsweek* del 26 de febrero de 2001 se recoge que el nuevo Centro Nacional de Salud Complementaria y Alternativa dependiente del Instituto Nacional de Salud cuenta con presupuesto para investigación de 89 millones de dólares al año.

2. El individuo siente que es cuidado y que cuenta con la comprensión del sanador y de otros de su entorno.

3. El individuo tiene un sentido mejorado de control sobre la enfermedad o sus síntomas.

La OrFi, señala Feary, puede ser terapéutica para los pacientes de cáncer en cuatro sentidos más especializados:

1. Ayudar a un mejor afrontamiento.
2. Mejora de toma de decisiones y asumir responsabilidades.
3. Concienciar a los enfermos de la necesidad de demandar y crear comunidades terapéuticas y sistemas de salud más justos.
4. Apoyar la autonomía del paciente, incluyendo el derecho a morir.

I wish to argue, however, that philosophical counseling can be therapeutic for cancer patients in four more specialized senses: 1) It can help cancer patients to feel better, and to cope better with their illness, and with life problems resulting from their illness. 2) I can help cancer patients to make better decisions about their own health, and to take responsibility for curbing unhealthy, and self destructive behaviour. 3) It can empower cancer patients by assisting them in creating therapeutic communities, and more just and responsive health care systems, which are conducive to healing and to supporting patient autonomy, including the right to die. In sum, philosophical counselling, as complementary medicine, can be therapeutic by improving quality of life for cancer patients<sup>10</sup>.

Vaughana Feary hace referencia en esta aportación a un espacio de colaboración entre orientadores filosóficos y psicoanalistas con los inmunólogos en un nuevo campo denominado “psiconeuroinmunología,” en este novedoso espacio de investigación se buscan las relaciones entre los factores mentales (creencias, pensamientos, emociones...etc.) o los sucesos psicosociales (dolor, divorcio, pérdida de empleo, pérdida de un ser querido...etc.) por un lado y las hormonas, el cerebro y su funcionamiento, la inmunidad y la enfermedad, por el otro. Claramente, los factores mentales deben incluir nuestras creencias filosóficas y nuestro razonamiento crítico, indica la autora. En cualquier caso no

---

<sup>10</sup> *Ibíd.*, pp. 42-43.

profundizaremos en este tema, y entraremos finalmente en el proceso y método de trabajo de la orientadora con sus pacientes de cáncer.

La intervención de la filósofa americana puede dividirse en dos momentos.<sup>11</sup> El primero responde a un encuentro individual de 2 horas y media de duración y con las siguientes pautas:

1. Usar los métodos filosóficos y las perspectivas para alentar y para reforzar las formas de pensar, sentimientos, actitudes, comportamientos y relaciones que están correlacionadas con la supervivencia al cáncer según estudios recientes.
2. Complementar y reforzar los tipos de medicina complementaria que existen o los programas relacionados que ofrecen los hospitales.
3. Enriquecer la vida de mis pacientes. Las sesiones de grupo normalmente consisten en 8-10 sesiones independientes. Un ciclo de sesiones para otro grupo comienza inmediatamente tras la finalización del primero; esto permite a los pacientes que han perdido sesiones por complicaciones médicas de sus tratamientos, asistir a las discusiones donde no estuvieron.

Pero profundicemos ahora en los contenidos y líneas de trabajo de cada una de las sesiones en la que Feary trabaja con sus pacientes.

1. Sesión de presentación medicina/filosofía. Se comparten historias individuales y los pacientes empiezan a dar sentido a la suya propia.
2. Las sesiones 2 y 3 se dedican a estudiar cómo la filosofía puede sugerir formas para aliviar el estrés. Se trabaja para desmontar las falacias que habitualmente se instalan en sus mentes. Por ejemplo la “Falacia de la División” y la “Falacia de la Falsa Analogía.”<sup>12</sup>
3. La sesión cuatro se dedica a la tomas de decisiones. Esta sesión se alimenta de la anterior, al comprobar cómo algunas de las falacias y creencias irracionales vistas puedan mediar negativamente en la

---

<sup>11</sup> *Ibíd.*, pp. 47-49.

<sup>12</sup> La Falacia de la División es común entre los enfermos de cáncer, y se puede explicar así. Se dice que el 75% de los pacientes con cáncer con el tipo “x” de cáncer y con “Y” nódulos linfáticos afectados (justo lo que yo tengo) morirá en los próximos cinco años. Por lo tanto, yo moriré en los próximos cinco años.

Otra falacia común que es igualmente destructiva para la esperanza es la “Falsa Analogía”: hace quince años mi abuela murió de cáncer de mama (justo lo que yo tengo) en una terrible agonía. Por lo tanto, inevitablemente, yo moriré en una terrible agonía.

capacidad para tomar buenas decisiones y tomar el control de nuestras propias vidas. En esta sesión se presta igualmente atención a algunas cuestiones éticas médicas: directrices avanzadas, comunicación con los médicos. etc.

4. Las sesiones cinco y seis normalmente se dedican a analizar el concepto de “salud.” Desde Platón hasta Foucault las formas en las que concebimos el cuerpo tienen implicaciones para la salud.

5. Las sesiones siete y ocho suelen dedicarse a cuestiones relacionadas con el sentido de la vida, la identidad personal, el perdón, la naturaleza de una buena vida o una vida feliz. A los participantes se les ofrece la oportunidad de compartir cualquier perspicacia que su enfermedad haya generado sobre estos tópicos, así como de explorar la relevancia de las perspectivas filosóficas alternativas en estos temas para vivir plenamente al filo de la muerte.

6. La sesión nueve se dedica a explorar los conceptos filosóficos de amor y amistad; cómo el apoyo que los individuos hayan recibido de sus propios familiares y amigos ilustra estos conceptos. Se analiza la soledad y su lugar en la vida humana.

7. La sesión diez examina brevemente la naturaleza de la “comunidad” y las dimensiones políticas de nuestros problemas personales de salud. El grupo discute cómo los pacientes de cáncer pueden hacerse más fuertes y contribuir a cambiar nuestro sistema de salud.

8. Una última sesión sirve para analizar el trabajo del grupo y resumirlo al tiempo que los participantes dan su opinión e indican cómo sus perspectivas filosóficas sobre la vida se han enriquecido al aprender, por la fuerza, cómo vivir plenamente al filo de la muerte.

En ese sentido, leer el sufrimiento como fuente de conocimiento, Feary hace referencia a un artículo del asesor filosófico canadiense Peter Raabe:

In an interesting article, “Celebrating Afflictions” (to which I was a somewhat reluctant contributor), Peter Raabe showed how he and other counsellors had helped clients to see that their “afflictions” had been the occasion for leading a richer life. After reading Raabe’s column, I was convinced that he was emphasizing something of importance to my clients.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> *Ibíd.*, p. 50.

