



UNSAM

UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

Universidad Nacional de San Martín
Instituto de Altos Estudios Sociales
Licenciatura en Antropología Social y Cultural

**Los Sentidos del Voluntariado en el grupo de Cáritas del Hospital
San Ambrosio**

Angela M. Espinosa

Tesina para obtener el título de Licenciada en

Antropología Social y Cultural

Director: Dr. Matías Paschkes Ronis

Co-director: Lic. Darío Iván Radosta

Buenos Aires

2021

**LOS SENTIDOS DEL VOLUNTARIADO EN EL GRUPO DE
CÁRITAS DEL HOSPITAL SAN AMBROSIO.**

Autora: Angela M. Espinosa

Evaluadora: Dra. Luana Ferroni

Director: Dr. Matías Paschkes Ronis

Co-director: Lic. Darío Iván Radosta

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se encuadra dentro de la antropología del voluntariado en el ámbito de la salud. En esa dirección, busca descubrir y analizar las prácticas y los sentidos de la acción voluntaria del grupo de Cáritas que trabaja en el Hospital San Ambrosio en el conurbano bonaerense. Caritas es una alianza humanitaria entre estados, financiada por y perteneciente a la Iglesia Católica. Sus miembros brindan ayuda a personas en riesgo de exclusión social y desarrollan su tarea en diferentes áreas de la vida social, entre ellas la de la salud.

Esta etnografía aborda los sentidos de cuidado que subyacen en las prácticas de los voluntarios, las representaciones que manejan en torno a la solidaridad, sus motivaciones y la relación con sus historias de vida, así como la vinculación entre sus acciones y la concepción religiosa de la institución que los contiene.

Trabajo de campo, entrevistas y observación participante sustentados por bibliografía sobre el tema me fueron conduciendo por ese mundo en el que emergen los más variados matices de la condición humana. Intenté y creo haber logrado demostrar que la acción de este grupo humano excede ampliamente el discurso de la entidad a la que pertenecen.

ÍNDICE GENERAL

GRADECIMIENTOS	5
INTRODUCCION	6
La entrada al campo	7
Estado del Arte. Estudios sobre voluntariado	12
Estudios de Voluntariado en Contexto Hospitalario	18
Voluntariado en Instituciones Religiosas	19
Marco Teórico	24
Estructura de la Tesina	27
Metodología y Actores del presente Trabajo de Investigación	27
1. CAPÍTULO I. EL TRABAJO DE LOS VOLUNTARIOS, ¿TAREA O ARTE?	29
1.1 El límite entre lo profesional y lo voluntario	29
1.2 Aprender a ser voluntario	35
1.3 La escucha activa, todo un arte	39
1.4 El paciente y su entorno familiar	44
1.5 El voluntario es al alma lo que el médico es al cuerpo.	47
2. CAPÍTULO II. LOS ACTORES, SUS VIDAS Y MOTIVACIONES.	51
2.1 Sobre Motivaciones	52
2.2 Cuando el motor es el sufrimiento	53
2.3 Cuando el motor es la solidaridad	57
2.4 Cuando el motor es la ternura	61
2.5 Cuando el motor es la vocación	65
3. CAPITULO III. DIOS, LA RELIGIOSIDAD Y LOS VOLUNTARIOS DE CÁRITAS	69
3.1 Porque creo en Dios pido que me hablen de Él.	73
3.2 Porque creo en Dios dejo que me pidan por Él	80
3.3 Yo de eso no me ocupo	82
4. CONCLUSIONES	85

AGRADECIMIENTOS

Encarar y concluir una segunda carrera universitaria una vez alcanzados objetivos importantes de la propia vida constituyen un desafío no menor que se logra con esfuerzo personal y con el apoyo de las personas que nos acompañan en ese proceso. La alegría y la satisfacción de haber llegado a la meta se unen a un sincero agradecimiento a los coprotagonistas de esta historia. Por ellos, agradezco profundamente a:

- Mis hijos Estela y Guillermo y sus respectivas familias por haberme alentado con cariño e interés en todos estos años.
- Mis amigas Ana, Cristina, Luli y Silvina que escucharon estoicamente sobre mis avances, retrocesos y cambios de ánimo de este proceso.
- Mi director Matías y mi codirector Darío que me brindaron las herramientas y el apoyo para la elaboración de esta tesina. Gracias a ellos pude atravesar con éxito esta instancia de aprendizaje.
- La Universidad Nacional de San Martín y sus profesores que con su idoneidad y calidad humana enriquecieron este camino de crecimiento personal.
- Y, en definitiva, a mi país, Argentina, que gracias a su Educación Pública facilitó la concreción de este sueño.

Los sentidos del voluntariado en el grupo de Cáritas del Hospital San Ambrosio

INTRODUCCIÓN

“Del tema de Dios no me ocupo, para eso está el sacerdote. Yo solo quiero ayudar.”

(Alicia, voluntaria)

¿Qué mueve a los voluntarios que se ofrecen a trabajar dentro de un grupo católico en un hospital? ¿Cómo se relacionan con el discurso religioso? ¿Por qué eligen realizar su práctica de voluntariado allí? ¿Qué sentidos develan sus acciones?

Esta tesina se encuadra dentro de un abordaje antropológico al estudio del voluntariado en el ámbito de la salud y su objeto es el grupo de voluntarios de Cáritas que actúa en el Hospital San Ambrosio¹ del conurbano bonaerense bajo la dirección del capellán designado por el Arzobispado. En el presente trabajo de investigación abordo el tema del voluntariado, los sentidos y motivaciones que sus integrantes desarrollan. Indago sobre las lógicas de cuidado que subyacen en sus prácticas, las relaciones que entre ellos generan y exploro sus biografías para examinar en qué parte de sus historias emerge la decisión de dedicar su tiempo a esta tarea.

El trabajo etnográfico que aquí presento fue realizado durante los meses de abril a diciembre del año 2019. En el mismo pude dar cuenta de que la acción de los integrantes de los grupos de voluntariado excede ampliamente el discurso religioso católico propio de la institución que los identifica y que sus miembros no necesariamente adhieren al mismo. Me propuse además reconocer los sentidos del cuidado que develan las prácticas del grupo, las

¹ El nombre del Hospital en el que realicé mi trabajo de campo es ficticio. Se trata de un centro de salud importante del oeste del conurbano bonaerense.

representaciones que manejan en torno a la solidaridad, la religiosidad, sus motivaciones, así como las características de su tarea y las relaciones que se dan entre ellos.

Llegué al campo a partir de una experiencia personal. Fui yo misma voluntaria durante más de ocho años y mi prescindencia del tema religioso para hacerlo me hizo sentir muchas veces como una *outsider*. Sin embargo, cuando me aboqué a este trabajo de investigación, percibí que no era la única.

La entrada al campo

El Hospital San Ambrosio está ubicado dentro de un barrio de clase trabajadora en el oeste del conurbano. Es un importante edificio de cuatro plantas, con entrada por dos calles: la principal, por la calle José de San Martín y una lateral por la calle El Resero. El hospital tiene más de sesenta años y a pesar de que ha tenido bastantes trabajos de mantenimiento, en general presenta un aspecto deteriorado.

En la planta baja hay un hall central donde personal administrativo distribuye turnos a las innumerables personas que acuden en busca de atención médica. Al fondo de ese hall está la pequeña capilla de Nuestra Señora de la Salud en la que el sacerdote da misa y a la que las personas que concurren al hospital pueden asistir. En la parte posterior de la capilla, una pequeña sacristía es el lugar en el que se colocan los objetos que el sacerdote utiliza y en varios estantes se acumulan ropas, juguetes y otros elementos que se donan y que los voluntarios distribuyen según las necesidades.

Sobre uno de los costados del edificio está la Guardia en la que el movimiento de entrada y salida es incesante. En el otro lateral, la zona de Pediatría. En los tres pisos que conforman la parte principal del hospital, hay salas de hombres y mujeres con seis camas en cada una. Cada piso tiene dos oficinas de enfermería de las que salen largos pasillos. Terapia Intermedia e Intensiva se encuentran en el último piso juntamente con el quirófano. Por las mañanas se despliega una gran actividad mientras que por la tarde el clima general se aquieta.

Nueve años antes de comenzar esta investigación, una experiencia familiar difícil me obligó a estar en contacto con el mundo del sistema de salud en forma muy estrecha. Largos meses de zozobra, de profundo miedo y de interminables esperas por el resultado de

estudios marcaron seis años de mi vida en los que una acude a la ciencia, a la “no-ciencia”, a lo sobrenatural y a todo aquello que ayude a mitigar de alguna forma la incertidumbre por la suerte de los que más quiere.

Una vez atravesado el crítico período en que pasé por altos y bajos emocionales, esperanzas y frustraciones, alegrías y desencantos y cuando empezó a verse la luz al final del túnel, decidí que tenía una deuda con el milagroso misterio de la vida. Nadie me la impuso, en ese momento lo sentí como un “impulso natural”, algo que me despertó una mañana y me dijo desde lo más profundo de mi ser que algo debía hacer en agradecimiento por cómo se habían desarrollado los hechos.

Por aquel entonces, yo estaba en plena actividad laboral y debía encontrar un espacio donde poder llevar a cabo aquello que me había propuesto. Fue así como pensé en hacer tarea de voluntariado en el hospital cercano a mi casa: el Hospital San Ambrosio. Me dirigí a la institución y me contacté con un miembro de cierto rango del sector administrativo. Me informó que había un grupo institucional –denominado “las Damas de Rosa”– integrado únicamente por mujeres, que hacían tareas de voluntariado en el lugar. Cuando averigüé qué debía hacer para incorporarme al grupo me indicaron que se requería hacer un curso de tres meses por las mañanas y que, una vez concluido, se me aceptaría en él y debía dedicarme a la tarea que se me indicara de lunes a viernes de 8 a 12. Sin duda, era imposible para mí en aquel momento porque dedicarme a ello implicaba suspender mi trabajo. Al ver mi desconcierto, la misma persona con la que hablé me dijo que si tenía un horario acotado podía comunicarme con el sacerdote que estaba a cargo del grupo de voluntarios de Cáritas. Éste estaba integrado por personas de ambos sexos, pero con mayoría femenina, lo que de alguna manera reafirma lo planteado por Faur (2014) cuando sostiene que, a pesar de que ya no es tan fuerte la división sexual del trabajo y el ingreso de la mujer a la vida laboral ha hecho que la división público-privado sea menos marcada, el cuidado tanto de niños como de personas mayores con o sin discapacidad siga siendo “cosa de mujeres”. En una entrevista publicada por el diario La Nación en mayo 2020, Eleonor Faur explica que la idea de que el cuidado es privativo de las mujeres es un concepto culturalmente construido. Esto pude apreciarlo en mi trabajo de campo en donde si bien en el grupo de voluntarios existe un mayor número de mujeres, también hay hombres que se

dedican a esta práctica y que se benefician de ella. De este modo –y solo de manera introductoria– se puede decir que el “cuidar” trasciende la cuestión de género, pues se trata de una práctica cuyo principal objetivo –aunque no único– es brindar bienestar al otro.

Caritas es una alianza humanitaria entre Estados, financiada y perteneciente a la iglesia católica, que agrupa 165 organizaciones nacionales de asistencia, desarrollo y servicio social. Sus estatutos expresan que sus miembros se proponen combatir la pobreza, la exclusión, la intolerancia y la discriminación. Habilitan a personas con menos recursos a participar en los asuntos que afectan directamente sus vidas e intercede por ellos en foros tanto nacionales como internacionales. Además, brindan ayuda a personas en riesgo de exclusión social, dándoles hogar por algunos días, alimento y servicios básicos de salud.

Así fue como esa misma tarde volví al hospital y conversé con el sacerdote que inmediatamente me dijo que eligiera un horario en el que pudiera concurrir. De esta forma, empecé mi tarea de voluntaria, dos veces por semana, a partir de las 18 horas y esto implicaba prestar ayuda con la cena o con lo que fuera necesario para los pacientes allí internados. Fue algo que hice con gusto y con profunda satisfacción. Tuve períodos en los que no pude ir por razones diversas, pero fueron siete años que me dieron numerosas lecciones de vida.

Pasado los siete años, y concluida mi época de trabajo activo me dedico a estudiar antropología social. El estudio de esta disciplina comenzó a ocupar parte de mi tiempo y a satisfacer mi necesidad de un trabajo intelectual que la vida laboral no me había permitido. La Universidad Nacional de San Martín, en la que estaba concluyendo el desafío encarado, me exigía la elaboración de un trabajo etnográfico. La elección del Grupo de Voluntariado del Hospital San Ambrosio como objeto de observación me pareció una buena opción.

En esa dirección, observar al grupo de voluntarias institucionales (las Damas de Rosa) fue la opción elegida. Inicié mi aproximación al campo a través de una persona conocida que había trabajado en la cocina del hospital durante años y conocía a dicho grupo. Esta persona me dio el nombre de “la jefa” de las Damas y me dijo que podía encontrarla en el hospital todos los días.

Me acerqué una mañana, pedí hablar con ella y me recibió. La acompañaba otra voluntaria. Me presenté y les expliqué que mi intención era hacer un trabajo de observación para mis estudios en la facultad. Les pedí permiso para poder asistir dos veces por semana, en el horario que ellas me indicaran. Les aclaré que no iba a interferir con la tarea que ellas desempeñaban, que lo mío sería tan solo observar y tomar unas notas y que si en algún momento no podía estar ahí volvería otro día. Se mostraron dispuestas a recibirme y quedamos en que asistiría los martes y miércoles. Al encuentro siguiente, me recibieron las dos y como la oficina estaba ocupada, salimos al patio del hospital y allí tuve una conversación de aproximadamente 45 minutos en los que me explicaron en qué consistía la tarea que desempeñaban, cuáles eran las condiciones para incorporarse al grupo de voluntarias, las limitaciones de la tarea, en particular cuando se estaba en contacto con los pacientes. Les conté que vendría al día siguiente y ellas quedaron que me iban a llevar a hacer un recorrido por los distintos consultorios donde trabajaban algunas voluntarias. Les pregunté si tenían alguna reunión del grupo en la que yo pudiera asistir y me dijeron que, a pesar de que las reuniones no eran muy frecuentes, no habría problema.

Al día siguiente volví y una de ellas se acercó cuando me vio y dijo que no me podían permitir seguir avanzando con lo que estábamos haciendo hasta tanto no llevara un documento con membrete de la universidad en el que figurara mi nombre y apellido, DNI y la razón que justificaba mis visitas. Este papel ellas lo presentarían al director del hospital para que autorizara mi presencia. Les dije que no habría ningún problema y les pregunté si podía seguir asistiendo hasta que la parte burocrática se resolviera. Me dijeron que no me podían seguir recibiendo hasta tanto no estuviera aprobado por el director porque era “algo ilegal”. Aclararon además que no podría asistir a una reunión porque se trataban temas que atañían al grupo y que no iban a compartirlos. Dijeron: “Imaginate que no dejamos asistir a las voluntarias nuevas hasta que no tienen cierta antigüedad.”

Ni bien tuve el certificado se los alcancé. Una de ellas lo miró una y otra vez (como si estuviera buscando una razón para enviarlo de vuelta) hasta que finalmente dijo que le faltaba el sello de una autoridad de la universidad. Les dije que iba a conseguir otro papel con el sello correspondiente y les pedí si mientras tanto podían tramitarme el acceso con el director. Esperé una semana para ver si tenía alguna respuesta y al cabo de ese tiempo le

envié un mensaje a la jefa preguntándole por mi autorización. La respuesta fue que no me podían contestar con precisión y que tal vez “me convendría cambiar de hospital”. A pesar de que todo hacía pensar que me estaban echando, le dije que esperaría otro poco. Al día siguiente recibí un mensaje de WhatsApp en el que me comunicaban que el director del hospital no autorizaba “de ninguna manera” tal actividad.

No tengo evidencias concretas, pero sí la intuición de que no existió la menor intención de facilitar el ingreso. Creo que en un primer momento pensaron que, el trabajo era algo que solo requeriría una conversación de un rato y ahí acabaría todo. Es más, una de ellas en la segunda charla me dijo: “con esto que te cuento tenés para escribir bastante”. Pero, ni bien vieron que mi presencia iba a tener una cierta regularidad, decidieron negarme el acceso. En aquel momento tuve la intuición de que el papel nunca había llegado al despacho del director del hospital, pero por supuesto todo quedaba en el campo de las especulaciones. Durante mi trabajo de campo pude comprobar que mi percepción estaba acertada.

A pesar del disgusto por lo ocurrido, lo poco que vi me dijo bastante sobre cómo se manejaba el grupo. Había un orden jerárquico muy marcado. Las pocas veces que concurrí, pude percibir una fuerte insistencia sobre lo que decía, decidía o sugería la “jefa”. La atmósfera que reinaba en el ambiente era la de un grupo cerrado, sin permeabilidad y con extremada reserva. De hecho, en la primera reunión que tuve me dijeron que el grupo tenía 18 miembros, pero luego pude enterarme de que en la práctica eran cinco. Hubo un desgranamiento del grupo. Algunas dejaron la actividad y otras pasaron al grupo del sacerdote.

Luego de esa experiencia decidí trabajar con el grupo del sacerdote (Grupo de Cáritas/Damas de Celeste, por el color del guardapolvo) Me reuní con él, que va todos los días, le expliqué en qué consistía lo que iba a hacer e inmediatamente me dijo que asistiera cuando quisiera. Me dio el cronograma con el nombre y horario de los voluntarios que asisten y dejó una nota en el cuaderno de la sacristía diciendo que yo iba a hacer esas observaciones. Es más, me permitió que lo acompañara a él en sus visitas salvo cuando visitaba Terapia Intensiva.