Si al principio no le resultó muy agradable, sí pudo después encontrar en él una validez para sus enfermos. Feary termina con una frase que no quiero obviar:

However, it is helpful to cancer patients to remind themselves of some of the consolations afforded by Lady Philosophy. Some will outlive cancer, and some will die from it, but all can celebrate the recognition that the human spirit, healed and enriched, can survive even the worst ravages of disease.<sup>14</sup>

Tras el paso de nivel la diferencia adicional radica en que se comienza a participar en las terapias de grupo que tienen una frecuencia de dos sesiones semanales.

### *El recorrido de Tomás Ellacuría*

La segunda experiencia que analizamos en este trabajo es la que nos mostró Tomás Ellacuría en el 8º Congreso Mundial de Filosofía Aplicada celebrado en Sevilla, su trabajo “El AF en la comunidad terapéutica”<sup>15</sup>, apuesta, en la línea de Feary, y en la que veremos a continuación de Cicale, por hacer práctica la filosofía en salud, en este caso en el terreno de la drogodependencia.

La “Comunidad Terapéutica Manu Ene” es un centro residencial que trata de ser, según el autor de esta aportación, un ámbito de trabajo personal y grupal que está dirigido a personas que han tenido problemas de adicciones y quieren llevar a cabo un replanteamiento de sus vidas y una rehabilitación.

Con unas normas habituales de estos centros: no drogas, ni alcohol, ni sexo entre los residentes, el trabajo se plantea desde dos niveles, relacionados con los periodos de terapia.

El primer nivel es un espacio básico inicial de reubicación y encuentro con el grupo. En este nivel los residentes desarrollan trabajos de limpieza con una doble función: trabajo para el grupo y para mí, pero también es integración.

---

<sup>14</sup> *Ibíd.*, p. 50.

<sup>15</sup> Ellacuría, T.: *El Asesoramiento Filosófico en la comunidad terapéutica*. En Actas de “VIII Congreso Mundial de Filosofía Práctica”. Sevilla 2006 (en prensa).

En este primer nivel se ponen en práctica otras terapias en paralelo, y se trabaja el ejercicio físico para propiciar un reencuentro con la propia energía corporal.

Un dato de interés es el nombramiento a cada residente de la figura de un hermano mayor. Se propicia la escucha y el inicio del diálogo. Se busca el sentido: "...tengo un hermano mayor que me escucha y a quien escuchar. La escucha me permite descubrir un mundo donde el sentido se halla en algún lugar, puede que en la escucha misma".<sup>16</sup>

El trabajo del orientador filosófico en este nivel es coordinar lo que se denomina "reunión de hermanos". En este encuentro se marcan objetivos después que se ha iniciado la integración desde el grupo.

Este grupo es animado por mí que realizo un especial seguimiento, es decir atención, de las personas integrantes de este primer nivel. A él asisten los integrantes del primer nivel ("hermanos pequeños") junto con los "hermanos mayores" que tienen asignados (mediante propuesta aceptada).

Los objetivos de este nivel son los de establecer un nuevo punto de partida, producido a partir de:

Una reactivación de las facultades del yo.

El reconocimiento funcional y normativo del tratamiento.

El inicio de una reflexión sobre el alcance de los cambios, el grado de la implicación necesaria y la toma de decisión sobre la opción de continuar realizando un trabajo en profundidad sobre cada uno mismo para acceder al segundo nivel y así seguir avanzo en sus tratamientos<sup>17</sup>

Una vez que se accede al segundo nivel, la diferencia adicional radica en que se comienza a participar en las terapias de grupo que tienen una frecuencia de dos veces a la semana. Instantáneamente se accede a una responsabilidad personal y específica dentro del grupo.

Se ha pasado de una fase de inmersión en una nueva cultura grupal, donde se ha llevado a cabo una rectificación del yo al punto cero esencial de sus facultades integrantes e integradoras: acción-volición, afecto-emoción y razón-intelección, como potencias integrantes de un yo sistémico, produciéndose una puesta en marcha que se habrá ido realizando a través de las actividades que ya hemos descrito.

---

<sup>16</sup> *Ibíd.*

<sup>17</sup> *Ibíd.*

Con el entrenamiento de las herramientas “críticas-felicitaciones-propuestas” en esa inmersión en la convivencia donde se generan los afectos y los conflictos, al acceder al estadio reflexivo terapéutico donde se inicia la anamnesis biográfica de los puntos oscuros y sombríos, se comienza a producir una integración interior y exterior, a la vez que se inicia una dialéctica pasado-presente.<sup>18</sup>

A medida que se va avanzando en el trabajo terapéutico y práctico, reseña el autor, se lleva a cabo, debido al influjo existencial de este momento terapéutico-comunitario, la recreación del “ethos”. Es un nivel para plantearse una reposición ante mis familiares, mi entorno, e incluso el sistema.

Ellacuría recurre a la palabra “acompañamiento” a la hora de definir el papel que realiza el asesor filosófico en la comunidad terapéutica, un acompañamiento en un diálogo existencial.

En la comunidad terapéutica, el asesor filosófico, dentro de un equipo interdisciplinar, cumple una función específica de interlocución y de acompañamiento en torno a un diálogo existencial. Estamos en un ámbito genuinamente teórico-práctico.<sup>19</sup>

Tomás Ellacuría en el desarrollo del proceso de trabajo con los residentes de la comunidad, advierte, a la manera que ya lo hacía Roxana Kreimer, de la imposibilidad de objetivar en la labor de acompañamiento al diálogo existencial sobre esa vida en reconstrucción. Para el filósofo vasco se señalan líneas axiológicas:

En la medida en la que la dialéctica entre la práctica y la teoría genere una praxis integral, es decir con un yo integrado en sí y con el entorno, dentro de una narración existencial con sentido, se puede otear un horizonte abierto.

En este proceso el asesor filosófico cumple una labor de acompañamiento a través de las prácticas y en el desarrollo teórico, llevando a cabo una interlocución de carácter preformativo.

Esto quiere decir que no es aséptica una preferencia que señala flancos de la realidad, porque se asienta dentro de un código que significa a una constelación de valor.

---

<sup>18</sup> *Ibíd.*

<sup>19</sup> *Ibíd.*

Aquí el término “preformativo”, se inscribe dentro de la creación práctica de una gramática existencial, donde la ortografía se sitúa en el campo axiológico<sup>20</sup>

El trabajo grupal muestra aquí una de sus caras más interesantes, la de constatar la diferencia con lo normalizado, avisar de la singularidad.<sup>21</sup> En ese sentido Ellacuría anota que la comunidad avisa de mis “yoes” falsos y me permite ser yo en cuanto universal y concreto.

Otra de las aportaciones que creo de sumo interés del autor es la referida a la necesidad de compartir el mal en deliberación, lo que me lleva a la reflexión de Pascal cuando afirma que “la grandeza del ser humano reside únicamente en el conocimiento de su propia miseria”.<sup>22</sup> Esta miseria compartida, algo muy habitual en determinadas tribus y que ha sido estudiado por no pocos antropólogos, genera una catarsis, que en el caso de las referidas tribus daba lugar, entre otras cosas, a que los adolescentes que participaban en estos ritos fuesen desde ese momento considerados como adultos por su tribu.

Y el asesor filosófico debe saber orientar estas necesidades específicas al contexto operativo idóneo que es el “grupo de terapia”, facilitando la concreción, la visualización y la comprensión de las necesidades de trabajo terapéutico, para su inmersión en un ámbito de interacción entre iguales que cumple funciones desmitificadoras del poder oclusivo del desarrollo patológico propio.

Porque el mal no compartido en deliberación, ni es comprendido, ni redimido mediante ese acto de comprensión que es una facultad o bien esencial, universal y propio.

El mal que se describe y se expone, es exorcizado mediante un acto de comprensión grupal, dialógico y redentor. A veces paradójico.

Este momento supone una cierta culminación de un proceso que contempla y presupone la implicación de este proceso que hemos venido describiendo.<sup>23</sup>

Finaliza Ellacuría recordándonos que este proceso es el inicio de una andadura vital que requiere poder seguir recreándose filosófico-

---

<sup>20</sup> *Ibíd.*

<sup>21</sup> Personalmente, he experimentado algo similar cuando he trabajado con mis grupos de enfermos de Fibromialgia.

<sup>22</sup> Pascal, B.: *Pensamientos*. Cátedra, Madrid, 1998. (Me remito a la edición de Mario Perejón).

<sup>23</sup> Cfr. Tomás Ellacuría, op.,cit.

prácticamente de modo continuo. Al fin es la necesidad de una búsqueda continua de corrección de sentido, o de inauguración de otro que culmine su existencia, y esto nos lleva, y vincula inevitablemente a Frankl y su Logoterapia.

### *La trayectoria de Paolo Cicale*

Cerramos este apartado con un análisis del trabajo realizado por el filósofo Paolo Cicale en la suiza italiana, concretamente en el “Istituto Oncologico della Svizzera Italiana” (I.O.S.I) con sede en el hospital de “San Giovanni di Bellinzona” una ciudad prácticamente fronteriza con Italia muy cercana a Milán.

Cicale nos aporta en su contribución una interesante mirada sobre la aplicación de la Consultoría filosófica en enfermeros suizos miembros del equipo de cuidados paliativos del citado hospital y corrobora con su trabajo que la propuesta que finaliza este trabajo de investigación de doctorado no era ni atrevida, ni nueva, como podremos comprobar.

Cicale, que se especializó en Bioética en la Universidad de Milán, si bien realizó sus estudios de Filosofía en Urbino, ha trabajado cerca del profesor Rocco Donnici, autor de un interesante libro que planta la filosofía como un verdadero instrumento de ayuda<sup>24</sup>.

Hay que decir que Cicale además de su formación filosófica es enfermero y es quizás la figura suiza más cercana a la práctica filosófica en salud.<sup>25</sup>

El hecho de que el autor sea además de filósofo, enfermero, potencia aún más el significado y el propósito de llevar la OrFi a este campo de la salud, una apuesta nada fácil como reconoce el autor en el trabajo donde vamos a centrarnos.

---

<sup>24</sup> Cfr. Donnici, R.: *Camminare eretti. Filosofia come terapia fondamentale. Il filosofo come consulente esistenziale*. G Laterza, Bari, 1995.

<sup>25</sup> Paolo Cicale, de la mano de Donnici y de Grassi, ha profundizado en este tipo de aplicación de OrFi en salud con aportaciones de sumo interés tales como: *La dolce morte. Il protocollo sul suicidio assistito* (2004). *Dai principi etici alla realtà clinica* (2005). *Accompagnamento dei pazienti nella fase ultima della vita* (2005). *Il dolore e l'ascoto* (2006). *Aspetti etici nelle cure e nell'assistenza alle persone affette da demenza* (2006)...etc.

Verso la fine del 2004 ho iniziato ad avere i primi contatti con i vari responsabili dell'istituto. Dopo avere presentato la prima documentazione, con piccoli cenni all' storia della consulenza, a più riprese, ma con molta circospezione, mi è stato richiesto altro materiale di approfondimento. Questo per dire che, purtroppo, non è facile proporre la filosofia come materia spendibile al di fuori dei muri dell' accademia; ed è un segnale importante, credo, per chi si occupa della definizione e divulgazione della consulenza filosofica, che molto ancora bisogna fare<sup>26</sup>

Cicale affronta con un grupo de enfermeros de cuidados paliativos del Instituto Oncológico de la Suiza italiana un trabajo en torno a lo que él denomina “Diálogo Filosófico”, desde el que, inspirado en las prácticas de “counseling” analiza con los consultantes las emociones que surgen en su relación de trabajo con los enfermos .

El objetivo final de este trabajo es percibir una mayor claridad de lo que hacen cotidianamente, y, sobre todo, un cambio en positivo de las emociones que caracterizan su vivencia sobre la que el grupo reflexiona en conjunto.

El filósofo italiano hace hincapié en la necesidad de mantener unas reglas dentro de las pautas metodológicas del “proceso dialógico” en el que la interrelación del grupo es esencial.

1. Evitar monólogos.
2. Hablar con sinceridad evitando personalismos.
3. No realizar ningún juicio.
4. Hacer referencia a la experiencia.
5. Expresar las dudas y razonarlas.
6. Pensar autónomamente sin referirse a la autoridad.
7. Concentrarse en la escucha activa.
8. Evitar oposiciones, contrastes, polémicas.
9. Prestar atención a lo que se ha dicho por los otros.
10. Buscar el consentimiento.

Desde estas normas, la primera fase planteada por Cicale consiste en que cada consultante narre una experiencia, que en principio están conectadas por la función que desempeñan en el hospital. Cada narración del acontecimiento va unida a la emoción que ha sentido el enfermero en ese momento y la emoción que siente al narrarla.

---

<sup>26</sup> Cicale, P.: “Il dialogo filosofico e le cure palliative”. En *Pratiche Filosofiche* nº 6, Milano, 2005.

Finalizadas las narraciones de todos los miembros se elige una sobre la que se desarrolla el trabajo. El análisis de la narración se caracteriza por algunas fases, donde además del consultor, todo el grupo puede interactuar con el enfermero que está narrando su historia. El filósofo es el que plantea al narrador que localice y señale el argumento fundamental de lo que se cuenta, iniciándose en el proceso igualmente un análisis semántico.