No es necesario explicar en extenso cuáles fueron mis sentimientos frente a la reacción de los grupos arriba descritos, pero durante mi trabajo de campo pude dar cuenta de una división del trabajo de los voluntarios y ciertas tensiones que definen la identidad de cada grupo. “Ellas [las Damas de Rosa] hacían trabajo administrativo, repartían números en los consultorios externos y asistían a los médicos”, afirmaba Matilde, “Para mí, el voluntariado es otra cosa”. Coca decía: “A ellas no les interesaba ir a las salas y asistir a los enfermos. Imaginate que la jefa del grupo de las de Rosa decía que a ella le daba impresión estar con los enfermos. ¿Qué clase de voluntariado es ese?”. Norma fue más allá: “Muchas dejaron y otras se pasaron a nuestro grupo. A mí no me gusta ir detrás de los médicos para que me den muestras gratis de remedios. El Padre quiso una vez que trabajáramos en conjunto, pero no hubo caso. Fue inútil.” Estos y otros comentarios reforzaron aquella primera intuición de la que les hablé. Finalmente, “las de celeste” fueron el objeto de mi observación.

Estado del arte. Estudios sobre el Voluntariado

El voluntariado constituye una práctica social ampliamente extendida y que se lleva a cabo en organizaciones no gubernamentales, estatales, religiosas entre otras. En los últimos años, esta actividad fue incorporando nuevas dimensiones debido a la proliferación de ONGs dándole nuevos matices a las funciones de los voluntarios. Según el “Informe sobre el estado del voluntariado en el mundo en 2018: el lazo que nos une” (2018: 11), elaborado por las Naciones Unidas, la fuerza de trabajo del voluntario mundial equivale a la de 109 millones de trabajadores a tiempo completo. De estos 109 millones, el 30 % corresponde a servicio voluntario que se realiza formalmente a través de organizaciones, asociaciones y grupos. La mayor parte de la actividad voluntaria global (el 70 %), que es más difícil de capturar y generalmente menos visible para los actores principales del desarrollo, se realiza directamente a través del compromiso informal entre individuos.

Los estudios sobre voluntariado se ocupan de definir el término, describir los distintos ámbitos en los que se trabaja, indagar sobre las motivaciones de los actores y especificar su composición en grupos etarios y de género. La definición que aporta la

Organización de Naciones Unidas (ONU) es especialmente significativa dado que es una de las primeras iniciativas globales para reconocerlo como una de las fuerzas vivas de la sociedad mundial actual. La ONU considera al voluntariado como “la contribución -sin ánimo de lucro o beneficio- prestada por individuos para el bienestar del vecino, la comunidad o la sociedad en general” (1998:1). El interés de la ONU en el voluntariado, reflejado en la proclamación y celebración del Año Internacional de los Voluntarios durante el 2001, inició una serie de acciones globales dirigidas a reconocer, fomentar y facilitar esta práctica. Asimismo fomentó el intercambio y encuentro entre quienes la desarrollan basado esto en la convicción de que las características actuales de nuestra sociedad, entre ellas la aparición de nuevos factores de riesgo social, y la tendencia hacia el mayor involucramiento de la sociedad civil en la resolución de sus problemas, hacen sumamente necesario que cada vez más personas se involucren en acciones destinadas al bienestar social, una de las características destacadas del trabajo voluntario (Bertucci, 2003).

En el ámbito europeo, España es uno de los países que ha avanzado en la definición y regulación de la actividad de voluntariado. La Ley Estatal del Voluntariado española, promulgada en 1996, es el referente más importante del área en el mundo hispanoparlante, pues, al definir el voluntariado por ley, hace un reconocimiento explícito de éste, así como de los derechos y deberes de quienes lo realizan. De esta forma la Ley Española entiende el voluntariado como:

... el conjunto de actividades de interés general, desarrolladas por personas físicas, siempre que las mismas no se realicen en virtud de una relación laboral, funcionarial, mercantil o cualquier otra retribuida y que reúna los siguientes requisitos: a) Que tengan carácter altruista y solidario. b) Que su realización sea libre, sin que tengan su causa en una obligación personal o deber jurídico. c) Que se lleven a cabo sin contraprestación económica, sin perjuicio del derecho al reembolso de los gastos que el desempeño de la actividad voluntaria ocasione. d) Que se desarrollen a través de organizaciones privadas o públicas y con arreglo a programas o proyectos concretos. (Ley 6/1996, de 15 de enero, del Voluntariado. Jefatura del Estado «BOE» núm. 15, de 17 de enero de 1996 Referencia: BOE-A-1996-1071).

Esta definición hace hincapié en la importancia de la acción como *alma mater* del voluntariado, sin considerar las relaciones de tipo laboral y reafirmado el requisito de la gratuidad económica y la condición de ser ejercidas desde la propia voluntad. Se destacan

en ella los valores de altruismo y la solidaridad, así como el requisito de que el voluntariado propenda a organizarse, para darle sistematicidad y continuidad mediante programas y proyectos.

En el caso particular de América Latina, Coatsworth (2005) reflexiona sobre el voluntariado y sobre cómo estas acciones contribuyen a reducir las distancias socioeconómicas que han sido una constante del continente. En este contexto, las acciones de voluntariado vienen a suplir las inacciones de los Estados. En esta parte de América, la Ley brasileña de Voluntariado de 1998 que es una normativa específica sobre el tema del ámbito latinoamericano indica que el servicio voluntario como una actividad que no tiene retribución económica y que es prestada por una persona física, en entidades públicas de cualquier naturaleza, o en una institución privada sin fines de lucro que persiga objetivos cívicos, culturales, educacionales, científicos, recreativos o de asistencia social, incluyendo mutualidades. En este enfoque se destaca el voluntariado como acciones personales desarrolladas en el marco de instituciones, considerando un amplio espectro de ámbitos de acción. Por otra parte, la definición brasileña introduce la posibilidad de que los beneficiarios de tales acciones pertenezcan a mutualidades, lo que extiende la noción de voluntariado, considerada en general como una relación entre personas en situaciones asimétricas, a aquellas acciones orientadas al bienestar de los pares. Según Torrejón et al., (2005) en una investigación sobre la colaboración social en Chile, el voluntariado es una expresión de la colaboración humana, un trabajo por el otro, en el marco de un creciente desorden social. Íntimamente ligada a la solidaridad, es la respuesta colectiva e individual frente a las necesidades del prójimo en tanto miembro de la comunidad humana. Tal respuesta está vinculada en general a una reflexión sobre las condiciones de la vida moderna, particularmente en el marco de la cultura occidental caracterizada por un creciente individualismo, la exaltación del consumo como sinónimo de éxito y de bienestar personal. Las autoras distinguen tres dimensiones de la solidaridad: la primera permite ver el mundo con un enfoque que trasciende el propio, la segunda refuerza el concepto del hombre como ser social y la tercera como un modo de trabajar, una tarea comunitaria que presenta múltiples desafíos. Según ellas, al voluntariado se llega por aprendizaje y vocación.

El voluntariado al ser una práctica dinámica es difícil de definir de manera unívoca. Mora (1996) alude a esta dificultad de definición indicando que, aunque el voluntariado no es un fenómeno nuevo, lo que sí es novedoso es la redefinición a la que ha sido sometido y la rápida evolución que ha venido experimentando desde los años ochenta, debiendo utilizar el término de voluntarios más que el de voluntariado, para destacar el trasfondo humano de una filosofía de vida. El voluntariado surge como alternativa de participación de la comunidad y como una respuesta colectiva a la cultura de la falta de solidaridad. Esta acción es una contribución de los voluntarios al bienestar de la comunidad, a la calidad de vida de los demás, a ayudar, a modificar y erradicar las causas de la necesidad, marginación y exclusión social, acercando los recursos necesarios para afrontar esos problemas y para construir unas nuevas condiciones sociales en las que sea posible superarlos. Entonces, es voluntario

...todo actor social y agente de transformación que presta servicios no remunerados en beneficio de la comunidad, donando su tiempo y conocimientos, realizando un trabajo generado por la energía de su impulso solidario, atendiendo tanto a las necesidades del prójimo y a los imperativos de una causa, como a sus propias motivaciones personales, sean éstas de carácter religioso, cultural, filosófico, político o emocional. (Shaw de Critto y Karl, 1998:37).

Silva Peralta (2012) afirma que el voluntario es un agente de cambio, un transformador social y destaca el valor del liderazgo en la función. El trabajo de los voluntarios está dirigido a personas que se encuentran dentro de un marco general de vulnerabilidad social.

De acuerdo con la Ley Nacional de Voluntariado promulgada en Argentina en el año 2004, “son voluntarios sociales las personas físicas que desarrollan por su libre determinación, de un modo gratuito, altruista y solidario, tareas de interés general en instituciones que persigan objetivos de bien común, sin percibir por ello remuneración, salario, ni contraprestación económica alguna”. Esta definición coincide totalmente por la aportada por Chacón y Vecina Jiménez (2002), que son referentes en el tema.

En Argentina, la empresa consultora Gallup realizó en los años 2000 y 2002, dos encuestas nacionales sobre el voluntariado en este país. La última encuesta, al consultar a

las personas sobre la realización de tareas voluntarias, definió éstas como “trabajo dedicando tiempo sin recibir remuneración o salario para alguna entidad sin fines de lucro” (Gallup Argentina, 2002: 3).

Otra consideración interesante en torno a las definiciones del fenómeno del voluntariado es distinguir si éstas se asocian a una mirada más asistencialista de la acción voluntaria o bien a una visión del voluntariado como una acción de promoción social. La diferencia entre ambas perspectivas, aunque viene desarrollándose en períodos previos, se hace más clara a partir de la década de 1960, junto a los cambios políticos y culturales de la época. En este marco, frente a un voluntariado asistencialista “tradicional”, caracterizado por acciones paliativas de las difíciles condiciones de vida de ciertos sectores de la sociedad (pobres, enfermos, víctimas de catástrofes), sin propuestas de cambio de tales condiciones de vida, se desarrolló una forma de entender el voluntariado como instrumento de transformación social, cambiando las prácticas de asistencia por acciones que promovieran en las personas una mayor conciencia de sus derechos, capacidades y posibilidades de superación.

Los autores que analizan el voluntariado nunca eluden el tema de las motivaciones que guían a las personas que hacen esta tarea. Los autores que han estudiado el fenómeno del voluntariado lo han hecho desde un análisis multi-factorial, como es el caso de Omoto y Zinder (1993), Tavazza (1995) y Doppler (1997), los cuales diferencian entre las motivaciones altruistas y las motivaciones ligadas al desarrollo personal. Por su parte, García Roca (1998) hace referencia a los dos tipos de motivaciones mencionadas anteriormente y, además, introduce las motivaciones instrumentales (conocer la realidad, enriquecerse con nuevas experiencias e iniciarse en el mundo laboral) y la experiencia vivida. López Cabaña y Chacón (1997) aluden a motivaciones hetero-centradas y auto-centradas.

Las definiciones de voluntariado arriba mencionadas enfatizan la ausencia de remuneración o recompensa económica. En ese sentido, Butcher (1996) reflexiona sobre las motivaciones y retribuciones intangibles que caracterizan la práctica del voluntariado. En cuanto a esto, Butcher sostiene que el acto de dar es una acción consciente, elegida

libremente que permite una interacción con otros y que promueve un estado de bienestar derivado de la sensación de sentirse útil para otros.

En lo que se refiere a las motivaciones que guían a los voluntarios, Clary et al., (1998) las dividieron en motivaciones altruistas, egoístas y sociales. Mientras los motivos altruistas buscan el bienestar ajeno sin esperar un intercambio mediante el cual los demás estarían obligados a la reciprocidad, los motivos egoístas se focalizan en las necesidades individuales orientadas a mejorar el propio beneficio. Por último, las motivaciones sociales se refieren a la construcción de relaciones con los otros Smith (1981) o a la devolución a la sociedad de parte de los beneficios que se han recibido de ella Winniford et al, (1995). Clary y sus colegas (1991) explicaron la motivación con un enfoque funcional, según el cual, las personas se hacen voluntarias y se mantienen en esta tarea por razones diferentes que satisfacen diversas funciones psicológicas. La idea detrás de esto es que las personas pueden llevar a cabo acciones semejantes para satisfacer motivos muy dispares. En sus trabajos, este grupo identificó seis tipos de funciones o categorías que llamaron “Inventario de funciones del voluntariado” (Volunteer Functions Inventory, VFI). Estos motivos son: Valores (interés por ayudar a otros), Conocimiento (gusto por aprender), Ajuste Social (necesidad de adaptarse a la norma social subjetiva), Mejora del Currículum (beneficios para la carrera profesional), Mejora de la Estima (interés en el disfrute de sentimientos positivos) y Defensa del Yo (necesidad de protegerse y escapar de sentimientos negativos como la soledad).

Las motivaciones de los voluntarios, es decir, las razones por las que deciden dedicar parte de su tiempo y de sus esfuerzos a ayudar a otras personas que no conocen y por un tiempo relativamente prolongado, aparecen en la literatura psicosocial como el factor más importante para explicar diferencias entre voluntarios y no voluntarios, y entre voluntarios que continúan y voluntarios que abandonan sus actividades (Penner y Finkelstein, 1998; Omoto y Snyder, 1995; Black y Di Nitto, 1994; Clary y Snyder, 1991).

Estudios de Voluntariado en contexto hospitalario

Otros estudios han analizado el voluntariado en el ámbito hospitalario. En ese tema, Wymer (1999) concluye que los voluntarios en el sistema de salud demuestran ser mayores en edad y más comprometidos con sus organizaciones que aquellos focalizados en otros grupos de personas necesitadas. En general muestran una mayor espiritualidad y religiosidad además de un saludable sentido de la autoestima. La mayoría de los voluntarios son personas que ya han concluido la vida laboral activa, han atravesado diversas experiencias de vida y esto en general alienta un mayor acercamiento a lo espiritual porque, ¿será que, de alguna manera, sienten que están próximos a poder vivir situaciones similares a las personas a quienes asisten? Además, los voluntarios en general se sienten orgullosos de hacer esa tarea lo que les genera una valoración mayor de sí mismos.

Dentro del voluntariado hospitalario, el tema del burnout o “síndrome del quemado” ha empezado a ser estudiado en voluntarios muy recientemente. López-Cabanas y Chacón (1997) comprueban que desde 1989 a 1996 tan solo aparecieron en documentos con información psicológica y médica, cinco trabajos que estudiasen directamente el burnout de los voluntarios. En tres de ellos, se comparaban las variables que facilitan el burnout en profesionales y voluntarios (Capner y Caltabiano, 1993; Glass et al., 1992; Paradis y Usui, 1989). Por su parte, Lafer (1991) investigó el burnout en voluntarios que trabajaban en el ámbito hospitalario, mientras que Cyr y Dowrick (1991) investigaron este mismo síndrome en voluntarios que desarrollaban intervenciones en crisis. Estos autores trabajaron con el caso de 62 voluntarios que ayudaban a víctimas de ataque sexual y con otros 130 voluntarios dedicados a prevención de suicidios. En este tipo de crisis, el burnout estaba vinculado a una importante ausencia de satisfacción en la tarea particularmente relacionada con un sentimiento de falta de competencia en el manejo de las situaciones.

El texto de Blanchard (2006) presenta específicamente el voluntariado en hospitales. Este autor desarrolla las ideas de varios autores respecto a la motivación que existe dentro del voluntariado de la salud. El autor menciona especialmente lo que Freeman (1997) considera “bienes de conciencia”, aquello que genera alta valoración ética y humana. Por su parte, el estudio de Blanchard (2006) considera temas generacionales, de género, de motivación personal y de locación.

Entre los grupos que ocupan ese vacío asistencial que dejan los estados se encuentran las iglesias de distintos credos, pero en América Latina, dado que un alto porcentaje de los latinoamericanos se consideran cristianos y particularmente católicos, el papel de esta fe fue y es relevante en el tema que nos ocupa.² La Iglesia Católica Argentina desarrolla múltiples acciones solidarias en diversas instituciones, entre ellas los hospitales. Una de las organizaciones a través de las cuales lleva adelante su acción solidaria es Cáritas Argentina que comienza su labor a mediados de la década de 1950. Según sus estatutos su principal objetivo es “animar y coordinar la obra social y caritativa de la Iglesia, insertada en la pastoral orgánica a través de formas adaptadas al tiempo y las circunstancias, para lograr el desarrollo integral de todo el hombre y de todos los hombres, con especial preferencia por las personas y comunidades más marginadas”. En el caso analizado en esta investigación, los voluntarios del hospital no cubren un vacío asistencial dejado por el Estado ni necesariamente asisten a comunidades marginadas sino más bien prestan un servicio de acompañamiento a aquellos que atraviesan una enfermedad en el ámbito hospitalario.