Otra fase interesante es la mirada del grupo con respecto al narrador. Es la manera en la que cada uno recuerda haberlo visto en ese momento que describe.

En este momento, se entrecruzan explicaciones del problema desde el grupo y desde el narrador. Se analizan entonces los diversos puntos de vista, las coincidencias, los desencuentros, los argumentos...etc. y se analiza particularmente en este momento las emociones sentidas.

Al fin es razonar sobre cómo se afronta el problema desde el individuo, cómo lo ve su grupo, qué emociones participan y qué nos ofrece la reflexión en común y la mirada de “los otros”. Es analizar la posibilidad de romper mecanismos rutinarios que nos puedan alejar, en este caso, de un espacio más cercano al paciente y a sus familiares y mejorar por lo tanto en una escucha afinada las necesidades de éstos.

Quali benefici?. La capacità o l'oportunita di fifflettere in un mudo diverso riese a rompere il meccanismo routinario del *fare*. Ad esempio, quando un paziente fa delle richieste, gli operatori con cui ho lavorato non avvertono piú l'urgenza di dare sempre e comunque una “qualsivoglia” risposta, ma riflettono sull'oggetto Della domanda, si prendono del tempo, quando é possibile, per instaurare una relazione piú profonda e meno stereotipata.<sup>27</sup>

## Una experiencia con sujetos afectados de Fibromialgia (FM)

Previo a la exposición del trabajo desarrollado con los enfermos de FM, creo necesaria una breve introducción que nos ubique en esta enfermedad y en sus principales características, para abordar de forma más completa el desarrollo que ha supuesto la aplicación de la OrFi en la FM.

---

<sup>27</sup> Ibid. (La cursiva es del autor).

La FM es una enfermedad crónica que ocasiona a la persona que la padece dolor en múltiples localizaciones del cuerpo además de un cansancio generalizado. Se cree que los síntomas presentes son debidos a bajos niveles de sustancias que regulan la sensación de dolor (serotonina). Las causas que se barajan sobre su aparición son múltiples. Así, hay autores que señalan a infecciones víricas como el origen de la enfermedad, mientras otros hablan de sucesos vitales estresantes y enfermedades crónicas como causas determinantes en la aparición de esta enfermedad.

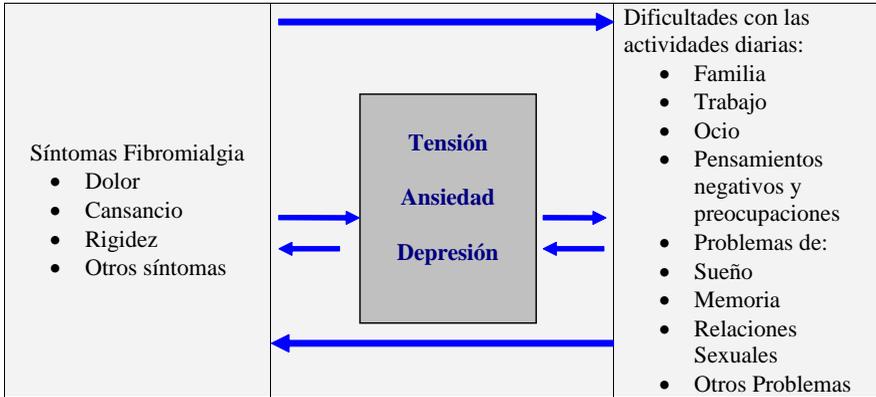
La FM es una enfermedad frecuente, la padece entre el 1 y 3% de la población española, lo que supone entre 400.000 y 1.200.000 personas. Afecta principalmente a mujeres de entre 30 y 60 años. Es una enfermedad “sumergida” debido a que sus criterios diagnósticos no han estado claros y lo habitual era confundirla con otro tipo de enfermedades. Esto tenía y tiene consecuencias importantes para la persona enferma, es corriente que el paciente pase por varios especialistas (digestivo, corazón, traumatólogo, reumatólogo, psiquiatra...etc.) antes de recibir un tratamiento definitivo.

Hasta hace muy poco, las personas enfermas de dolor crónico eran tratadas por la medicina tradicional de forma ineficaz en la mayoría de los casos, según el modelo médico de dolor agudo. Estas personas observaban con indefensión cómo a pesar de visitar distintos especialistas y recibir distintos tratamientos, sus dolencias continuaban sin solución aparente.

La experiencia del dolor provoca a menudo emociones y estados de humor que pueden, por si mismos, aumentar el dolor. Se crea entonces un círculo vicioso, en el cual el dolor provoca emociones desagradables (ira, ansiedad, frustración, pérdida de autoestima, cuestionamiento de valores, crisis existenciales...etc.) y éstas aumentan la percepción del dolor.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Comeche, M. I., y Martín, A.: *Vivir con Fibromialgia. Guía de Aspectos Psicológicos*. Afibrom, Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid. Madrid, 2003, p. 6.



En el trabajo que se realiza con los enfermos de AFIBROSE de Sevilla confluyen diversas disciplinas en el intento de procurar un tratamiento integral, y en éste, médicos, psicólogos y filósofos confluyen en ello. Desde el campo de la Psicología y con una mirada del dolor desde la interpretación que lo presenta como una experiencia tridimensional, resultado de un cúmulo de factores que se relacionan entre sí (físicos, emocionales y mentales) se plantea la necesidad de dar a la persona enferma de dolor crónico, un tratamiento multidisciplinar, que considere, además de los aspectos sensoriales o físicos, los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales.<sup>29</sup>

Desde el campo de la filosofía, el objetivo final de este trabajo no podía ser otro que el objetivo común de cualquier intervención, grupal o individual, de la OrFi, esto es, posibilitar la capacidad de análisis de conflictos y estructurar, a partir de ahí, alternativas. Nuestro trabajo se ha orientado por lo tanto y en todo momento a conseguir que esas alternativas surgiesen de los propios orientados.

Los primeros pasos buscaron en las sesiones iniciales un refuerzo del grupo. Ir más allá de aquello que en un primer momento les unía: el dolor. En esta línea, y dejando aparentemente al margen el interés transversal de todos los miembros del grupo, se fueron buscando y detectando otras preocupaciones de los participantes que posteriormente nos proporcionaron suficiente material para un “análisis existencial” que inevitablemente siempre iba referido al malestar de la fibromialgia, pero

<sup>29</sup> Montenegro, B.: *Aproximación psicológica al dolor crónico en Fibromialgia*. Memoria anual Afibrose, Sevilla, 2003.

que era de excelente ayuda para clarificar determinadas actitudes existenciales que solían repetirse en las participantes.

Abiertas las líneas de comunicación y dejando siempre un importante espacio para la “ventilación ante el grupo” a la manera que suele hacerse en cualquier café o “Vino Filosófico”<sup>30</sup> se recogieron los temas que posteriormente conformaron el material de reflexión dentro del programa.

Todos los temas propuestos para la reflexión tales como: enfermedad y dignidad, culpabilidad y fibromialgia, ¿Cómo he pensado hasta hora? ¿Puedo cambiar las cosas...? dolor y sufrimiento, fibromialgia y sociedad. ¿Cómo nos ven los otros? La incredulidad del otro. ¿Cómo transmitir mi malestar?...etc.,<sup>31</sup> fueron apoyados por textos de autores como: Séneca, Epicteto, Marco Aurelio, Boecio, Montaigne, Schopenhauer, May o Fizzotti... y algunos otros que pudieran aportar un punto de partida para la reflexión.

Para propiciar la reflexión sobre el sufrimiento en los demás, las asistentes al taller visionaron las películas: *La vida secreta de las palabras* de Isabel Coixet y *Tapas* de José Corbacho y Juan Cruz.

En *El hombre en busca de sentido* Frankl nos advierte:

Cuando los arquitectos quieren apuntalar un arco que se hunde, aumentan la carga encima de él, para que sus partes se unan así con mayor firmeza. Así también, si los terapeutas quieren fortalecer la salud mental de sus pacientes, no deben tener miedo a aumentar dicha carga y orientarles hacia el sentido de sus vidas<sup>32</sup>.

El trabajo realizado con nuestras enfermas de fibromialgia ha incidido muy especialmente en esta mirada introspectiva cargada en multitud de ocasiones de más peso para hacer la búsqueda más intensa, para poner entre las cuerdas todos esos “establecidos” que durante años han gobernado sus existencias y donde el dolor ha desactivado cualquier brote de esperanza, cualquier propuesta de trascendencia, cualquier aventura para tutearlo.

---

<sup>30</sup> Vino filosófico es una “suerte” de “Café Filosófico” que nació en Sevilla en 2004 de la mano de los filósofos: Francisco Barrera y José Barrientos. Su estructura de funcionamiento es idéntica a la del “Café Filosófico”, sólo que sustituye a este por el vino en el descanso de la reflexión e intervención de los participantes.

<sup>31</sup> Anexo.: Ficha técnica de la muestra. Gráfico-13

<sup>32</sup> op., cit., p. 105.

Si la vida del hombre, como apunta Frankl, no se colma solamente creando y gozando, sino también sufriendo, el debatirse del hombre con lo que el destino pone ante él, es la misión más alta y la verdadera finalidad del ser humano.

Paralelamente al análisis existencial, apoyado en todo momento por un “cuaderno de bitácoras”, donde las participantes recogían en forma de cuaderno de notas o diario el histórico de sus impresiones, actitudes, momentos especiales de la semana, y esencialmente sus respuestas a los episodios de displacer y sus “remedios” para afrontarlo, las herramientas de la logoterapia eran desempolvadas para implementar el trabajo de reconstrucción de actitudes, fundamentalmente ante el dolor.

Compartimos firmemente con “Gabinete Pharos” que las personas que padecen un dolor crónico necesitan clarificar sus motivaciones y saber qué cosas dan sentido a su vida para reforzar esas columnas que han de soportar un peso añadido al que conlleva la propia existencia<sup>33</sup>.

Además de las herramientas de la OrFi y sus pautas metodológicas recogidas por el grupo ETOR<sup>34</sup> se ha trabajado con dos herramientas propias de la logoterapia: “Derreflexión” e “Intención Paradójica”.

Si bien la Derreflexión habitualmente se usa en el abordaje de dificultades sexuales, es tremendamente útil en todos aquellos casos donde la “hiperreflexión” limita al máximo la sintomatología del consultante, y por lo tanto no le permite ni distanciarse ni “autotranscender”.

Esta herramienta conduce a una visión de la diversidad de valores que amplía el territorio en la ubicación de sentido, abandonando la atención en uno mismo.

Con la Intención Paradójica, se ha trabajado contra la ansiedad anticipatoria, que no sólo es producto de situaciones fóbicas, sino la respuesta a un historial con poca discontinuidad en el dolor. La intención paradójica es una convocatoria del malestar, un intentar que ocurra lo que se teme, pero bajo nuestro control. Es, realmente una posibilidad de ganar espacio entre el consultante y sus patrones para poder visionarlos desde

---

<sup>33</sup> Cfr. Gabinete Pharos : “Una experiencia de asesoramiento en grupo: Taller de filosofía práctica” En Barrientos, J., Macera, F., Ordóñez, J. (eds). *La Filosofía a las puertas del tercer milenio*. Fénix Editora, Sevilla, 2005, p. 213.

<sup>34</sup> Cfr. Barrientos, J.: op., cit., pp. 143-148.

fuera. Cuando esta herramienta se usa a nivel grupal aún se hace más definitiva.

Sin entrar muy a fondo en los orígenes de la logoterapia y en la estructura que soporta su increíble edificio tengo que hacer necesariamente unas mínimas referencias de la llamada “Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia”, es decir, aquella que supera al Psicoanálisis de Freud y la Psicología Individual de Adler. La logoterapia no es otra cosa que un tratamiento psicoterapéutico inaugurado por el psiquiatra vienés Víctor E. Frankl basándose esencialmente en el “logos”, es decir, en el “sentido, significado... propósito”.

La logoterapia, con una serie de instrumentos y herramientas, detecta y diagnostica lo que podemos definir como “Vacío Existencial”, provocando en el paciente una reacción de búsqueda, además de una responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida que le llevará al encuentro de “Motivos para el existir”.

Uno de los aspectos diferenciadores de esta psicoterapia con las existentes es que desborda el área de las Ciencias de la Conducta y se adentra tanto en el área de Humanidades y en la propia Filosofía que se desmarca totalmente de aquellas psicoterapias que se reducen en sus bases a la fisiología y al comportamiento. La logoterapia no “trata”, realmente, “acompaña” a las personas que viven conflictos existenciales provocados por una falta de sentido en sus vidas o la necesidad de determinados valores.

Para el Dr. Frankl la dimensión espiritual del hombre es su verdadero motor, y el hombre para el psiquiatra vienés es una unidad tridimensional; una unidad antropológica de: cuerpo, psique y espíritu, que siendo ontológicamente diferentes forman una unidad profunda. Frankl subraya que la orientación en la vida es el sentido y no el placer, ni el poder. “Alcanzar el fin es en realidad una razón para ser feliz”.