El grupo de Cáritas que aquí se estudia tiene una clara impronta católica. Según Ramírez Plascencia (2012) hay una relación conceptual y argumentativa entre el altruismo de las personas que donan su tiempo a los demás y la religión católica poniendo de manifiesto los puntos en común entre la religiosidad y el voluntariado. En su estudio clásico sobre el voluntariado en Estados Unidos, Wuthnow (1996) puso de manifiesto la importancia que le concedían muchos voluntarios a elementos bíblicos para explicar las razones de su conducta. En particular, hacía ver el conocimiento tan extendido entre ellos de la parábola bíblica del buen samaritano y su uso para interpretar lo que hacían. Ramírez Plascencia (2012) analiza un discurso del Papa Benedicto XVI (hoy Papa Emérito) y muestra cómo el concepto de amor es clave para entender su postura sobre el voluntariado. En el discurso que ofreció en Austria en 2007 se reconoce que las acciones de voluntariado se realizan por diversas motivaciones, pero con frecuencia, las ideas y las iniciativas

² Según el Atlas de las Creencias religiosas en Argentina producido por CLACSO, a partir de la década de 1970, la Iglesia Católica ha visto disminuir sostenidamente el número de fieles. Esto no significó un mayor porcentaje de ateos o personas sin religión sino un aumento progresivo de grupos evangélicos de orientación pentecostal y neo-pentecostal.

personales van acompañadas de un amor efectivo al prójimo. Relacionado a este concepto de amor al prójimo, pero con matices diversos está la concepción del filósofo Emmanuel Levinas (1993) según la cual comprende la relación con Dios como amor al prójimo y como comunión con lo infinito. Los argumentos ofrecidos por el entonces Papa para resaltar la tarea del voluntario e interpretarlo como un acto en esencia cristiano están basados principalmente en la proyección de la figura de Jesús-Dios, sea como modelo de amor concreto, como primer y gran donador de la vida de cada uno y de la promesa de salvación eterna, y como aquel que respaldó su prédica con su propio sacrificio. Dice Ramírez Plascencia, “Este conjunto de razones se apoyan adicionalmente en esquemas argumentativos que hacen suponer situaciones aparentemente simétricas entre esa donación original de la que todos somos donatarios y las ‘devoluciones’ que, por ende, nos corresponde hacer al prójimo (argumento de reciprocidad).” (2012:15). Otros autores van más allá en el análisis de la conducta relacionada con una profesión de fe determinada. Según Maturana (1999) tiene que ver con la espiritualidad y la conciencia del ser. Excede lo religiosos y tiene que ver con los lazos que se construyen con otros y se los puede relacionar con el ejercicio del voluntariado. Viotti afirma que muchas personas, más allá de sus identidades religiosas explícitas, se consideran “espirituales” y “se reconocen en prácticas y lenguajes que promueven vínculos íntimos e igualitarios con fuerzas o entidades no humanas que se inscriben en modos muy específicos de organizar sus modos de vida” (2018a:18).

El tema de la asimetría entre el que da y el que recibe en los contextos de pobreza de cualquier orden es abordado por Zapata (2005) en su etnografía sobre Cáritas y la labor de un grupo de voluntarios en una parroquia de Mar del Plata. La autora aborda el tema de la pobreza y las tensiones entre la organización solidaria y el Estado representado por el municipio. Zapata habla de una “economía y política” de la caridad y resalta la oposición entre el desinterés e interés de la acción solidaria. Mi trabajo está abocado a la acción del grupo en el hospital sin relación con ninguna institución gubernamental, pero aparecerán ciertas tensiones en la distribución de los bienes gratuitos que hacen los voluntarios. En tal sentido, es interesante mencionar el trabajo de Godbout (1997) en el que el autor afirma que todavía hacemos del don un sistema económico. No se plantea con la suficiente claridad que el sistema del don no es primero un sistema económico, sino el sistema social de las

relaciones de persona a persona. Donar, tomar y corresponder constituyen según el autor tres momentos que el don se pone en acción. Es la reciprocidad lo que mueve al que recibe a dar a su alrededor, no devolver, ya sea a la persona de quien recibió o a otro. Don y reciprocidad son aspectos de un mismo lazo social. Para Godbout, el don es libre y la respuesta también debe serlo. En sus palabras, “[el] principio de reciprocidad no significa –¡jamás! –que, en el don, el retorno está garantizado, a causa de otro rasgo inherente al don: la libertad” (Godbout, 2004: 232). Para este autor la libertad es una constante del don. De tal forma que en la reciprocidad se unen al mismo tiempo la obligación de gratitud –el reconocimiento de una deuda que hay que restituir– y la libertad de la respuesta.

Otro de los objetivos del presente trabajo es indagar sobre las prácticas de cuidado que se ponen de manifiesto en este grupo de voluntarios. Waldow (2014) abordó el tema del cuidado y sus prácticas en su estudio sobre la vulnerabilidad del ser humano y su trascendencia. Desde la enfermería, el autor reflexiona sobre la importancia del conocimiento científico para llevar a cabo los procedimientos terapéuticos, la formación profesional es prioritaria en esa tarea, pero destaca el valor del acto de cuidar en sí mismo como manifestación amorosa, algo que está tan presente en el trabajo del voluntario. En su estudio recoge el concepto de vulnerabilidad plasmado por Torralba (2002) como aquel estado que padece la persona que está hospitalizada y al que acompañan el sentimiento de impotencia, de dependencia y de carencia, a veces de despersonalización. En ese marco, en la presente tesis pretendo reflexionar sobre la importancia del acompañamiento que hacen los voluntarios como expresión del cuidar. La persona enferma deja de ser como era antes y asume una nueva consciencia de su vulnerabilidad. Esto trae múltiples reacciones que el voluntario debe aprender a identificar. Otro aspecto a considerar es el papel de la familia como co-partícipe en el cuidado, pero a su vez en la necesidad de ser cuidada. Abordaré el tema de cómo el voluntario puede acompañar a la familia del paciente.

En lo referente a las lógicas de cuidado, la escucha activa aparece como un elemento clave en la tarea del voluntario. Según Melo Cohelo y Ferreira (2015) prestar finamente atención al relato de los que sufren enfermedad o un diagnóstico sin retorno aporta un cuidado amoroso que alivia el sufrimiento espiritual. La descripción que de esta

tarea hacen los autores es un valioso aporte para comprender su dimensión crucial en la tarea del voluntario.

El grupo que nos concierne no tiene una función de inclusión social que atienda las carencias propias de zonas precarias, sino que intenta una asistencia especialmente espiritual en momentos de la vida, o al final de ella, en los que la enfermedad constituye un elemento disruptivo y doloroso. No se trata de un enfoque religioso exclusivamente sino más bien filosófico sobre el sentido del sufrimiento en la vida humana y la postura frente a él. Salgado (2013) en su revisión de trabajos empíricos sobre la espiritualidad y la religiosidad en la esfera de la salud presenta estas dos dimensiones como elementos protectores frente a la enfermedad. Una serie de investigaciones acerca de los efectos que producen la religiosidad y la espiritualidad en las vidas de los seres humanos permiten aliviar el sufrimiento y superar el impacto negativo de la enfermedad, hallándose que son factores protectores que permiten aliviar y mitigar el sufrimiento, superar la adversidad y alcanzar una mayor capacidad de trascendencia. La religiosidad/espiritualidad y el alivio del sufrimiento parecen estar positivamente asociadas. Los diálogos entre voluntarios y pacientes posiblemente reafirmen o refuten este concepto. En la investigación de Hill y Pargament, (2003) se afirma que las creencias espirituales pueden proporcionar apoyo y estabilidad en tiempos de crisis, y además sostienen que pueden brindar una sensación de un sentido último, incluso en medio de situaciones vitales muy estresantes; proporcionando una filosofía de vida unificadora. Estos aspectos son los que podrían tener que ver con una mejor salud mental en las personas con estas características. A esto se podrían asociar variables que se han vinculado a una mejor salud mental como el énfasis en tener conductas virtuosas, el apoyo social y la oración. Intentaré distinguir cómo se manifiestan la religiosidad y la espiritualidad en el grupo de voluntarios.

Se ha indagado en prácticas de voluntariado en hospitales con cuidados paliativos (Pessini y Bertachini, 2006). Otros estudios aportan una visión de la construcción sociocultural de los cuidados (Esteban, 2011) y sobre los temas de género en esa práctica (Comas D'Argemir, 1995; Offenhenden, 2018). Mi estudio va a referirse a las prácticas de voluntariado en un hospital al que asisten pacientes con diferentes tipos de dolencias sin ser necesariamente personas en estado terminal.

Por último, las experiencias que se atraviesan en el ámbito hospitalario nos llevan indefectiblemente a las emociones que surgen en un contexto en el que se combinan sentimientos de angustia, vulnerabilidad, agradecimiento, compasión y alivio. Intentando profundizar en tales emociones indagué en autores del llamado “Giro Afectivo” como Haber que se propone “resituar a las emociones o afectos como constelaciones de fuerzas dinámicas físico-psíquico-colectivas, no necesariamente humanas y mucho menos individuales” (2020). Este nuevo enfoque nos permite prevenimos de las divisiones mente-cuerpo, pasividad-actividad, interior-exterior, público-privado.

Lara y Enciso (2013) historizan esta aproximación a las emociones poniendo especial énfasis en la intención de Massumi (1995) que, basándose en la obra de Guiles Deleuze defiende la autonomía del afecto con respecto al discurso. Macón (2013) aporta su crítica a la moralidad del mundo afectivo, a la calificación de los afectos como bueno-malo, liberador-conservador. En su *sentimum ergo sumus* se aproxima a lo afectivo en su rol en el ámbito público.

Habiendo recorrido diferentes textos sobre el voluntariado, rescato el enfoque más abarcador del concepto: la Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas en su informe del 12 de diciembre de 2000 dice sobre voluntariado:

El voluntariado es tanto un hábito de generosidad como una virtud cívica. Es una acción profundamente arraigada en el espíritu humano, con repercusiones sociales y culturales de largo alcance. Escuchar las necesidades de los demás, interesarse por ellas y darles respuesta son actitudes que ponen de manifiesto las más altas motivaciones humanas. Los seres humanos se ayudan unos a otros por amor y por compasión. Sin embargo, en su dimensión espiritual y su significado simbólico más profundos, el voluntariado no es sólo algo que hacemos por los demás. Entran también en juego nuestros propios valores y nuestra calidad de seres humanos: somos lo que damos. (Informe Comisión Desarrollo Social Naciones Unidas, p.2)

Marco Teórico

Las líneas que siguen presentan los ejes conceptuales que guiarán mi trabajo de investigación sobre los sentidos que mueven al grupo de voluntarios de Cáritas que trabaja en el Hospital San Ambrosio. El voluntariado, actividad enmarcada dentro de lo que

denominamos Tercer Sector³, está asociada a la noción de donación, de entrega gratuita. Sin embargo, ¿se trata de una entrega real y totalmente gratuita?

Al referirnos a la donación, es natural que lo asociemos al concepto de don propuesto por Marcel Mauss (1924) para las antiguamente denominadas sociedades primitivas. Tal concepto refiere al intercambio de objetos entre grupos y la correspondiente construcción de las relaciones sociales que entre ellos se generan. Mauss sostiene que donar o dar un objeto (don) enaltece al donante y crea una obligación inherente en el receptor por la que tiene que devolver el don. La serie resultante de los intercambios que se dan entre los individuos de un grupo -y entre otros grupos distintos- establece una de las primeras formas de economía y solidaridad sociales utilizada por los seres humanos. El don establece fuertes relaciones de correspondencia, hospitalidad, protección y asistencia mutuas.

En esta tesina me propongo analizar en qué medida la donación de tiempo y cuidado que realizan los voluntarios en el hospital confirman o ponen en discusión el concepto maussiano. Bajo el título de “El don entre extraños”, Godbout (1997) aborda el tema del don desde una perspectiva moderna y a partir de la acción de grupos comunitarios que con fines solidarios ofrecen su colaboración a otros, no necesariamente a aquellos de quienes han recibido algo. Dentro de ellos se encuentran los grupos de voluntarios que, basados en la noción de voluntad, de acto libre, funcionan en distintos ámbitos sociales. La motivación que más se destaca para explicar el compromiso con la acción voluntaria es la de devolver lo que se ha recibido en cierto momento de la vida y hacerlo libremente sin que exista una obligación impuesta desde afuera. Indagaré qué da y qué recibe el voluntario en este hospital y qué motivaciones hay detrás de sus acciones.

En el contexto del ámbito hospitalario asoman a la superficie carencias materiales, pero por sobre todo aquellas asociadas a la vulnerabilidad que provocan el dolor físico y espiritual. Siendo que las prácticas de cuidado serán un eje a abordar en mi tesina, refiero a la noción de Torralba (2002) que indica que, particularmente el cuidado amoroso, puesto al servicio del alivio del otro aparece como un pilar importante en esta tarea. El cuidado se considera como una actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que

³ El Tercer Sector es el conjunto de entidades que, no siendo ni públicas ni teniendo ánimo de lucro, se ocupan de realizar proyectos de acción social o defender intereses de colectivos

hacemos para el mantenimiento de la vida y del mundo. En Pulido Fuentes y da Silva Vieiria Martins (2017: 71) Joan Tronto (2009), describe el cuidado como “una actividad genérica que comprende todo aquello que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro ‘mundo’, de manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo comprende nuestros cuerpos, nosotros mismos y nuestro entorno, elementos todos que buscamos enlazar en una red compleja, para el sostenimiento de la vida” (Fisher y Tronto 1990, 38). Una peculiaridad de las prácticas de cuidado humano hace necesario contemplar a la ternura como cualidad de esta práctica protectora (Dominguez Mon, 2015).

Según Dolors Comas-d’Argemir (2017), el cuidado puede proporcionarse como un don en sentido puro, es decir sin garantías de devolución. El ejemplo prototípico es el de los cuidados que una madre proporciona a su hijo/a. Gestar, nutrir y proteger, implica a la madre en su totalidad. La “cosa” que se da, en términos maussianos, es la propia naturaleza y substancia: se da vida y ello hace posible crear y mantener la vida. Se da incondicionalmente, y puede que haya retorno con el paso de los años, pero el hecho de dar supera la reciprocidad. El don es una cuestión de moralidad, no de reciprocidad. La obligación de dar no es algo contractual, es una iniciativa opcional que se da en contextos particulares como en la hospitalidad, el parentesco o la amistad. Su carácter obligatorio no es jurídico, es moral. Y lo mismo puede decirse del hecho de aceptar y retornar. Por ello Terradas (2002: 228) indica que, para introducir cualquier don en relaciones de reciprocidad, hay que superar la reciprocidad, hay que dar sin garantías de devolución.

En lo referente a las lógicas de cuidado, la escucha activa aparece como un elemento clave en la tarea del voluntario del hospital. Según Melo Cohelo y Ferreira (2015) prestar finamente atención al relato de los que sufren enfermedad o un diagnóstico sin retorno aporta un cuidado amoroso que alivia el sufrimiento espiritual.

El grupo aquí observado responde a un discurso católico corporizado en la acción de Cáritas. Según Ramírez Plascencia (2012) hay una relación de concepto entre el altruismo de las personas que donan su tiempo a los demás y la religión católica poniendo de manifiesto los puntos en común entre la religiosidad y el voluntariado. Debemos decir, sin embargo, que la experiencia espiritual es diferente de la experiencia religiosa porque no se asocia a ninguna doctrina ni a ninguna proposición de la realidad que pueda preexistir en

la cultura (Maturana, 1999). Rescatar la espiritualidad en estos términos nos pone ante la posibilidad de fundar una experiencia con uno mismo y con otros de una manera singular, más allá de cualquier discurso religioso y que le dan un dinamismo propio al ejercicio del voluntariado.

Al ser éste un trabajo de investigación sobre un grupo de voluntarios de una organización católica, debo incluir una breve distinción sobre los distintos matices que se presentan entre los actores de este trabajo en lo vinculado a la religión, lo religioso y lo espiritual. Ciardiello (2018) reflexiona sobre los conceptos de religiosidad o “lo religioso” y espiritualidad o “lo espiritual” frente a la religión. Según la autora, la religión vincula la vida a un principio que lo gobierna bajo la figura de una deidad con la intención de alcanzar la armonía y la plenitud. La búsqueda de ese logro se hace dentro de una comunidad de pertenencia a veces asociada a una institución. Pero “lo religioso” o religiosidad trasciende lo institucional y por eso elimina el carácter excluyente que tiene la formación de una comunidad que comparte una fe, construye su identidad y su pertenencia dejando fuera a otras comunidades religiosas. Por su parte, lo que llama espiritualidad o lo espiritual relaciona a la vida con el espíritu en fuerte contraste con lo material. La búsqueda de bienestar de forma integral recupera lo emocional, la experiencia personal y no existe la necesidad de vincularlo a algo institucional.

Viotti (2016) reflexiona sobre las nuevas espiritualidades y la importancia de las emociones en esos contextos de religiosidad contemporáneas. Las expresiones públicas de la emoción, las experiencias corporales intersubjetivas incorporadas dentro de procesos de socialización situados. Esta religiosidad contemporánea se encuentra muy asociada a la Nueva Era y sus expresiones están vinculadas a la post-modernidad. ¿Cuánto de religión, religiosidad y espiritualidad conviven en el grupo de voluntarios del Hospital San Ambrosio?

Finalmente, el ámbito de este hospital como el de otros tantos es el crisol donde se funden sentimientos y emociones de todos los miembros de esta comunidad: los pacientes, el personal, los voluntarios. Todos en algún momento atraviesan momentos de angustia, de dolor, de incertidumbre, pero también de alivio y de sosiego. El tema de la muerte merodea

silenciosa en las mentes. Son las emociones y afectos temas de un nuevo enfoque denominado el Giro Afectivo que propone una posición metodológica transdisciplinaria. Parte del supuesto de que una sola corriente teórica no es suficiente para explicar la complejidad de los afectos, y cómo estos afectan social y culturalmente nuestras experiencias, con lo cual, es necesario recurrir a distintas disciplinas.

En resumen, el concepto del don, las prácticas de cuidado, la espiritualidad más allá de lo religioso y las emociones serán explorados y revisados a lo largo de esta experiencia etnográfica.