La logoterapia participa en algunas de sus líneas de pensamiento de los fundamentos de la filosofía existencial. Entre los pensadores que inspiraron la obra de Víktor Frankl nos encontramos con: Heidegger, Kierkegaard, Max Scheler, Binswanger, Jasper... Todos los autores coinciden con la idea de un existencialismo fenomenológico tomando como centro a la persona existente. Kierkegaard nos recuerda que: “Hay que encontrar una verdad que puede ser una verdad para mí, encontrar la

idea por la cual quiero vivir y morir”. Sin duda alguna el nexo entre las psicoterapias humanistas y el existencialismo es evidente. La logoterapia no es una excepción. La integración del encuentro de Martin Buber, la fenomenología de Husserl, la llamada de atención de Sartre a una responsabilidad para atender nuestra propia vida, para asumir nuestra libertad de decidir y ser responsables de nuestro futuro, la atención que Binswanger y otros psicólogos existencialistas prestan al descubrir a su cliente su “visión del mundo”, confluyen en los planteamientos de la logoterapia de Frankl. Los dos últimos siglos no han sido sencillos. Hay quienes huyen del término “humanista”. El inicio del XXI marca una acusada ausencia de significado de la propia existencia. Sin duda alguna el hombre es minimizado y desplazado por la tecnología. Es el perfecto caldo de cultivo para vivir “conflictos del alma” En este punto el ser humano corre el peligro de emplear estrategias de autodestrucción para llenar el vacío de la propia “conciencia disminuida”, ya que aparece en ese momento una pérdida de valores, costumbres, ideales, de un sentido que sea motivado por su persona misma. Este fenómeno es conocido como “neurosis noógena”. Esta neurosis no es otra cosa que una pérdida de sentido existencial y el hombre es libre ante ella, le compete un grado de libertad. Hay una coincidencia total en el pensamiento de Frankl y en el de aquellos psicoterapeutas existencialistas que afirman que puedes deshacerte de los síntomas con un buen número de técnicas pero que tarde o temprano tendrás que enfrentarte a la realidad del “Dasein”.

El sentido de la vida se descubre a través de la conciencia, en busca de la trascendencia. La Logoterapia va más allá incluso del análisis existencial o el ontoanálisis, dado que es más que un mero análisis de la existencia o del ser, e implica más que un simple análisis de su sujeto. A la logoterapia le concierne simultáneamente el “ontos” y el “logos”. No es sólo terapia, es una filosofía de la vida. El sentido de la vida puede encontrarse de tres maneras. Por lo que damos a la vida (obras creativas), por lo que tomamos del mundo (experiencia y valores) y por cómo nos enfrentamos ante un destino que es ineludible (enfermedad incurable, sufrimiento). La logoterapia quiere hacer del paciente un ser consciente de su realidad y de las responsabilidades que le supone el ser consciente de ella, la labor del logoterapeuta consiste en ampliar y abrir al máximo la visión del paciente para aumentar su consciencia de sí mismo y de su

ser en el mundo. La concurrencia con la labor del orientador filosófico es máxima.

### **Trabajo de campo en FM**

El grupo estaba compuesto por 15 personas, todas mujeres, con una media de edad de 48,7 años. Las sesiones, de dos horas, se realizaron con una periodicidad semanal durante los tres meses que tuvo de duración este programa.

En un primer sondeo realizado al grupo en la segunda sesión del programa se obtiene la siguiente información complementaria: el 63% de las participantes llevan entre 1 y 4 años diagnosticadas de FM, un 18% entre 5 y 10 años y un 19% más de 10 años. La sintomatología de las enfermas se presentan por este orden: 30% dolores, 26% cansancio, 17% depresión, 13 % vértigos, 8,70% ansiedad y 5% problemas de movilidad.

Otro ítem importante es el que se refiere a la interacción de la enfermedad en sus vidas. Así, el 36,80% manifiesta una importante modificación en su vida laboral, un 26,30% una gran afectación social, un 21% en su vida afectiva y el resto, un 15,90% no sabe.

Cuando se les pide que encajen la enfermedad en el ámbito fisiológico o psicológico el 95% se decanta por un problema físico ante el 5% restante, que lo sitúa en el campo de lo psicológico.

Resaltamos otro ítem de gran interés para nuestro trabajo, dado que interrogábamos sobre el sentido existencial en el que se sustentan para afrontar el dolor y el sufrimiento de la FM. Un 73% lo depositaba en su familia, un 18% en desarrollar un sentido de lucha capaz de domesticar cualquier injerencia de la enfermedad en su día a día, y por último un 9% lo encontraba en la religión.

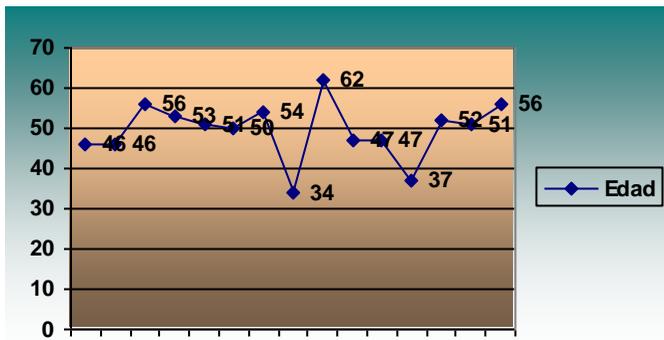
Por último destacar que a la cuestión planteada sobre las expectativas que tenían del programa recién comenzado el 63,70% contestó que mejorar, el 30% no sabe y el 6% ninguna.

### Anexo I. Primer sondeo

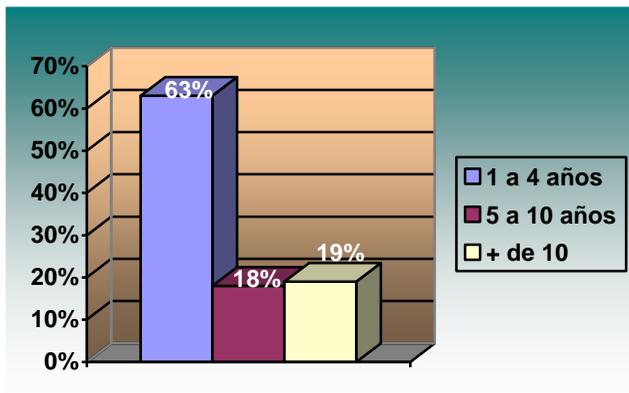
Se desarrolla al inicio del programa

**Sexo:** 100% Mujeres

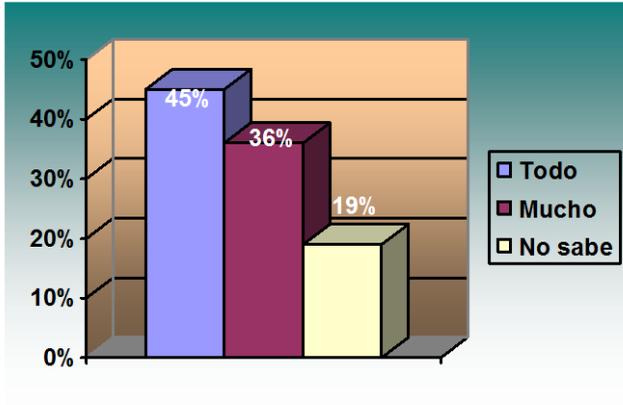
**Edad:** Muestra: 15 mujeres entre **34** años y **62**. Media edad: **48.7** años.  
(Gráfico-1)



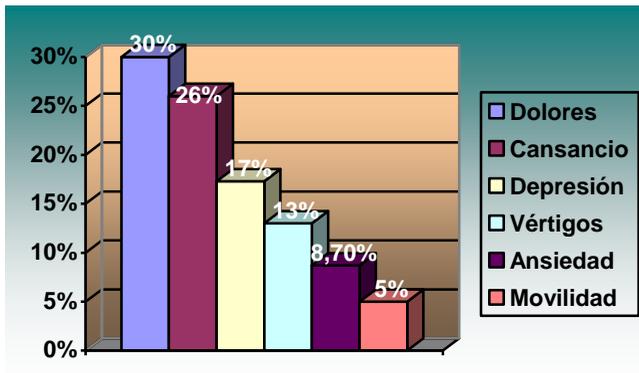
*Tiempo de diagnóstico (Años que llevan diagnosticadas). (Gráfico-2)*



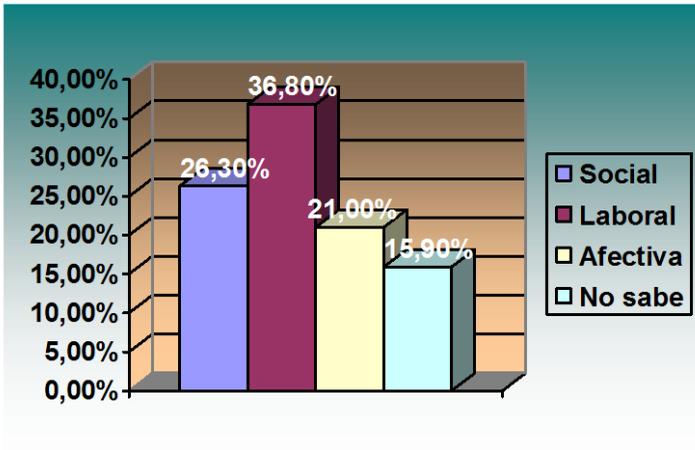
*Impacto de la enfermedad en su forma de vida. ¿Cambió la enfermedad su vida? (Gráfico-3)*



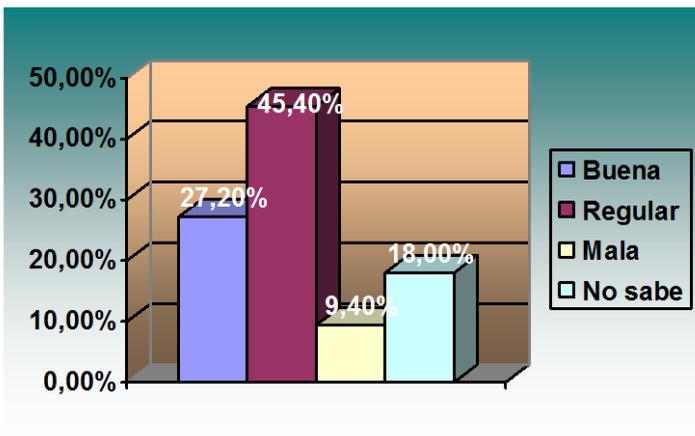
*Síntomas con los que se les manifiesta la Fibromialgia. (Gráfico-4)*



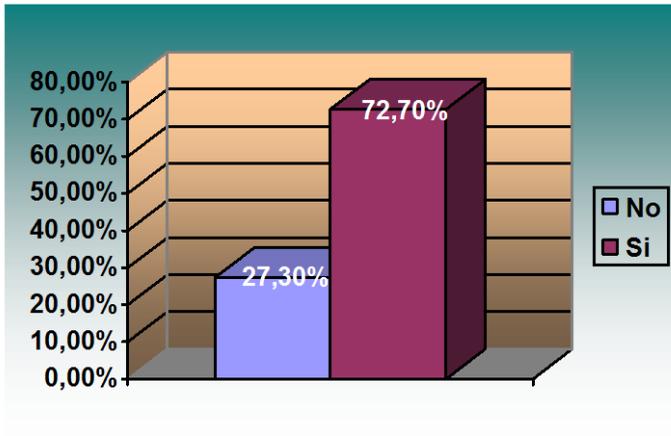
*Interacción de la enfermedad en vida afectiva, vida social y vida laboral (Gráfico-5)*



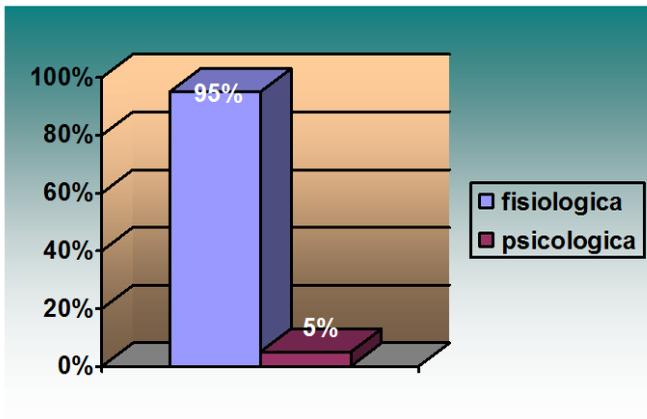
*Valoración de la atención médica desde que es diagnosticada con FM (Gráfico-6)*



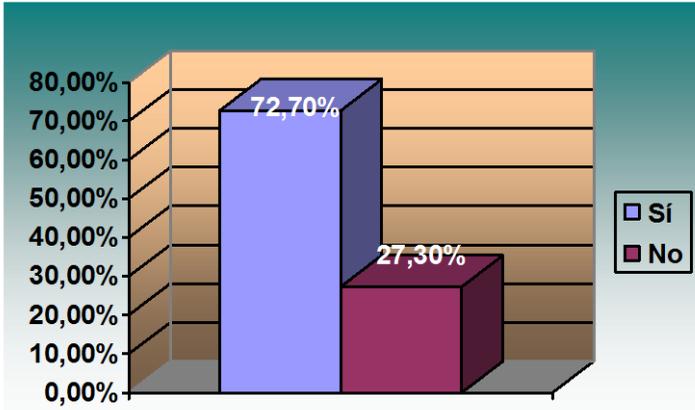
*Dificultades a la hora de transmitir a los demás la enfermedad que padece (Gráfico-7)*