Estructura de la Tesina

Luego de esta Introducción en la que presento el objeto de estudio, la entrada al campo, el estado del arte y el marco teórico, la tesina se estructura en tres capítulos. En el primero se indaga sobre las características de la tarea del voluntario, sus prácticas y sus lógicas de cuidado en el ámbito de este hospital en particular. En el segundo, se aborda el tema de las distintas motivaciones que guían a los voluntarios y la posible conexión con sus biografías y en el tercero la relación entre las prácticas de los voluntarios y el discurso religioso católico. En la parte final presentaré una reflexión conclusiva sobre los ejes abordados en los capítulos centrales.

Metodología y Actores del presente Trabajo de Investigación

El trabajo etnográfico que aquí presento fue realizado durante los meses de abril a diciembre del año 2019. Indagaré en el mismo como la acción de este grupo excede ampliamente el discurso religioso católico propio de la institución que los comprende y que sus miembros no necesariamente adhieren al mismo. Me propuse además reconocer las lógicas de cuidado que subyacen en las prácticas del grupo, las representaciones que manejan en torno a la solidaridad, sus motivaciones, así como las características de su tarea y las relaciones que se dan entre ellos.

Trabajo de campo, descripción densa, entrevistas, participación en eventos organizados por el grupo y observación participante sustentados por bibliografía sobre el tema fueron las herramientas que me permitieron reflexionar sobre esta problemática.

El grupo de voluntarios lo constituyen personas de ambos sexos, aunque predominan las mujeres. En general son personas mayores de cincuenta años que desempeñan esta tarea complementariamente a sus actividades laborales o que ya han dejado el trabajo activo y dedican parte de su tiempo libre a esta tarea. Si bien hay un grupo estable que trabaja desde hace varios años, ha habido casos de personas que se han incorporado pero que, por razones personales o laborales, han dejado de concurrir. Colabora también un grupo de jóvenes que acuden únicamente los sábados y recorren las salas animando a los pacientes con sus canciones.

Dentro de los voluntarios permanentes están: Graciela, Susana, Katty, Sara, María, Alicia, Raúl, Ernesto, Matilde, Any, Norma, Tomás, Sebastián, Sol y Estefanía. El Padre Marcelo cumple la doble función de sacerdote y voluntario⁴.

⁴ Para proteger la identidad de los voluntarios, los nombres que incluí no son los reales.

I CAPÍTULO I

EL TRABAJO DE LOS VOLUNTARIOS. ¿TAREA O ARTE?

1.1 El límite entre lo profesional y lo voluntario

“Cuando alguien te pide que vayas a avisarle a la enfermera que necesita algo, lo que sea, que está sucio, que se trabó el suero, no vayas. A ellas no les gusta que les digas lo que tienen que hacer, así que vos limitate a tu tarea.” Eso le decía Matilde, una de las voluntarias con más experiencia, a una aspirante a integrarse al grupo de voluntarios. Ese “limitate a tu tarea” nos presenta el tema del presente capítulo. ¿Cuál es la tarea del voluntario? ¿Qué alcance tiene? ¿Cuáles son los límites? ¿Quiénes establecen los límites y cómo se fijan? ¿Cómo se aprende a ser voluntario?

La de Matilde no parece ser la mejor bienvenida, pero según ella es un consejo para evitar roces y malentendidos con el personal del hospital. El voluntario imagina muchas cosas que puede hacer para ayudar y sobre todo en el principio cuando arranca con el entusiasmo propio del que quiere colaborar. “El día que empecé, me quedé en el hospital más de cinco horas! Quería hacer todo, visitar todas las salas”, continúa Matilde. Por eso, hablando desde su experiencia, esa advertencia es para ella de suma importancia para quienes se encuentran en el período de adaptación.

En general, el grupo de voluntarios que trabaja con el Padre Marcelo recibe, antes de comenzar, recomendaciones sobre cómo dirigirse a los pacientes, qué acciones no se deben hacer sin consultar con los enfermeros, qué temas no abordar (comentarios sobre las dolencias de la persona, por ejemplo). A veces, sobre todo al principio el voluntario puede cometer imprudencias fruto de su falta de experiencia. Un paciente le dice a Raúl, uno de los voluntarios: “Te pedí que vinieras a afeitarme y no viniste!” A esto, Raúl contesta: “Dejame hacer una consulta primero”. En una oportunidad, una enfermera lo vio afeitando a otro paciente y lo reconvino severamente; “No podés usar un elemento con filo sin consultar. Y si el paciente está anticoagulado y lo cortás, ¿qué hacemos? Por eso Raúl no hace nada sin pedir permiso antes.

Según Ochoa Linacero (2002), la tarea de los voluntarios presenta algunas controversias entre los profesionales de la pedagogía hospitalaria. La autora destaca tres posturas bien diferenciadas: las que consideran que los voluntarios pueden ejercer sus funciones en forma autónoma, los que entienden que deben hacerlo bajo supervisión profesional y finalmente las que opinan que el trabajo del voluntario debe ser un sustituto gratuito desempeñado por especialistas en psicología y educación. Independientemente de esta diferenciación, está claro que el voluntario convive muchas veces con el profesional de enfermería o el médico. En el grupo que nos ocupa, los voluntarios se manejan en forma autónoma pero no invaden el territorio de lo profesional, esto es, no participan en la tarea del enfermero o del médico. Al principio, el voluntario que recién se incorpora no trabaja solo, siempre acompaña a otro voluntario que ya tiene experiencia y que hace visitas desde tiempo atrás. Es como un aprendizaje en acción, no situado meramente en la práctica, sino que es parte integral de un “hacer social”, según la concepción de Lave y Wegner (1991). Es la experiencia de aprender en forma situada, totalmente dinámica. Una vez transcurrido un período en el que el voluntario obtuvo cierta seguridad observando lo que los más antiguos hacen, el que se inicia puede hacer su tarea en forma individual. No obstante, la mayoría siempre va en pares para abarcar todas las salas y para apoyarse uno al otro ante cualquier situación imprevista. La misma autora especifica cuáles son las acciones que llevan adelante los voluntarios: acompañar al paciente y su familia, gestionar trámites burocráticos dentro del hospital, facilitar la relación del paciente y su familia con el personal del hospital. En este grupo, existe una función de contención espiritual, de soporte emocional frente a la enfermedad que todos intentan ejercer.

En términos generales, la relación entre voluntarios y el personal de enfermería y médicos atraviesa una transformación gradual y progresiva. El personal del hospital también vive un periodo de adaptación hasta que van conociendo a la persona y la ven actuar. En principio, el personal mantiene una cierta distancia con los voluntarios tal vez porque no quieren que interfieran en su tarea o porque procuran evitar algún inconveniente causado por desconocimiento o falta de experiencia. Observé que muchas enfermeras se dirigen a los voluntarios nuevos en una forma que yo consideraría autoritaria y poco amistosa. Hablan elevando la voz, con gesto adusto, sin el menor atisbo de sonrisa, acompañando sus palabras con movimientos de manos rígidas, levantando el dedo índice

como si desde el principio le estuvieran reprendiendo. Me pregunto por qué será así, ¿será para establecer distancia? ¿será el cansancio? ¿Lo complejo de la tarea? Según Aspiazu, (2017) el pluriempleo, la intensidad y el desgaste físico y emocional de las tareas son características comunes entre el personal de enfermería de los hospitales públicos en la Argentina. Eso en algo explicaría cierta dureza de los primeros contactos; el exceso de trabajo las abruma; además, por más que una enfermera tenga muchos años de experiencia, el contacto diario con el sufrimiento humano no es inocuo, endurece. Pude presenciar las corridas por los pasillos, el sobrecargo de trabajo por ausencia de otros enfermeros, las respuestas ásperas a los pacientes, o el dolor por la muerte de un paciente con quien entablaron un vínculo más estrecho, muchos factores contribuyen a que la relación no sea siempre la mejor. En líneas generales, en los inicios del trabajo de voluntario, muchos cuestionan esa actitud distante y autoritaria del personal del hospital, pero una vez transcurrido cierto tiempo, comprenden la razón de esa conducta. Es probable que exista una relación entre esta actitud y lo que se conoce como el síndrome del “burnout”. Según Bianchini Matamoros (1997), el síndrome de "burnout" es un estado emocional que acompaña a una sobrecarga de estrés y que eventualmente impacta la motivación interna, actitudes y la conducta. Este síndrome se ha descrito como: agotamiento emocional, incomodidad, sentimientos de alienación, pérdida de motivación y sensación de fracaso, producto de excesivas demandas de energía, fuerza y recursos. En palabras de Susana, una de las más antiguas voluntarias del grupo: “Es al principio, cuando te conocen aflojan y te empiezan a tratar mejor”.

Puedo comprobar que, al cabo de un tiempo, las palabras de Susana se hacen realidad y esa distancia entre personal y voluntario se acorta pues los ven como una ayuda para aquellos que no tienen familia o cuyas visitas son muy esporádicas. Una enfermera le dice a Raúl, uno de los voluntarios, con tono suave, casi de colegas, y esbozando una sonrisa: “¿Por favor, le das de comer al de la 108 que el hijo hoy no viene?” A partir de ahí, la distancia comienza a acortarse.

Los voluntarios de Cáritas no reportan a la dirección del hospital, sino que es el sacerdote el responsable del grupo que informa a la dirección en caso de ser necesario. Durante el día ayudan a los pacientes con el desayuno, la colación, el almuerzo, la merienda

y la cena. Asisten a aquellos que no pueden valerse por sí solos al momento de alimentarse o que necesitan ayuda porque sus familiares no los visitan o no pueden llegar a los horarios respectivos. También se encargan de lavarles la ropa a los pacientes que están en situación de calle o repartir prendas de vestir que han sido donadas para cuando los pacientes se van de alta o para sus familiares. No se percibe una estructura jerárquica dentro del grupo. A diferencia del grupo de Cáritas de la Parroquia San Alonso de Mar del Plata estudiado por Zapata (2005) donde queda de manifiesto una diferenciación de roles con clara verticalidad y orden de importancia, acá las decisiones están en manos del sacerdote y los voluntarios sienten que se mueven con libertad, sin que la antigüedad o tarea a desarrollar represente algo a tener en cuenta. A veces, noto que los voluntarios nuevos “rinden cierta cuenta” a los que, con más experiencia, los acompañaron en sus primeros pasos en la tarea.

“¿Me conseguirías una remera o un jogging para mi hijo de 10 años?” “Y si es posible unas zapatillas, calza 37” le dice una mujer a Susana, una de las voluntarias. “Ok, me fijo” responde Susana. Le pregunto a ella si reparten mucha ropa. Dice que sí, que en general la gente que es atendida ahí viene de zonas del Gran Buenos Aires donde la situación es difícil. Algunos fueron tomados de improviso por la situación de internación, sea porque tuvieron una crisis repentina o un accidente. Por lo tanto, son internados sin previo aviso y, en general, están solos en ese momento y la única ropa de la que disponen es la que llevaban puesta al momento de la hospitalización. Esas prendas u otros elementos son donadas por vecinos, por los propios voluntarios o sus parientes, por pacientes que han sido atendidos ahí, por comerciantes de la zona. Algunas son usadas, otras nuevas. A veces, las voluntarias mayores se quejan de que hay mucho desorden en la sacristía porque llegan los paquetes con donaciones y no las acomodan. Generalmente, la queja se hace delante del sacerdote y eso me permite notar que buscan y logran cierto protagonismo. Es cierto que el espacio es muy reducido, apenas una esquina de la capilla, cerrada por una puerta y con no más de 6 metros cuadrados y la cantidad de cosas que se ofrecen sobrepasa la capacidad del lugar. Nadie se queja al respecto, pero esa es la situación. Casi siempre, el sacerdote con alguna voluntaria se dedica a acomodar y clasificar la ropa según tamaño y género. “Hay que tener cuidado” dice Susana. “Mucha gente se aprovecha, pide y realmente no necesita o pide y la lleva y no sabés qué pasa con esa ropa, qué hacen con ella. Algunos la deben vender.” Katy, quien suele acompañarla en las visitas, mueve la cabeza y esboza una

sonrisa de resignación para no mostrar su discrepancia: “Bueno, vos la das, la ofrecés, lo que ellos hacen con eso, es cosa de ellos. Una vez que se dio, lo donado deja las manos del donante y florece o no en otro lugar”. Esto nos remite a la ambigüedad de significación del término caridad al que refiere Zapata (2005) y lo que separa el mundo del lucro y el interés del mundo de lo que se da gratuita y desinteresadamente. La antropóloga se permite dudar de las reglas que rigen la gratuidad y el desinterés. Dice Zapata (2005:118) “las cosas gratuitas demandan desarrollar actitudes y prácticas determinadas por parte de las personas que las administran, desautorizando el interés calculador y el intercambio mercantilizado, privilegiando la entrega desinteresada, la cesión libre y gratuita.” Quedan ambas actitudes en claro en las posturas de Susana y Katty.

Para Bourdieu (1997), la moral aparece del lado del interés por el desinterés, o sea que las acciones morales se muestran como interesadas por el bien común y desinteresadas por el beneficio particular y egoísta, pudiendo ser movilizadas como forma de legitimación y por lo tanto permitir que tengan mayor poder simbólico. Es interesante ver la tensión que existe entre la postura de ambas voluntarias: cómo Susana da, pero prejuzga y Katty se desentiende de lo que da, pero paradójicamente, en su comentario, hay una crítica encubierta a las palabras de Susana.

En el dar, hay una relación doble entre el donante y el receptor. Dar es compartir voluntariamente lo que se tiene o lo que uno es. Un don forzado no es un don. El don voluntario aproxima al donante y al receptor y por ser voluntario crea una deuda a quien lo recibe, pero es una deuda moral que va más allá de lo que se hace con lo que se recibe. Estos conceptos desarrollados por Mauss en su famoso ensayo cobran actualidad en nuestras sociedades basadas en los valores de la utilidad y la ganancia. Mauss escribía sobre la importancia de guardar los objetos sagrados como elementos esenciales por no ser precisamente objetos preciosos intercambiables. El cuidado, el afecto, la escucha, ¿son los equivalentes de los objetos preciosos no intercambiables? ¿Es la deuda moral aquello que está por encima de lo utilitario?

Un día, cuando acompañaba en sus visitas a Raúl, voluntario con varios años de experiencia, uno de los pacientes mayores de la sala de hombres al que él acompañaba, volvía del baño apoyado en su soporte para el suero. Justo había llegado la cena. Se sienta

en la cama, lo saluda y le dice: “Menos mal que llegaste, ya llegó la cena, ¿me ayudás?” Raúl me cuenta que es un paciente que tiene muy pocos familiares y los que tiene, viven lejos. Esto lo pone triste, lo desalienta y a veces, aunque sienta hambre, no tiene ganas ni de levantar el tenedor y llevarse el alimento a la boca. Manifiesta sentirse solo. Tranquilamente, Raúl toma los cubiertos y, charla mediante, comienza a darle la cena. El acompañamiento del paciente, especialmente si es mayor, es una tarea esencial del voluntario porque la soledad tiene un rol protagónico en el estado emocional del paciente. Según De Jong Gierveld et al. (2015) el sentimiento de soledad es una experiencia subjetiva y negativa que resulta de la percepción de incompatibilidad entre las relaciones sociales que la persona desea tener y las que realmente tiene. Tal experiencia, es particularmente dolorosa y la compañía del voluntario quizás busca mitigar, según el discurso de los voluntarios, ese dolor por lo menos mientras dura su presencia. Por su parte, López Doblas y Díaz Conde, (2018) dicen que el sentimiento de soledad no es aislamiento social. Ambos conceptos están vinculados, pero no se refieren a lo mismo. El sentimiento de soledad indica disgusto por falta de relaciones sociales o pobreza en las mismas; tiene que ver con cómo las personas perciben la falta de comunicación interpersonal. “Mi hijo viene para cumplir, se fastidia cuando le repito las cosas, le pido que vaya y le pregunte al médico cuándo me va a dar el alta y después no va”, dice un paciente con varias semanas de internación. En las conversaciones entre voluntarios y pacientes mayores aflora en estos la soledad fruto de esa carencia de comunicación con otros, la imposibilidad de contar sus problemas y ser escuchados por sus familiares.

El voluntario no es médico ni enfermero ni psicólogo, sin embargo, comparte con estas profesiones el contacto con un ser humano que sufre. Mis propias vivencias me dicen que existe un límite profesional claro pero la condición de humanidad los une, los hace complementarios, justifica plenamente su existencia en el ámbito hospitalario. Lo que los une tiene que ver con la práctica del cuidado. El voluntario, con su escucha, alivia el disconfort espiritual y el enfermero el físico. Pero también he visto algunos casos en que la enfermera mientras cura, limpia o cambia conversa con el paciente y de alguna forma lo escucha.

1.2 Aprender a ser voluntario

En el grupo del San Ambrosio hay distintas experiencias de aprendizaje que se corresponden con el momento en el que los voluntarios se incorporaron. Caritas en el hospital tiene más de treinta años y hasta ahora estuvo a cargo de dos sacerdotes: el Padre Luis, que se jubiló en el 2010 y el Padre Marcelo que actualmente lleva adelante el grupo. Yo conocí al primero cuando recién me incorporé y trabajé con él apenas un año y a partir de entonces trabajé con el segundo. Ambos de estilo totalmente diferentes. Luis más formal más estructurado; Marcelo, joven, totalmente informal, sin rutinas estrictas más que las misas.

Norma dice:

Hace 8 años que estoy en el hospital, pero hace 20 que trabajo con Caritas como voluntaria en otros lados. Fui directora de Caritas del Santuario Eucarístico de Villa Ballester, referente de la Diócesis de San Martín y después acá. Me gusta lo que hago. En Caritas hemos hecho talleres de la escucha, teníamos dos meses de preparación. Teatralizábamos situaciones. Te formaban en cómo atender y escuchar. Te enseñaban a tomar conciencia de que uno debe aprender a estar fuerte. No podés ayudar si te ponés a llorar con el otro. Esos cursos son muy útiles. Hoy es diferente.