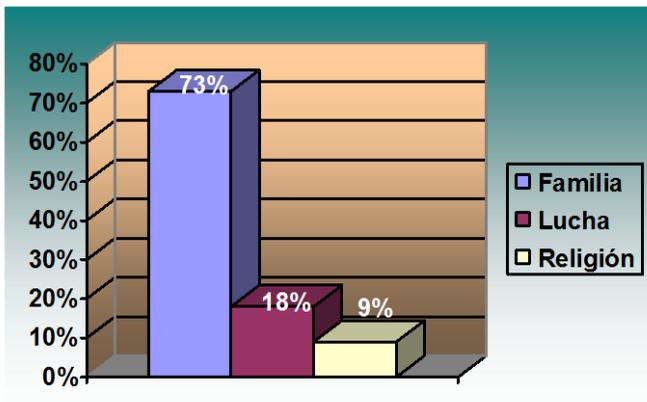
*Cómo define su enfermedad (Gráfico-8)*



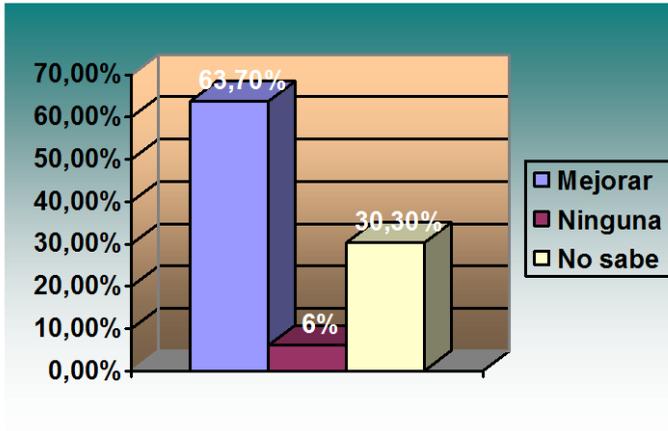
*Búsqueda suplementaria de ayuda en otros profesionales y resultados (Gráfico-9)*



*Los elementos que dan más sentido a su vida. (Aquellas cosas por las que a pesar de las dificultades y malestares que le provoca la Fibromialgia le mueven hacia la vida más plena) (Gráfico-10)*



### *Expectativas del programa (Gráfico-11)*



## **Anexo II. Segundo sondeo**

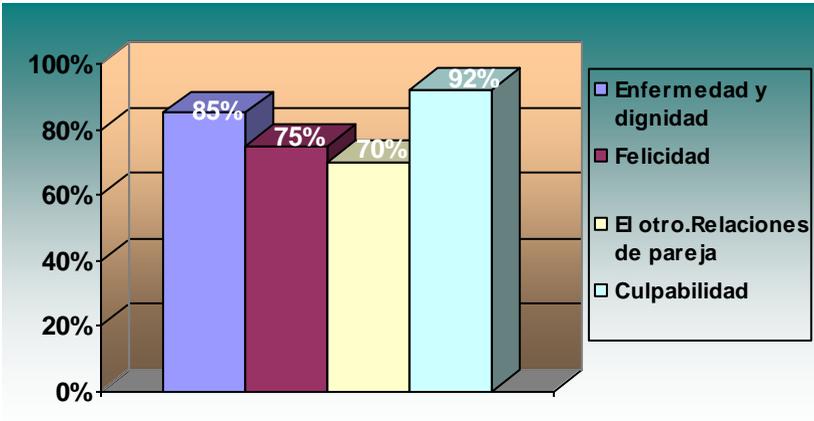
Se desarrolla al final del programa

Un segundo y último sondeo a las participantes de este programa nos mostró datos relevantes que por su interés transmitimos. A la pregunta por el tema tratado en el programa que más interés suscitó, el sentido de culpabilidad con un 92% se situó como el más interesante. Un 85% optó por “Enfermedad y Dignidad”, el 75% lo hizo por “La felicidad” y finalmente un 70% señaló “El otro y relaciones de pareja” como tema de sumo interés.

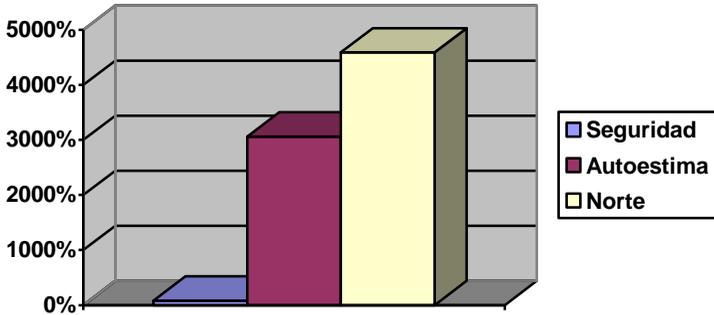
A la pregunta sobre qué les había aportado el programa el 80 % señaló que “seguridad”, un 67% destacó “el conocerse más”, un 65% señaló como aportación del programa “la autoestima”, un 45% el conocimiento de “nuevas herramientas” para afrontar su malestar y un 35 % señaló “saber aceptar la situación”.

A la última cuestión de este segundo sondeo, que preguntaba a los participantes su disposición a participar en otro programa similar, el 94% indicó que sí y un 6% que no<sup>35</sup>.

*Temas que le han resultado de mayor interés (Gráfico-12)*

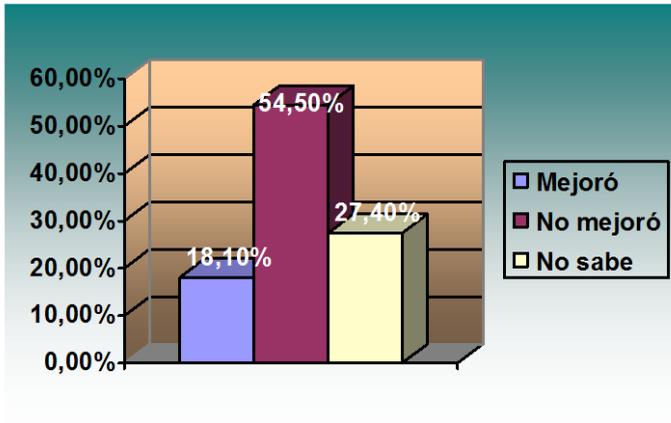


*Qué le ha aportado el programa (Gráfico-13)*



<sup>35</sup> Ficha técnica de la muestra.

*Cumplimiento expectativas programa (Gráfico-14)*



*Volvería a participar en un programa similar (Gráfico-15)*