La idea de Norma sobre “estar fuerte” me remite a una frase de Marcel Proust que hace tiempo leí: “las emociones son los levantamientos geológicos del pensamiento” y que me aleja de la concepción de que las emociones son fuerzas ciegas e irracionales sin ninguna conexión con nuestro pensar. En realidad, son el resultado de la racionalización de lo que consideramos valiosos y escapan a nuestro control. Precisamente, cuando se salen de control, afectan no solo la salud sino también la conducta. Esto reafirma el concepto de que las emociones pueden ser estudiadas más allá de la biología y la fisiología, con lo cual, las ciencias sociales podrían desarrollar métodos de investigación propios; métodos que probaran cómo la experiencia (corporal) está conectada con la vida pública, y viceversa. A su vez, la emoción y el afecto son fenómenos corpóreos (tienen lugar en el cuerpo, porque “afectan”, conectan al cuerpo con el mundo; son experiencias que se sienten y que ocurren a nivel preconscious). Bajo estas premisas, el cuerpo deja de ser solamente un ente o un organismo estable, fijo o determinado; es entendido también como un proceso que tiene una mediación biológica, pero que no es la única

Según Clough (2008), el cuerpo tiene capacidades para afectar y ser afectado. Ella va a avalar el concepto de “cuerpo biomediado” (2008). Al utilizar este término se deja de concebir al cuerpo-como-organismo sustituyéndolo por el de cuerpo-como-proceso de mediación biológica. La autora explica que el cuerpo gana relevancia paradójicamente perdiendo centralidad.

Norma me cuenta que el Padre Luis te hacía una entrevista cuando te postulabas y veía con muy buenos ojos que hubieras hecho algún curso de preparación, pero no era una exigencia obligatoria. Él valoraba ante todo que quisieran ayudar, que ofrecieras tu tiempo en acompañar a los que sufren. Pero el Padre Luis te advertía, cuenta Norma, “Si te hace mal, si te resulta demasiado movilizante lo que ves y escuchás al punto que te altera física o psicológicamente, no podés seguir adelante porque no vas a poder ayudar.” Como sugiero en el párrafo anterior, este tema es significativo ya que la forma en que el voluntario se posiciona frente al otro que sufre determina no solo la eficacia de su tarea sino los límites que deben regirla. Desde mi propia experiencia entiendo que, ayudar a otro es comprometerse, pero a su vez es tomar la suficiente distancia del otro como para poder alcanzarle las herramientas que le permitan encontrar un camino de solución o de alivio sin que la propia sensibilidad haga perder el equilibrio y comprometa la ayuda. Según Morales et. al. (2003), en la acción de ayuda ante el sufrimiento humano la emoción predominante es la angustia. Esto reafirma la idea del cuerpo mediado por lo que “afecta”. Muchas veces, la angustia surgida en el proceso se transforma en miedo o impotencia. El miedo estaría relacionado con la posibilidad de identificar el estímulo que afecta al que intenta ayudar, y si éste es percibido como ajeno promueve el aislamiento y sentimientos depresivos. Es importante el reconocimiento de los propios límites y en tal caso tratar de canalizar la vocación de ayuda en otras tareas para evitar el desgaste emocional. Algunos voluntarios, cuando perciben esa angustia, recurren al sacerdote y dejan en sus manos la tarea de alivio limitándose únicamente a las acciones prácticas de ayudar con el alimento o pequeños trámites que el paciente necesita. Graciela, una de las voluntarias más antiguas, confirma la diferencia entre un estilo de voluntariado más formal en el pasado y otro menos sistematizado en el presente, de la siguiente manera:

Yo había hecho en Caritas cursos sobre el trato con enfermos, cómo asistir espiritualmente y esas cosas. La persona que sufre necesita saber que hay alguien misericordioso que lo protege y desea lo mejor para él. Hoy en el grupo hay voluntarias que van, dan de comer al enfermo y se van. Eso no es voluntariado, por lo menos no en el que yo me formé. Me acuerdo que cuando yo empecé este camino, estaban los cursos que daba Caritas. Siempre había algún curso de cuidados paliativos. Me acuerdo un retiro al que asistí que lo daba Bergoglio en el 99.5

Graciela me comenta que antes se hacía una reunión por mes en el que cada voluntario contaba sus experiencias, presentaba sus dudas y se leían textos informativos además de rezar oraciones al inicio y al final de la reunión. Es evidente que el estilo de Marcelo es diferente, dado que, según indica Graciela:

Sí, las cosas han cambiado mucho. A él no le gustan mucho las reuniones, le parecen una pérdida de tiempo. Él dice que todo el mundo sabe lo que tiene que hacer y si alguien tiene alguna duda lo escribe en el cuaderno o se comunica por WhatsApp. A mí me parece que él tendría que seguirnos un poco más de cerca. Todos tienen buena voluntad, pero hay mucha gente que no sabe qué no debe hacer.

Percibo en las palabras de Graciela una crítica explícita a la forma de trabajar del Padre Marcelo y su comparación con la labor del sacerdote anterior. Sin duda son dos maneras distintas de encarar la tarea. Recuerdo haber presenciado alguna de esas reuniones a las que se refiere Graciela cuando recién me incorporé al grupo. A veces se convertían en algo social, alguna de las voluntarias llevaba algo para comer y se compartía un té o un mate. Duraban más de dos horas y a mí me resultaban interminables. Yo sentía que, desde lo espiritual, el aporte del Padre Luis no era demasiado significativo, no había un mensaje superador, se hablaba de temas domésticos y como en ese momento, mis actividades laborales eran muy intensas, me resultaban poco efectivas y sentía que estaba perdiendo el tiempo. Sin embargo, las demás voluntarias sí parecían disfrutar la reunión. Se las veía alegres, locuaces, participativas. En su mayoría eran mujeres mayores, algunas viudas, para quienes esa reunión mensual se convertía en un corte a la rutina diaria. Desde mi percepción, el estilo del actual sacerdote es expeditivo, dinámico. La tecnología, como la

5 Jorge M. Bergoglio. Arzobispo de Bs.As. entre 1998 y 2012. Papa Francisco desde 2013

aplicación WhatsApp, nos ayuda, pero hay además un grado de libertad que resulta más productiva; la tarea no está estructurada, hay más espontaneidad, más autonomía y nadie anda mostrando lo que hace. Sin embargo, viéndolo a la distancia, considero que aquellas reuniones aportaban una socialización que hoy no existe en el grupo. Muchos voluntarios no se conocen entre sí, solo se ven en algún evento o en reuniones de fin de año.

En una de las entrevistas que tuve con el Padre Marcelo le pregunté sobre los lineamientos que les da a los voluntarios cuando recién se inician en la tarea, a lo cual respondió:

La persona que viene a ofrecerse de voluntario tiene fundamentalmente ganas de ayudar, de darse a otros. Por supuesto, antes de empezar le doy dos o tres precauciones que deben tener y le pido que elija un horario en el que pueda concurrir con otro voluntario que tenga ya cierta experiencia y pueda ver cómo realizar la tarea. Después, lo encomiendo a Dios y permito que saque de sí lo mejor, aquello que lo trajo hasta aquí.

La explicación sobre en qué consiste la tarea del voluntario la da el sacerdote cuando el voluntario ofrece incorporarse al grupo. Pone especial énfasis en los cuidados que hay que tener para no producir un daño en vez de un bien. “El sacerdote me dijo que viniera cuando quisiera siempre y cuando respetara algunas normas que los voluntarios deben tener en cuenta: no mover a los pacientes, no darles ningún medicamento que ellos digan toman en su casa, no emitir opinión sobre sus dolencias, no acceder a ningún pedido de ellos con respecto a su cuerpo sin consultar al enfermero, etc.”, dijo Any, la última voluntaria que se unió al grupo.

El voluntario no siempre puede comprobar la eficacia de su tarea. De hecho, no existen parámetros de evaluación y como la asistencia no es diaria y muchas veces el paciente recibió el alta y el voluntario no lo vuelve a ver, no tiene la percepción de lo bueno o lo malo que haya hecho. De tanto en tanto aparece una nota en el cuaderno de la sacristía en la que el sacerdote deja los saludos o el agradecimiento de la familia de tal o cual paciente. Por experiencia propia o por vivencias compartidas con otros voluntarios, la intangibilidad de lo que se ofrece lo hace incuantificable pero cualitativamente muy satisfactorio.

1.3 La escucha activa, todo un arte

La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar.

“La Enfermedad y sus Metáforas” Susan Sontag

Cuando la persona se encuentra en “ese otro lugar”, no es solo la patología que lo aqueja aquello que lo hace sufrir. “No sé si voy a salir de esto. Ni siquiera sé lo que tengo, dice un paciente.” Es la condición de vulnerabilidad, de cierta indefensión frente a un lenguaje desconocido lleno de tecnicismos, la incertidumbre frente al futuro contra lo cual no existe terapéutica efectiva. El paciente siente, y lo dice, que está en una lucha desigual con la enfermedad, la explicación breve y técnica que suele darle el médico le agrega muchas veces dudas que no tienen respuesta y el futuro se presenta como una gran incógnita. Esto aparece generalmente en los diálogos entre pacientes y voluntarios.

Cuando le pregunto a Susana cuál es la tarea principal del voluntario, me dice:

Es ayudar a atravesar situaciones difíciles, sea por enfermedad o por soledad. Es aliviar el dolor espiritual, contener, escuchar. Lo que hacemos con las comidas o con la ropa es tan solo un medio. El verdadero sentido está en lo espiritual. La enfermedad, sobre todo en la vejez, y yo no estoy tan lejos, es muy fea. No digo que en la juventud no lo sea, pero hay otras fuerzas, otras perspectivas, más esperanza.

Explica Susana que el dolor espiritual es producido por incompreensión, injusticias, soledad, la muerte de un ser querido y, al igual que el dolor físico, tiene una explicación. Según Solimine et.al. (1996) se asocia a alteraciones físicas o psicológicas. Cuando una persona está enferma o discapacitada, el espíritu permite fortalecerse y superar la enfermedad espiritual que a veces se manifiesta como tristeza, rabia, culpa, o desesperanza.

El espíritu, puede no aliviar el dolor físico, pero permite recuperar cierta armonía. Cuando el espíritu no está bien, cuando hay dolor espiritual las necesidades espirituales se manifiestan en síntomas físicos, en duda, en conductas antisociales, en lenguaje corporal o en un cerrado silencio. Susana me cuenta que hay muchos pacientes que están solos ya sea porque no tienen familia o amigos o porque son tan mayores que al no tener familia se han quedado sin sus coetáneos. En palabras de Susana: “Se han muerto sus amigos y nosotras quienes en su mayoría estamos más cerca en edad, con nuestras visitas, les amenizamos las largas horas sin palabras, sin más que una enfermera o un médico que llega, le da un remedio o le saca sangre y se va”. Susana opina que a veces los médicos no les explican lo que tienen, no porque no quieran sino porque sienten que no los entienden o los entienden mal. Esta falta de comunicación agrava aún más el sufrimiento espiritual.

Todos los voluntarios tienen claro que ayudar con una comida o lavar una ropa puede hacerlo también el pariente de la persona enferma en la cama contigua, un familiar o un amigo que mientras atiende a su enfermo lo hace con el que está solo. Es la “escucha” lo que caracteriza la principal tarea del voluntario. Y en palabras de Ernesto “es todo un arte”. Según Hernández Calderón, y Lesmes Silva, (2017), escuchar es la capacidad de captar, atender e interpretar los mensajes verbales y otras expresiones como el lenguaje corporal y el tono de la voz. Representa deducir, comprender y dar sentido a lo que se oye. Los autores resaltan la importancia de poder captar todos los sentidos que acompañan los gestos, las miradas, la forma de expresarse. Los voluntarios también lo entienden así. En sus relatos ponen énfasis en cómo el paciente se expresa, cómo los mira, qué gestos hace, si lo que verbalizan tiene un tono imperativo o amable. Para poder conversar con un paciente es esencial saber escuchar. En palabras de Gadamer: “La conversación es un proceso por el que se busca llegar a un acuerdo. Forma parte de toda verdadera conversación el entender realmente al otro, dejar valer sus puntos de vista, y ponerse en su lugar, no en el sentido de que se le quiera entender como la individualidad que es, pero sí en el que se intenta entender lo que dice” (1993: 236). Todos los voluntarios resaltan en mayor o menor medida la importancia de saber escuchar. En esto aparece una coincidencia con la actividad etnográfica. Podría decirse que, entre paciente y voluntario se da una especie de “entrevista encubierta” en el que el voluntario pregunta y el paciente en la mayoría de las veces responde contando lo que siente o lo que viene a su mente. Pero la gran diferencia es que el

voluntario escucha para aliviar, el etnógrafo lo hace para descubrir las lógicas de las relaciones sociales que se desarrollan en su grupo de estudio. Dice Guber (2001) al respecto: “El sentido de la vida social se expresa particularmente a través de discursos que emergen constantemente en la vida diaria, de manera informal por comentarios, anécdotas, términos de trato y conversaciones. Los investigadores sociales han transformado y reunido varias de estas instancias en un artefacto técnico: la entrevista.” En ella el entrevistado habla de su biografía, de sus sentimientos, emociones y valores. No sé si el voluntario se propone algo específico al hablar con el paciente, pero en la mayoría de los casos descubre con satisfacción que el alivio es la resultante.

Ernesto me dice que para los pacientes que están internados por largos períodos, que es en la mayoría de los casos, los días son eternos, parece que el tiempo se detuviera y no avanzara. La espera de los resultados de algunos estudios, los problemas para conseguir una prótesis y otras situaciones propias de cada caso hacen los días interminables. Muchas veces, en los diálogos entre pacientes y voluntarios, una pregunta común de los primeros es “¿qué día es hoy?” O cuando se los indaga por el tiempo que hace que están hospitalizados contestan con un genérico: “Una eternidad”. El promedio etario de la población de este hospital es superior a sesenta y cinco años. Me dicen los voluntarios que, en general, en los primeros días de internación, los pacientes se muestran más o menos optimistas, reciben visitas frecuentes de parientes o amigos... pero, a medida que se prolonga su estadía en el tiempo, los largos momentos de incertidumbre frente al desconocimiento de un diagnóstico preciso, el espaciamiento de las visitas por los problemas de la vida diaria, van acentuando ese sentimiento de que el tiempo no pasa nunca, desean desesperadamente irse a sus casas o al lugar donde viven y es ahí, según Ernesto, donde la visita del voluntario se torna un corte saludable, una ventana que se abre con aire fresco o un canal donde pueden fluir la angustia y el temor. Existe un tiempo cronológico objetivo, pero es el tiempo subjetivo el que hace mella en el ánimo del paciente.

“Creo que lo importante es saber escuchar”, dice Ernesto. “No venir con un libreto armado. Que el enfermo te cuente si quiere. Ahí está el secreto.” Me explica Ernesto que cuando el enfermo te cuenta su historia, qué hacía cuando era joven, cómo se compone su familia, su mente deja por un tiempo el dolor que lo aqueja o la incertidumbre de un

diagnóstico y se alivia mentalmente, se distrae, no en el sentido recreativo del término sino poniendo sus pensamientos en algo que le resulta agradable recordar. Muchos también se angustian frente a la percepción de que ya no volverán a ser aquellos que vivieron esas historias, que están en inferioridad de condiciones y que es imposible volver atrás. Según Omar (1987) hay un aspecto de la vejez que es meramente biológico, pero hay otro psico-social que tiene que ver con la falta de situaciones de sociabilidad. Pero, aclara Ernesto, escucharlos, dejarlos contar sus vidas o sus experiencias, actúa como un bálsamo reparador de la angustia que les causa estar internados. En mi experiencia como voluntaria, pude comprobar que la conjunción de vejez y enfermedad es muchas veces letal. Frente a eso, el paciente puede luchar o entregarse a su suerte. El voluntario es un agente de refuerzo psicológico. Alguien a quien esperar, con quien comunicarse. Si bien hay excepciones, muchas veces el adulto mayor ha perdido el diálogo con las generaciones más jóvenes de su propia familia, no es escuchado o es ignorado porque no tiene tema nuevo o repite siempre las mismas historias. Lo pude percibir al visitar a pacientes a quienes cuidaba un nieto y los relatos del abuelo iban acompañados por una gestualidad del más joven (ojos hacia arriba, elevación de las cejas, movimiento de cabeza) que denotaban hastío o impugnación del mensaje. Según Melo Coelho y Ferreira (2015), una mirada, un gesto pueden revelar el sufrimiento del alma, pero es necesario poner una fina y sutil atención para captarlo. Escuchar al que quiere ser escuchado permite comprobar que la conversación tiene efectos terapéuticos ya que alivia el dolor rompiendo la soledad.

Ernesto me dice que él intenta en lo posible que la persona reflexione:

Cuando el enfermo se queja de una enfermedad, cuando está amargado, enojado con el mundo, yo intento –aunque no siempre lo logro– hacerlo pensar cómo llegó hasta ahí. Por ejemplo, el otro día un enfermo con un EPOC⁶ muy avanzado se quejaba de su estado. Conversando largo y tendido me dice: “lo que pasa es que yo fumaba dos atados por día y después de que me dejó mi mujer... más.” Imaginate cuánto dolor había en esos pulmones además del alquitrán del cigarrillo.

⁶ EPOC es la sigla de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y se refiere al conjunto de enfermedades pulmonares que obstruyen la circulación de aire y dificultan la respiración.

Según Ernesto “hablar sana”, por supuesto que el EPOC lo sigue teniendo, pero el dolor espiritual del abandono de su mujer quedó blanqueado. Poco a poco fue reconociendo que el hecho que su mujer lo haya dejado está muy relacionado con su forma de ser, con su testarudez, con hacer oídos sordos a todos los que le decían que dejara el cigarrillo. Ernesto piensa que hay daños físicos, pero mucho más difícil es lidiar con los dolores espirituales. Esos daños enferman. “Algunos están enojados con sus familias y yo trato que me cuenten. Desde cuándo viene el enojo, qué lo ocasionó. El expresarse si no cura, alivia.”

Según Ernesto, ese momento llega al cabo de muchas visitas o no llega nunca. Me explica que, con Julio, el fumador, pudo hablar de su dolor después de haber tenido varios encuentros y largas charlas sobre fútbol y política porque “la conversación no se puede forzar”, es necesario encontrar el instante adecuado. Tal vez la persona no está predispuesta a hablar si está sucio o porque no lo han cambiado, o tiene un vecino de habitación que escucha y se entromete, o porque pasó una mala noche. En ese sentido, Ernesto concluye que el momento llega porque “Dios permite que eso se dé en el momento adecuado”.

He observado a lo largo de mi trabajo de campo, las diferencias entre los pacientes. Por ejemplo, Ramiro, es español y le acaban de amputar un pie por la diabetes. Se muestra molesto, enojado. María se acerca a la cama y le dice: “¿Hola Ramiro, estás dolorido?” a lo que él responde de bastante mala gana y moviendo la cabeza hacia un lado y otro: “El dolor es lo de menos. No sé cómo voy a hacer con el trabajo, no lo quiero ni pensar.” María, que también es española le dice que primero tiene que atender su salud y que el tema laboral ya se va a ir encaminando con el tiempo. Con un buen acto reflejo, ella consigue llevarlo hacia un tema que los une. “Yo soy asturiana, de dónde sos vos?” “De Bilbao” contesta Ramiro y a partir de ahí, de a poco, veo que se abre una charla de más de cuarenta y cinco minutos en la que ambos se escuchan y comparten vivencias propias, algunas agradables, otras no tanto, pero que generan un vínculo singular. Percibo en la mirada de Ramiro un cierto alivio, el ceño fruncido de enojo se ha relajado y en María la reconfortante sensación de haber ayudado, algo que me comunica satisfecha, con una sonrisa, cuando salimos de la sala.

La riqueza de esta experiencia me remite a Gadamer (1993) cuando se refiere al hombre como el animal dotado de logos, resaltando su capacidad para compartir con otros

su interioridad por medio del habla y participar de sus vidas. Según él, entablar una “conversación lograda” es haber podido abrirse al otro en el diálogo, acercarse a él, relacionarse. Sin duda no es intercambiar información. María pudo anclarse en su origen común para, desde allí, sacar a su interlocutor del mundo de lo inmediato y relajar la tensión que eso le produce.

1.4 El paciente y su entorno familiar

Hay otra tarea de los voluntarios que no tiene que ver con el paciente propiamente dicho sino con sus familias. Es común ver pacientes que por su patología no pueden hablar o debido a la medicación están el mayor tiempo dormidos o sufren algún problema psiquiátrico y es difícil dialogar con ellos. Son sus familiares entonces los que necesitan una escucha contenedora. Ellos comparten con el voluntario sus angustias, sus miedos, la frustración de tener que hacer trámites para conseguir beneficios y decenas de otros problemas. Según Louro Bernal, (2002) la familia es el grupo mediador entre la sociedad y el individuo, la familia es como un prisma que refracta actitudes, dificultades y conflictos. Es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar malestar emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio. La aparición de una enfermedad provoca un fuerte impacto en el entorno familiar. Además del golpe emocional que genera, hay una irrupción disruptiva en las rutinas familiares. Es común para el voluntario escuchar las quejas de familiares por falta de tiempo, de dinero, por los reclamos del enfermo que está particularmente susceptible. En los diálogos con los voluntarios aparecen excusas, manifestaciones de culpa, enojo, quejas por requisitos burocráticos de la institución, angustia. El voluntario tiene ahí una tarea particularmente relevante: escucha atento y callado la verbalización del dolor, la incertidumbre y el cansancio, intenta aliviar la culpa por la infrecuencia de las visitas, ofrece cubrir esos espacios, ayuda a comprender el fastidio del paciente, actúa como mediador entre los reclamos frente a la institución y las demandas de los familiares. Por supuesto, tal mediación es por la vía de inducir cierta

reflexión sobre el tema y no en una acción concreta. Afirmaciones tales como “decime en qué te puedo ayudar” o “bueno, no lo mires como crítica, es una demanda de atención” o “dale tiempo” forman parte de algunos de los recursos para tal mediación.

Alberto hace veinte días que está internado, se rompió la cadera y todavía no han conseguido la prótesis. Tiene además una diabetes preocupante que no han logrado atenuar. Al lado de él, sentada en una silla, está su mujer. Espalda encorvada, tobillos hinchados, no se despegaba de ahí, pero está muy angustiada. Coca, una voluntaria, se acerca y Alberto la ignora, pero su esposa la recibe con una mirada en la que se percibe una gran necesidad de descargar todas las preocupaciones que la aquejan. Ni bien comienza a hablar, lloriscuea. Cuenta que no tienen hijos y que nadie puede reemplazarla, que el dinero para contratar un acompañante no alcanza y sus fuerzas flaquean. Le dice que Alberto está muy alterado, que la trata mal, que él nunca había sido así, que no lo reconoce. Coca la escucha, apoya su mano en su hombro, conversan por un rato largo. Le cuenta que es viuda y que cuando su marido estuvo enfermo, a pesar de que ella tiene hijos, se le había hecho muy pesado lidiar no solo con la enfermedad de su marido sino con lo que la enfermedad había hecho con él. La mujer de Alberto la escucha atentamente. Coca sigue atenta el relato, asiente con la cabeza ante las penurias de la mujer, le toma la mano y espera a que la angustia disminuya. Le pregunta si quiere acompañarla a rezar una oración a la capilla. Ella duda un instante y al ver que su marido dormita, acepta. Allá van las dos, en busca de paz.

Hay aquí una tensión entre el discurso y la práctica. ¿Quién ayuda a quién en esta situación? ¿El relato de la voluntaria busca generar empatía o la voluntaria también necesita conversar y compartir su sufrimiento? Estas preguntas remiten al “¿sirvo o me sirvo?” que Zapata (2005) pone varias veces de manifiesto. Frecuentemente aparece en la bibliografía sobre voluntariado la sombra de esa duda. ¿La intención de los voluntarios es ayudar o recibir algo a cambio?

Aquí conviene visitar a Mauss. Cuando el antropólogo francés habla del don, se refiere en primer lugar a dos obligaciones, la de dar el don y la de aceptarlo. Luego sobreviene la tercera obligación, una vez aceptado es necesario devolverlo. Lo que obliga al que recibió el don a devolverlo es que el don lleva en sí mismo un “espíritu” que debe

retornar a las manos de su dueño original. El donante “habita” en lo dado. Me pregunto, ¿qué espíritu habita en lo que la voluntaria ofrece a la esposa del paciente? ¿Es la búsqueda de empatía? Es necesario destacar también que, a Mauss le interesa lo que él denomina “prestaciones totales”, no los intercambios individuales sino los que son necesarios para producir y reproducir las relaciones sociales. Por esto, ¿es importante saber en el ejemplo mencionado quién le sirve a quién? O ¿es la relación en sí misma, que no solo la viven los actores individuales, sino que la presencian en este caso otros miembros de la comunidad hospitalaria en la que la situación se da? ¿No es acaso una degradación del don cuestionarse quién resulta beneficiado?

Las voluntarias son consultadas con frecuencia por los miembros del equipo de Ayuda Social. Las enfermeras, pero principalmente las voluntarias y el sacerdote, les informan sobre las necesidades de algunos pacientes. María es una de ellas. La trajo la ambulancia pues perdió el conocimiento y se cayó en la calle. María vivía sola y costó bastante que contara dónde vivía y si había algún pariente que la pudiera asistir. Tenía una gran anemia y otros problemas de salud. Estaba muy deteriorada. Hace más de ocho meses que está en el hospital. Nadie ha preguntado por ella. Sara la visita regularmente. Ella no le habla, tiene una mirada hostil. Sara le acomoda la cama para que pueda comer, quiere peinarla, pero ella con un gesto no la deja. Sara no insiste. Le habla pausadamente, le pregunta por su dolor en la pierna. No contesta, pero sonrío. Eso es un gran avance. Al principio, me cuenta Sara, era la inexpresividad total. Cuando empezó a expresarse era de enojo, de hostilidad, después, poco a poco dijo alguna palabra y sus ojos perdieron la dureza del principio. El equipo de ayuda social está haciendo todos los trámites para encontrarle un lugar donde pueda estar. Sara me dice que le da miedo que cuando cambie de ámbito haga un retroceso. María no tiene solo anemia, sino otras enfermedades de base que la pueden complicar.

Quedan aquí expuestos los diversos flujos de ayuda que intervienen en las relaciones entre pacientes, familiares, voluntarios e institución hospitalaria. Con mayor o menor fluidez todos dan y reciben. Pero si hay algo que queda muy claro es que el ejercicio de saber escuchar tanto a pacientes como a sus familiares constituye el *alma mater* de la tarea del voluntario.

1.5 *“El voluntario es al alma lo que el médico al cuerpo”*

El grupo de jóvenes voluntarios que visitan el hospital los sábados encaran la tarea desde otro ángulo. Su intención es darles a los pacientes un momento de recreación, de placer estético. Son cuatro o cinco jóvenes que se conocen de un grupo de oración católico y que se ofrecieron al Padre Marcelo para venir los sábados por la tarde a visitar a los pacientes internados. Dos de ellos tocan la guitarra. Antes de ingresar a las salas piden permiso en la oficina de enfermería. Ellos les avisan de las habitaciones a las que no pueden entrar según la seriedad de los casos. Visitan Pediatría, las salas comunes y Terapia Intermedia. En Terapia Intensiva solo ingresa el sacerdote porque la dinámica del lugar exige la menor circulación posible para preservar su asepsia.

La visita a Pediatría les resulta particularmente placentera. Los chicos se conectan inmediatamente. Tienen todo el repertorio de los programas infantiles: Adriana, Piñón Fijo, Paca Paca. Los chicos les hablan de la música de Star Wars. Sebastián dice: “Qué piña generacional nos estamos dando. Qué desactualizados venimos.” Evidentemente, el público infantil quiere otra cosa. En Pediatría es donde se quedan más tiempo. Los padres agradecen el recreo. Les preguntan cuándo van a volver.

En las salas en las que hay personas con estado más delicado optan por acompañar con acordes de guitarra sin canto. En otras cantan canciones folklóricas. Se da una escena particularmente simpática en una sala de mujeres. Hay tres ancianas. Cuando ellos entran las mujeres sonríen. Sebastián dice: “Ellas son nuestro público más fiel”. Las tres aplauden espontáneamente cuando entran. Son viudas y cada una individualmente hablan de sus maridos. Regina y Sol se acercan a la cama de Mirta y le preguntan cuántos años estuvieron casados: “Cuarenta años, dice Mirta, pero casados, casados. No como ahora que se juntan y se desjuntan.” Sol le hace una mirada cómplice a Regina y se ríe. Creo que por un tema generacional los diálogos son cortos, hay comunicación a través de la música. Es como un idioma común que todos pueden disfrutar. “Pueden cantar “Desde el Alma”? pregunta una de las pacientes. O “Volver” dice otra. Esta última la conocen, pero la primera... ni por el nombre. Sol sugiere preguntarles a los abuelos de cada uno nombres de canciones de años atrás y después buscarlos en Internet. Además de cantar, los jóvenes también ofrecen su atención y escucha a los enfermos. Dice Tomás: “Entre nosotros cada uno tiene su estilo.

Algunos tienen una escucha amorosa, otros los sacuden y los cagan a pedos, pero todos tratamos de llegar a ellos. No siempre lo logramos.” Tomás me dice que ellos no pueden hacer nada por sus cuerpos, pero sienten que logran entrar y “acariciar sus almas”.

Esto lo puedo apreciar una y otra vez en mis observaciones. “El voluntario no elige qué hacer y qué no hacer”, dice Graciela. “Por supuesto, ser voluntario no es solo ayudar a dar de comer. Yo no estoy de acuerdo con el que viene, le da el almuerzo al paciente y se va. Hay que intentar llevarle otro alimento, que le nutra el alma. Para mí, esa es la palabra de Dios”

Graciela siempre llega a sus enfermos con un mensaje religioso. De una u otra manera, siempre encamina el diálogo hacia ese lugar. Ya desde su presencia con la virgen de yeso en la mano le dice al enfermo “quiero hablarte de Dios”. No lo impone, pero es una sugerencia fuerte. Eso le trae seguidores y detractores. Cuando la acompaño en sus visitas veo que hay quienes la ven entrar y cierran los ojos. “Mirá, me dice, se hacen los dormidos para que no me acerque”. No lo dice enojada, yo diría que hasta se siente culpable de no poder llegar de otra manera, pero es solo mi percepción. La mirada, y el tono de su voz emulan una disculpa. Lo veo en el movimiento de su cabeza que expresa contrariedad y en la mirada triste “Tarde o temprano, voy a lograr acercarme.” Puedo comprobar que en la mayoría de los casos les gana el corazón y llega al paciente con una caricia, arreglándole la sábana o alcanzándole el agua. Logra darles mucho más que la palabra de Dios; o por lo menos lo hace con el ejemplo.

Graciela me habla de la importancia del contacto físico con el paciente como tarea de apoyo afectivo. Me dice que no es bueno mantenerse muy distante de la cara de la persona enferma, no hablar desde los pies de la cama. En el caso de los que necesitan aislamiento respiratorio, hay un cartel en la puerta de la habitación y material descartable para usar por lo que no hay peligro de ningún contagio. Por eso, según Graciela, es necesario estar cerca de la cabeza del paciente, hacer contacto visual constante, aún si la persona, por su situación emocional no te mira o evita hablarte. Ayuda mucho en el acercamiento con el paciente, tomarle la mano o el antebrazo o apoyar la mano sobre la sábana tocando la pierna y hacer una caricia suave, como un pequeño masaje. En general, es muy bien aceptado por el enfermo. El paciente que está solo o recibe pocas visitas está

acostumbrado a la manipulación que de él hacen las enfermeras o el médico. Tal contacto no siempre es placentero y generalmente agudiza el malestar que los aqueja. Es inevitable que, al limpiar una herida o tocar una zona adolorida del cuerpo, la práctica genere dolor o incomodidad. La tecnificación de la asistencia, así como el cumplimiento de protocolos y guías clínicas ha traído consigo un deterioro paulatino y agresivo de lo que se conoce como cuidados invisibles, precisamente por permanecer en la sombra, bajo la autoridad indiscutida de lo técnico, lo económico y lo sistemático. Investigaciones recientes sobre el papel de la oxitocina en las relaciones sociales sugiere que aproximarse a otros convierte cualquier situación compleja en menos traumática y más gratificante. Según Huérfanos (2010), el contacto físico, el tacto piel con piel, supone la expresión más íntima de la confianza y es una de las muestras y de las armas más potentes de humanización en la vinculación que establecemos con otra persona. Por eso una caricia leve a modo de masaje es relajante, afectiva y en el mayor de los casos estrecha la relación voluntario paciente. En varios casos en que el paciente está enojado o amargado y esquiva la mirada, al cabo de una caricia en la cabeza o el brazo, solo vuelve la mirada hacia el voluntario y allí comienza una relación más estrecha. Las palabras de Graciela y las de Oscar se reflejan en textos de Centeno Cortés (2017) sobre el cuidado compasivo. El médico señala que este cuidado incluye la escucha, la mirada, el hablar, el tacto y el modo de acercarse. Cuando hablamos de escucha, el sacerdote destaca su importancia y describe las características que la convierten en una herramienta de ayuda. Se trata de una escucha atenta a los detalles, de una escucha que percibe el tono, el silencio, los mensajes implícitos. Es una escucha intuitiva que busca la comprensión profunda de las necesidades del paciente. También la mirada es de suma importancia. Se trata de aprender a mirar lo que no se ve, de llegar a la espiritualidad del ser que sufre y el contacto físico, el contacto empático derriba cualquier barrera y alivia el sufrimiento.

El Padre Marcelo cumple una doble función: es sacerdote y voluntario. El recorre todos los días las salas por la mañana y cumple muchas veces con las tareas de ayudar con la comida o dar ropa al que lo necesita, pero en él, hombre y sacerdote actúan en simultáneo. Marcelo es el encargado de organizar el grupo, de dar los lineamientos generales a los voluntarios que se incorporan al grupo, pero pone especial énfasis en la importancia de la escucha. Le propone al voluntario llegar con el corazón abierto y el oído

atento para escuchar al otro, según señaló Marcelo: “Hay tanto dolor espiritual, tanto enojo familiar enfermo, tantas incomprendiones que la dolencia física muchas veces queda en segundo plano”. Es ese malestar que se siente por la amenaza o la pérdida de la integridad. Se trata de una experiencia límite existencial (Jaspers, 1996) en la que el hombre se cuestiona el porqué de ese sufrimiento. Los que escuchemos atentos a ese sufrimiento tal vez podamos individualizar las causas y los hechos concretos que lo causaron. Con destreza y algo de suerte quizás podamos ayudar a la persona a la reconciliación, a perdonar y ser perdonado dándole sentido al padecer.

A modo de conclusión de este primer capítulo, sostengo que en su título residen las claves para entender las características de esta práctica. Tal vez, al cabo de estas páginas podría renombrarlo como “El trabajo de los voluntarios, tarea y arte”. Existen acciones concretas, cuantificables, evaluables, pero hay un aspecto que presenta cierta dificultad para asir y que constituye su aspecto más creativo, más imaginativo y que consiste en aliviar el dolor emocional. En el segundo capítulo, me abocaré a las motivaciones que guían tal acción.

II. CAPITULO II

LOS ACTORES, SUS VIDAS Y MOTIVACIONES

“La vida exige a todo individuo una contribución y depende del individuo descubrir en qué consiste”

Víctor Frankl, La Vida en busca de Sentido

En este capítulo me propongo describir y analizar de qué manera la biografía de los/as voluntarios/as está relacionada con la decisión de abocarse a dicha tarea. ¿Qué los motivó? ¿Por qué en el Hospital y no en otro lugar? ¿Qué los hace perdurar en ello?

Cuando inicié mi trabajo de campo apenas conocía de nombre a los/as voluntarios/as, a pesar de haber compartido dicha tarea por tantos años. Yo me había encontrado con algunos de ellos al asistir a la reunión social que se hacía una vez al año antes de Navidad en la que algún voluntario ofrecía su casa e invitaba a todos los miembros del grupo y al sacerdote como cierre de la actividad anual ya que, a partir de mediados de diciembre, en enero y febrero la asistencia, era bastante irregular porque muchos salían de vacaciones.

Cada uno llevaba algo para comer, el sacerdote rezaba una oración con todos, nos bendecía y se compartían algunas vivencias de la vida personal o del trabajo en el hospital. En los años en que he trabajado como voluntaria asistí en forma esporádica debido a que en esa época del año el trabajo se acumulaba, se superponían las reuniones del mismo estilo y, cuando nos queríamos acordar, teníamos las fiestas encima con todo lo que eso significaba.

Fue durante mi trabajo de campo cuando pude conocer más profundamente a todos aquellos cuyos nombres me resultaban familiares, pero a los que no asociaba con un rostro en particular porque precisamente a algunos los había visto una sola vez en aquellas reuniones y a otros nunca. Fue durante los seis meses de trabajo de campo en que pude asociar nombres con caras, compartir con ellos las visitas y conocer parte de sus vidas y motivaciones.

Algunos voluntarios me han expresado que, al iniciar su trabajo en el hospital, más de una vez sintieron que cierto personal tiene una duda tácita sobre las reales motivaciones que los guía. “Si la enfermera está muy cargada de trabajo y vos aparecés... muchas veces te mira con cara de pocos amigos y piensa... ‘ahora viene ésta que está aquí porque no tiene nada que hacer en su casa’”, dice Sara. “Bueno, no tengo que ser injusta, no siempre es así” y sonrío.

Cuando comencé mi trabajo de voluntaria hace diez años, yo sabía cuáles eran mis motivaciones y con qué sentimientos podía convivir y con cuáles tenía que luchar. Tenía claro qué episodios de mi vida se relacionaban con lo que estaba haciendo, pero qué hechos de la vida de los demás los habían conducido hasta ahí eran un terreno desconocido que

había decidido explorar a los efectos de esta investigación. Lo que sí presumía es que nadie venía al hospital porque no tenía nada que hacer en su casa.

Entre los voluntarios hay dos grupos etarios. El mayoritario está conformado por personas de más de cincuenta años (gente que ya se ha jubilado o que ha reducido su nivel de actividad porque sus hijos ya están grandes y la vida no les exige tanto trabajo o personas solas que enriquecen su tiempo con algo que les gusta o sienten útil) y el grupo de jóvenes que visita los sábados por la tarde y son aproximadamente seis o siete. A partir de mi propia experiencia, y como lo expliqué en la introducción de este trabajo, suponía que, en la vida de los voluntarios, en mayor o menor medida, hay circunstancias, momentos bisagra, que los llevaron hasta aquí y no hacia otro lado.

2.1 Sobre motivaciones

Cuando Clary y Snyder, (1991) hablan de funciones y motivaciones para la tarea del voluntariado presenta una clasificación sobre los objetivos que se encuentra en la acción del voluntario. Entre ellas están: Valores (interés por ayudar a otros), Conocimiento (gusto por aprender), Ajuste Social (necesidad de adaptarse a la norma social subjetiva), Mejora del Currículum (beneficios para la carrera profesional), Mejora de la Estima (interés en el disfrute de sentimientos positivos) y Defensa del Yo (necesidad de protegerse y escapar de sentimientos negativos como, por ejemplo, la soledad).

Según Chacón y Vecina (2009) el voluntariado se ejerce a partir de una motivación libre cuyo objetivo es compartir y brindarse a otro que por diversas razones está marginado o excluido. En este caso en particular no solo pueden existir casos de exclusión, sino que se trata de acompañar a aquellos que atraviesan un estado de enfermedad. Nace así un vínculo no instrumentalizado ni egoísta (gratuito), en la medida de que quién lo realiza no lo hace con un cálculo especulativo de sus beneficios, sino más bien por una profunda convicción ética y solidaria. ¿Es acaso ésta una versión romántica del voluntariado? ¿Vienen los voluntarios al hospital para sentirse mejores personas? ¿Para ocupar su tiempo libre? ¿O también buscan sentirse acompañados y contenidos en sus situaciones personales? Una visión idealizada del voluntariado sea tal vez la que sostiene que todo lo

que se hace es dar comprensión, cariño, cuidado como mera manifestación de generosidad. Por oposición, y en general de la mano de acciones fomentadas por entidades estatales o privadas, existe la idea de que nada se da sin recibir algo a cambio. Precisamente es esto lo que me interesa indagar: ¿detrás de todo acto generoso hay una segunda intención? ¿Se espera recibir alguna compensación?

En este capítulo he utilizado la palabra “motor” como una analogía de aquello que impulsa a avanzar hacia la concreción de una elección de vida. En algunas de mis entrevistas con los voluntarios creí reconocer aspectos de sus biografías que los llevaron hacia el voluntariado y que funcionaron como disparador de sus decisiones. Experiencias vitales, rasgos de personalidad, llamados íntimos para la realización de un proyecto vital fueron en cada caso el germen de sus decisiones. No fue difícil encontrar tal germen en los relatos de sus vidas, afloró espontáneamente en los diversos discursos, se puso de manifiesto con claridad.

2.2 Cuando el motor es el sufrimiento

Raúl, un hombre de aproximadamente sesenta años que hace varios años trabaja como voluntario, me dice:

Tuve una hija de 22 años enferma (se emociona), mi papá me abandonó a los 14 años y mi mujer me abandonó con la nena de un año. La cuidamos con mi mamá. A ella la tuve que traer al Hospital San Ambrosio. Mi hija estuvo tantos años internada.... tuvo muchos comas diabéticos, problemas en los riñones... creo que todo eso nos hizo solidarios. Vine en el 2011. Traje a mi mamá que ya estaba enferma. A ella la atendieron muy bien aquí. Mientras que ella estuvo internada yo visitaba a otros enfermos a escondidas. Me acercaba a los que estaban triste, iba a las terapias... entraba como familiar porque todavía no estaba como voluntario. Cuando mi mamá estaba en intermedia un día llegó Marcelo. Lo puso Dios. Tengo hermanas pentecostales. Marcelo me dijo por qué no venís de voluntario. Lo voy a pensar y te contesto, le dije. Por eso estoy acá.

¿Cuál será la razón que hace que una persona con una vida tan difícil, tan sufrida se acerque más al sufrimiento? ¿Por qué no ayudar en un comedor comunitario? ¿En un barrio carenciado? Este capítulo comienza con una cita de Víctor Frankl autor del libro *La Vida en busca de Sentido*, entre otros. Estimo que la respuesta a mi pregunta se encuentra en parte en esa búsqueda de sentido al sufrimiento propio y ajeno. ¿Serán todos los abandonos que según Raúl él mismo sufrió lo que lo indujo a sentir que él no debe abandonar a nadie, que debe proteger y cobijar? Es una pregunta para la cual no tengo respuestas certeras. Gómez Sancho (1998) explica que al enfrentarse con el sufrimiento no todas las personas reaccionan igual, algunas se amargan, otras se empequeñecen y otras se engrandecen. Los sufrimientos dan resultados diferentes, son las personas quienes se destruyen o se edifican con él. Para el autor, aquellos que están entre estos últimos, se fortalecen y se deshacen de lo negativo, resignifican la experiencia en un nuevo impulso vital. Muchas de las vidas aquí relatadas muestran una búsqueda de equilibrio, de mayor templanza a partir de lo padecido.

En busca de más historias de vida, indago en la trayectoria de Susana, una voluntaria que supera los sesenta años, multifacética, extrovertida, que no se calla un minuto y va y viene por el hospital como si estuviera en su casa. Me dice:

Yo perdí cuatro bebés y cada vez que estaba internada sentía una profunda soledad. A pesar de que estaba mi marido, mi mamá, pero... no sé, era un desconsuelo increíble. Cuando finalmente pude tener un hijo pensé que una forma de agradecer era ayudar a aliviar esa soledad, ese sentido de desasosiego. Cuando me mudé para acá, empecé a venir a misa a San Rafael, mi hijo fue a los Scouts⁷ y a mí se me dio por meterme en Cáritas.

Según Baratas, (2002) toda separación, toda pérdida, acarreará un duelo y su intensidad dependerá del valor que a tal pérdida se le atribuya, es decir, a lo que afectivamente representa para nosotros. También se construye en sus expresiones sociales y culturales. Las pérdidas pueden tener consecuencias físicas, psicológicas, cognitivas, sociales y conductuales, o bien pueden generar parálisis o acción (Lizarraga et al., 2005). Sufrir la pérdida de un ser querido, atravesar una enfermedad, un quebranto económico, todas las formas de padecer del ser humano pueden interpretarse como formas de darle

7 Los Scouts son un movimiento infantil y juvenil que busca educar en base a valores de buen ciudadano.

sentido al sufrimiento. He podido reconocer mi propia flaqueza, mi propia vulnerabilidad y convertirla en una acción, que permita la sanación, que ayude a llenar muchos vacíos y curar las heridas que nos acompañan en nuestro diario vivir. El dolor tiene un sentido físico y el sufrimiento un sentido metafísico. El dolor se alivia con analgésicos, el sufrimiento no. El primero nos invita a reflexionar sobre el cuerpo; el segundo provoca preguntas más profundas y existenciales. Decía Séneca: “No importa qué, sino cómo sufrir”, dando una importancia decisiva a la forma de enfrentar el padecer.

Aquí he hecho una distinción entre el cuerpo y la mente dándole a ésta última una mayor valoración de profundidad. Dentro del nuevo enfoque del Giro Afectivo, se cuestiona tal diferencia. El texto sobre la distinción entre emoción y afecto, (Solana, 2020) comienza con la siguiente cita del libro *El nervio óptico* de María Gainza: “Cada vez que miro Mar borrascoso algo se comprime dentro de mí, es una sensación entre el pecho y la tráquea, como una ligera mordedura. He llegado a respetar esa puntada, a prestarle atención, porque mi cuerpo alcanza conclusiones antes que mi mente. Más tarde, rezagado, llega a la escena mi intelecto con su incompleto kit de herramientas.” Cabe introducir la reflexión de Massumi (1995) quien sostiene que, el cuerpo puede desarrollar respuestas automáticas que subyacen en la conciencia. Tales hábitos nos llevan a actuar antes de que la mente pueda intervenir. Solana presenta autores que marcan una diferencia entre afecto y emociones y se pregunta sobre la utilidad de esa distinción. Por su parte, sostiene que el desafío está en descubrir la compleja trama que entrelaza al cuerpo y la mente.

Me conmueve la historia de Any, una ciudadana venezolana que llegó a la Argentina escapando de la situación política de su país;⁸ la encuentro un día en la capilla. Reconocí inmediatamente su acento y le pregunté por qué está ahí. Con un gesto de desconsuelo en la cara, me cuenta que dejó a sus padres en Caracas y vino a la casa de una amiga argentina que conoció en un intercambio estudiantil. Sus padres le insistieron en que dejara Venezuela. Según Any, la situación es realmente caótica y los contrarios al “régimen” –tal como ella define al actual gobierno– corren verdadero peligro. Está viviendo en la casa de su amiga y buscando trabajo. Consigue tareas temporales. Acompañando a su amiga a misa en la iglesia de San Rafael, donde está Marcelo, se le

⁸ Venezuela está atravesando una crisis política y económica de gran dimensión.

ocurrió que podía hacer algo por las tardes. Le dijo que ella sabía coser, cocinar y se ofrecía a hacer lo que le pidieran. Quería sentirse útil. Marcelo le preguntó si le gustaría trabajar de voluntaria en el hospital en horarios que no perturbaran potenciales empleos y ella aceptó. Desde entonces hace la visita con María que la guía en la tarea. Me dice que se siente bien ayudando a los que lo necesitan. Sabe que no puede comparar su sufrimiento a la de los que padecen una enfermedad, pero encuentra en la tarea una forma de agradecimiento. Dice que nunca podrá terminar de agradecer al destino que la trajo a nuestro país a pesar de que la vida no le resulta fácil. “No te imaginas lo que es el miedo a hablar, a decir lo que pensás”, me dice en referencia a como ella vivencia la situación de su país. Lo pronuncia en voz baja. Pareciera que tiene temor de que alguien la escuche. Como aseguran Valencia Rodríguez et al. (2013), para el voluntario el sentirse útil es constitutivo de su tarea. Saber que su aporte, desde el propio saber o interés a alguna causa específica, es sinónimo de inmensa alegría. El poder ofrecer su trabajo o conocimiento, es de vital importancia para sentirse bien consigo mismo. También, la cercanía religiosa es importante en el voluntario en tanto y en cuanto el o la voluntaria sean religiosos: sentir que se desea agradecer todo lo que se tiene es una experiencia altamente gratificante. Se destaca la vivencia de la religiosidad en querer participar de actividades filantrópicas.

2.3 Cuando el motor es la solidaridad

Ernesto es un hombre de unos cincuenta y cinco años, pelo largo, con un estilo hippie en su forma de vestir, desalineado y relajado, siempre sonriendo y haciendo algún chiste. Va al hospital a media mañana, una vez que abre su negocio y deja a la persona encargada. Me cuenta:

Ingresé por Matilde. Yo tengo el negocio cerca del que ella tuvo durante muchos años y siempre charlábamos. Después empezó a trabajar desde su casa, pero seguíamos en contacto. Ella me hablaba del hospital, de lo que hacía acá dos veces por semana. Le dije que me gustaría participar y vos viste cómo es Matilde. Me dijo: “yo le hablo al Padre y te presento” y así fue. Desde joven trabajo en cárceles, cotolengos, hogares como voluntario. Con ciertas interrupciones porque cuando nacieron mis dos hijas, con el trabajo, no tenía tiempo suficiente. Además, yo conozco a Marcelo de cuando estaba en “La Inmaculada” y

sabía de su tarea con los que más lo necesitan.

Reconozco en el hacer y decir de Ernesto una calidez personal. No considero que se trate de la materialización en él de la comunidad católica y una unidad social basada en el parentesco, como expresa Zapata (2005) al referirse a la directora de las voluntarias que ella estudia. Tampoco es un saber práctico depositado en Ernesto en forma de herencia. Es ese valor personal, aquello que lo eleva a su mejor expresión.

Según Páez (2013) la solidaridad se define como un valor humano, es decir, como la posibilidad que tienen los seres humanos de colaborar con los otros y crear sentimientos de pertenencia. Para autores como Aranguren (2009) la solidaridad puede definírsela de cuatro formas distintas: a) una reacción frente al sufrimiento y la injusticia del mundo actual; b) una decisión de comprometerse a fin de contrarrestar tal sufrimiento e injusticia; c) un deber humano para compensar tales desequilibrios y d) un estilo de vida. La solidaridad es una convicción íntima, que se traduce en acciones responsables hacia los demás. Se trata de un valor que hace que los demás no nos resulten indiferentes. Es altruismo, eleva al hombre y lo dignifica.

Parados ambos en un pasillo del hospital, le pregunto qué lo motiva para hacer esta tarea a lo que me responde:

Mirá, desde que era un pibe joven me gusta ayudar, saber que alguien me espera, que puedo colaborar con el que lo necesita. Me hace bien. Vos sabés cómo es esto. Hay un ida y vuelta. En realidad, uno recibe más amor del que da. Acá no te la tenés que creer. Tenés que acercarte humildemente a la persona enferma y ver qué necesita. Si te acepta, bien. Si no pasás a otra cama.

Ese ida y vuelta lo resaltan muchos voluntarios. Dar y recibir se conjugan en una vivencia común. Lo reafirmo por mi propia experiencia. En varias oportunidades, al acercarme a la sala de una persona que yo sabía que estaba sufriendo, experimentaba un deseo que por momentos me avergonzaba. Deseaba que estuviera el médico o una enfermera y así excusarme de acercarme a la cama. Yo sabía que estaba mal pero no podía

9 La Inmaculada Concepción es una parroquia ubicada en el barrio de Villa Devoto (C.A.B.A)

evitarlo. En general, aquello que yo deseaba no se producía y una vez finalizada la visita, crecía lentamente en mí, un sentimiento de satisfacción que terminaba convirtiéndose en algo que me producía un bienestar concreto pero difícil de describir. Es un vínculo amoroso que completa, que se retroalimenta, que duele y satisface, que enferma y sana, que ata y libera. “En nuestro amor, somos lo que propiamente somos. Todo lo que en nosotros tiene consistencia es, en su origen, amor” dice Karl Jaspers (1977:148). Me pregunto si en todo acto amoroso hay un cierto egoísmo, una búsqueda de satisfacción. De mi propia experiencia pude sentir muchas veces el deseo de no pasar desapercibida, querer que me esperen, que de alguna manera me necesiten. Sentirse necesario, especialmente en el tercer tercio de la vida, cuando la sociedad civil te dice de mil maneras distintas que te hagas a un lado, que dejes el lugar a otros, que vos ya tuviste tu oportunidad, es sumamente gratificante. Por eso, cuando me acerco a una cama y el paciente o algún familiar te dice: “Qué bien lo que hacés, qué generoso. Todos tendrían que hacer lo mismo...” Aquí agrego nuevamente lo que pude vivenciar. Aunque lo calles, interiormente pensás: “¡Qué bueno que puedo hacerlo! El mérito es tuyo que me das la oportunidad.”

Aquí puedo reflexionar sobre el encuentro intersubjetivo sobre el cual se expresaron Edmund Husserl y Max Weber; esto es el proceso recíproco por medio del cual se comparte la conciencia y conocimiento de una persona a otra. El concepto de intersubjetividad me permite la validación del “otro” que, a su vez me permite la sincronía interpersonal. Grassi, (2013) en su estudio sobre la intersubjetividad en Ricoeur (2001) afirma que, para el autor francés, el encuentro interpersonal es motivado por la caridad o el amor. Dice Grassi que esto es “algo que ya estaba muy presente en las reflexiones del personalismo y de Gabriel Marcel. El encontrarse disponible, el estado de disponibilidad, es la condición de posibilidad de toda presencia y encuentro” (2013: 26).

Matilde es una de las voluntarias más jóvenes del grupo de mayores. Enérgica, activa, inquieta. Recorre los pasillos casi corriendo, yendo de un lado a otro, conversando con las enfermeras, saludando a los médicos, gesticula, hace bromas. Se mete en la sala de enfermeras sin pedir permiso, todos la saludan, todos la conocen. Es su personalidad abierta, sociable, por momentos excesivamente ruidosa lo que la diferencia del resto de los voluntarios. Su trato con los pacientes también es extrovertido. A menos que en una sala

haya un paciente en estado delicado, ella entra con un estruendoso “¡Bueeeenaas! ¿Cómo anda todo por aquí?”

Cuando vendí mi negocio, busqué un trabajo *part-time* ... A media cuadra de mi casa vivía Erminda una señora mayor que vivía sola y a la que encontraba al hacer las compras. Muchas veces conversaba con ella. Además, yo trabajaba desde la sala de mi casa que da a la calle. La veía pasar todos los días, casi a la misma hora, yendo a hacer algún mandado. Un día dejé de verla y cuando fui a preguntar por ella, me dijeron que se había caído, roto la cadera y estaba internada. La fui a ver al hospital y ahí conocí a su sobrina. Durante el tiempo que estuvo internada, la fui a ver día por medio. En el hospital había voluntarios evangelistas que visitaban a los enfermos. La operaron, le pusieron una prótesis y le hicieron rehabilitación mientras que la sobrina le buscaba un hogar. Dada de alta, la trasladaron a un geriátrico de PAMI.¹⁰ Un día que fui al hospital no la encontré más y ahí me informaron dónde estaba. Fui a verla. El lugar era deprimente. Una vez encontré a la sobrina y le dije: “Erminda tiene recursos, por qué no le vendés el departamento y la ponés en un lugar mejor”. Pasó el tiempo y Erminda estaba cada vez más abatida, no la levantaban, no la hacían caminar, había pocas enfermeras... de terror. Dos semanas después volví a ir y encontré a la sobrina nuevamente. Le dije: si no la cambiás a un lugar mejor, te voy a denunciar. Cuando volví a los tres días Erminda ya no estaba. A los dos meses me enteré de que Erminda había muerto. Pensé mucho en lo que había pasado y se me ocurrió que como tenía más tiempo libre podía hacer algo en ese sentido.

Cuando me lo contó, esa actitud impetuosa, atropellada me causó una mezcla de admiración y desconcierto. ¿Habría hecho yo algo así? Sin duda me pareció una acción temeraria, pero ¡qué fuerza, que ímpetu! Me preguntaba si no era un acto de justicia que Matilde hubiera denunciado a la sobrina de Erminda. Recurriendo a mi racionalidad, me decía que no debería haber hecho eso, pero algo de Matilde me causaba cierta envidia. Ese arranque arrollador que no mide, que no se puede parar. El tiempo libre de Matilde se ocupa ahora en algo que le regaló la triste historia de Erminda. “A mí me gusta hacer algo concreto, ayudar. Se ve que a mí me viene de chica. Mis viejos iban al Tornú¹¹ y

¹⁰ Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

colaboraban”, dice.

En mis conversaciones con los voluntarios siempre estuvo presente la vivencia de que se recibe más de lo que se da. Hemos visto en el primer capítulo que en la definición de voluntario el concepto de gratuidad, de “sin nada a cambio” es una constante. Esto me remite a esa pregunta escandalosamente brutal que el sacerdote de la parroquia San Alonso les hace a las voluntarias: “¿Sirvo o me sirvo?” (Zapata, 2005) Ahí se distribuían bienes tangibles o tal vez voluntades políticas por lo que no sé si aplica el “nada a cambio” que todas las definiciones de voluntariado incluyen. Me hace bien presumir que no es el caso de San Ambrosio. En el hospital, la vulnerabilidad no es económica, es existencial frente a la enfermedad o la proximidad de la muerte. Por eso, lo que se da o se recibe pertenece al mundo de otros bienes, los que no se compran ni venden. Amerita nombrar a Bauman (2004) y su “modernidad líquida” que habla de nuestro tiempo como un tiempo sin certezas en el que las reglas que se imponen son las del beneficio y el lucro, las relaciones carecen de compromisos y lealtades y las vidas e historias individuales nos son en general ajenas.

Pareciera que, en el hospital, beneficio material y lucro no fueran la motivación que guía la acción. No obstante, cabe preguntarse si, en ese mundo de virus, bacterias y dolores corporales las relaciones paciente-voluntario logran aislarse en una burbuja aséptica saludable.

2.4 Cuando el motor es la ternura

A lo largo de mi trabajo de campo pude dar cuenta de que cada voluntario que conocía tenía algún rasgo que lo distinguía: el sentido del humor, la paciencia, el arte de escuchar, el entusiasmo. Todos comparten el deseo de ayudar, pero en algunos es muy notorio un carisma especial, algo más que los acerca a la fibra más íntima de la persona que sufre.

11 El Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú es un hospital público de la ciudad de Buenos Aires, Argentina que fue utilizado inicialmente para pacientes con tuberculosis y luego abarcó todas las especialidades.

En el caso de Graciela, una ternura casi maternal la acompaña siempre, no solo cuando se acerca a la cama del paciente sino con el trato con las otras voluntarias, con las enfermeras. “Hay viene la mejor voluntaria del hospital”, dice una enfermera que se había reintegrado después de sus vacaciones. Pude comprobar que muchos pacientes preguntan por ella a otros voluntarios, por ejemplo, qué día viene y a qué hora. Como la persona que está hospitalizada pierde muchas veces la noción del tiempo, esa pregunta es habitual. Esto despierta cierto celo en las voluntarias mujeres, algo que pude comprobar en sus gestos cuando la escena que describí se produce delante de ellas.

¿Cómo describir a Graciela? Es una mujer delgada, de estatura media de aproximadamente sesenta años que se jubiló de la docencia hace poco y visita el hospital dos días por semana. Tiene otras actividades relacionadas con la caridad en la parroquia que queda cerca de su casa. Cuando uno la ve, su cuerpo y su cabeza tienen siempre una leve inclinación hacia adelante, como la postura típica de la maestra de grados inferiores que se dirige a sus pequeños alumnos para explicarles algo. La voz, serena y pausada, acompaña el movimiento de sus manos en una posición parecida a la de un sacerdote mientras celebra la misa. De la misma manera que lo habrá hecho con los niños se dirige a los pacientes. Siempre se refiere a la fe católica cuando habla y si nota cierta reticencia en los pacientes, deja de hacerlo, pero su actitud piadosa es llamativa. Emanada afectividad extrema, su lenguaje corporal expresa entrega, cariño, dulzura. Me cuenta cómo llegó al hospital:

“Mirá, yo comencé en esto hace 25 años. El grupo ya existía. Era el grupo de María Rosa, Martita, Norma... Ya no están. En ese entonces ya eran personas mayores. Yo tenía a Facundo, chiquito. Facundo es mi hijo. Al principio, él solo sabía de mi trabajo. No le había dicho a mi marido (sonríe). Veníamos juntos del colegio, en el colectivo. Yo trabajaba de maestra en un colegio de Lugano, le daba la leche y me iba al hospital. Mi marido en ese entonces llegaba alrededor de las 10. Pero finalmente se lo dije. No quería que un día llegara antes y se enterara sin que yo se lo hubiera dicho.”

Le pregunto por qué no le había dicho a su marido a lo que me responde: “Viste que él es católico, pero para nada practicante y pensé que no iba aprobar que lo hiciera”.

Al preguntarle por qué había elegido trabajar en el hospital me cuenta que era de la Legión de María, un grupo de mujeres que rezan. Ella asistía a la iglesia Señora de la Paz en la calle Morán. La virgen les pedía a esas mujeres que por lo menos una vez por semana le dedicaran una hora a Ella. Graciela pensó que esa hora la podía ofrecer en el hospital. Me dice que desde el principio se sintió muy cómoda con los pacientes y que percibía que ellos se encariñaban con ella. “Empecé con una abuela que estaba sola. La visitaba, la ayudaba con la cena. Cuando se fue de alta la llevaron a un hogar en Mataderos y cada tanto la iba a visitar. Me había encariñado mucho con ella. Un día llevé una torta y le festejamos el cumpleaños con todos los otros abuelos. Fue muy gratificante...”

Cuando relata su historia en el hospital usa ese mismo tono suave, ese gesto contenedor que usa con los pacientes. Reconozco que siempre tuve cierta animosidad con los que, no siendo miembros del clero, se comportaban como si lo fueran, con un discurso abundante en referencias religiosas, poniendo a Dios y los santos cada cuatro palabras. Es más, siento que muchas voluntarias tienen hacia ella una cierta distancia que manifiestan levantando las cejas o bajando la mirada cuando Graciela utiliza ese lenguaje porque comparten el mismo sentimiento. Sin embargo, debo decir, que se trata de alguien en que acción y palabra caminan juntas. He presenciado la ternura con la que se dirige a los pacientes, cómo los acaricia, cómo los cuida, cómo reza con ellos cuando se lo permiten. Sus maneras de ofrecerse como voluntaria y su trabajo de cuidado me remiten a las palabras de Meza Salcedo,

[...] la ternura es una de las resonancias del cuidado como modo de ser esencial del ser humano quien de manera ontológica ha nacido del cuidado y necesita de cuidado, mucho más que los demás seres vivos. Así el cuidado y la ternura son expresiones del amor compartido de manera recíproca, ya sea por el puro placer de compartirse o como respuesta que se ofrece ante la vulnerabilidad o el peligro del otro. Es ese modo de ser humano que envuelve, protege y en ocasiones salva, a coste de la propia vida. (Meza Salcedo, 2018:155)

Con respecto a la acción de cuidar, Siles y Solano (2007) hacen un análisis fenomenológico de los términos cura y cuidado en la visión de Heidegger quien sostiene

que ambas son integrativas y correctas porque el cuidado es una realidad pre-ontológica en el ser humano ya que es anterior a cualquier vivencia.

Según Dominguez Mon (2017), es común escuchar la afirmación que el cuidado “es cosa de mujeres”. Aunque es posible comprobar que el número de personas ligadas al cuidado de la salud, que cuidan enfermos o dependientes son en su mayoría mujeres, esto no significa que sean más hábiles que los varones en esta tarea. Cuando se habla del cuidado a los otros, se pone de manifiesto la similitud del cuidado de una mujer a sus hijos, a un proceso de socialización aprendido. Esto también está ligado a la división del trabajo propio de las sociedades modernas. Sin embargo, en el hospital, si bien hay mayor número de mujeres voluntarias, los varones cumplen y son recibidos por los pacientes con igual actitud. Lo que sí puede notarse es que a la hora de escuchar y dialogar con los pacientes la postura de éste frente al voluntario es similar. Cuando se trata de acciones de cuidado corporal como ayudar a moverse, alcanzar algún objeto personal, levantar una sábana para acomodarse en la cama, la mujer espera a una voluntaria mujer y el varón a un voluntario varón. Es posible que tenga que ver con el pudor.

La ternura es una de las manifestaciones del cuidado, una práctica del ser humano que llegó a la vida con cuidado y necesita de él. Así el cuidado y la ternura son expresiones del amor que se comparte recíprocamente. Con ternura el cuidado se potencia cuando el ser es desafiado por la vulnerabilidad y la fragilidad con las que la enfermedad acecha.

Le pregunto a Graciela por sus vivencias y me dice que hay situaciones muy tristes, pero también otras que te redoblan el ánimo para seguir adelante. Me cuenta del caso de un paciente que se resistía a conversar con ella. Debieron pasar muchas visitas para que finalmente se pudiera entablar un diálogo. Ella se valió de múltiples estrategias para llegar a él hasta que finalmente lo logró. El Servicio Social del hospital tardó bastante tiempo en conseguirle un hogar y la relación se fue afianzando cada vez más. Un día, Graciela llega a la sala y no lo encuentra. Cuando ya estaba pensando en algo malo, se acerca una enfermera con un papel y se lo entrega. Una caligrafía temblorosa expresaba el siguiente mensaje: “Gracias Graciela por todo lo que hiciste por mí. Yo sabía desde hace unos días que me habían conseguido el traslado, pero me faltaba coraje para despedirme.”

Es ésta la relación intersubjetiva que se forma entre dos personas en la cual una entrega o da, y en este caso, está potenciado por la ternura de la que hablo en el título de este apartado. Me pregunto si esa actitud de Graciela estaba ligada al deseo de mantenerse activa una vez que se había jubilado, pero había otras voluntarias que ya no estaban en actividad pero, sin embargo, no despertaban en los pacientes el mismo sentimiento.

Pulido Fuentes y Da Silva Vieira (2017) brindan una mirada antropológica del cuidado al observar que la actitud de cuidar es propia de la condición humana. Es una práctica que comprende saberes relacionados con las formas de vida que a la vez están ligados a la necesidad de adaptarse a un medio cambiante y a la supervivencia. Desde lo antropológico, los humanos hemos arbitrado los medios para satisfacer las necesidades y cuidados propios y colectivos. Según Tronto (2009), es “una actividad genérica que comprende todo aquello que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro ‘mundo’, de manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo comprende nuestros cuerpos, nosotros mismos y nuestro entorno, elementos todos que buscamos enlazar en una red compleja, para el sostenimiento de la vida”. El autor señala que, desde el principio de los tiempos, la familia se ha encargado del cuidado de sus miembros a lo largo de las distintas etapas de la vida, pero el mundo moderno con su desplazamiento de lo doméstico ha puesto en funcionamiento a otros agentes de cuidado. El ámbito de la salud no está ajeno a esto y si bien en ese contexto hay profesionales a cargo del cuidado, los voluntarios hacen su aporte fundamentalmente en el cuidado espiritual.

Desde una perspectiva antropológica, cuidar es ante todo algo relacional entre el que cuida y el cuidado y comprende conocimiento, emociones creatividad e intuición. El voluntario aporta ese saber que no figura en los libros ni se dicta en las cátedras.

2.5 Cuando el motor es la vocación

El Padre Marcelo cumple las tareas de sacerdote y voluntario. Es un hombre de aspecto juvenil, de cuarenta años pero que ya lleva veinte de sacerdote. Marcelo es sacerdote para los enfermos y también para el personal del hospital. Más de una vez lo he visto conversando a solas en la capilla con alguna enfermera o con un médico. Por supuesto

no participé de las conversaciones, pero diría que eran una confesión, no una consulta por un paciente, tampoco creo que se tratara de la confesión de un pecado en el sentido teológico del término sino la exteriorización de una angustia, de una preocupación. Él visita mucho la Guardia a la que llega la persona de urgencia, la que está desesperada por lo que le pasó o se siente lo suficientemente mal como para necesitar una voz que lo tranquilice, lo calme. También se acerca al familiar que lo acompañó y comparte la misma angustia y zozobra. Los médicos y enfermeros están actuando en la emergencia mientras a Marcelo se lo puede ver, alejado del paciente, pero observando, dejándose ver, a veces rezando en voz muy baja. En las salas, Pediatría y Terapia Intermedia es bien recibido, pero en Intensiva y Unidad Coronaria donde suelen estar los pacientes más críticos es generalmente la palabra que contiene a sus familiares sea porque las personas están entubadas o en coma o muy delicadas. Él pasa, conversa con el personal, siempre les da una palabra de aliento y sale a hablar con los familiares que son los que más angustiados están, no solo por el estado de su ser querido sino por la imposibilidad de estar a su lado por los horarios restringidos.

Cuando uno habla con el personal del hospital sobre el padre Marcelo, la palabra que surge más de una vez es vocación. La mayoría dice que la de él es verdadera. El personal del hospital con quienes he conversado, los pacientes y sus familiares han elogiado las actitudes del sacerdote, su dedicación, su poder para transmitir alivio, su compenetración con las situaciones que le comparten, las palabras de contención. Coincide con lo que Ortega y Gasset (1934, V 197) define como vocación: “Esta llamada hacia un cierto tipo de vida o, lo que es igual, de un cierto tipo de vida hacia nosotros, esta voz o grito imperativo que asciende de nuestro más íntimo fondo es la vocación.”. Así, cuando el ser íntimo del hombre, aquel que le empuja al cumplimiento de su vocación individual, logra coincidir con la circunstancia, el hombre siente un bienestar íntimo que es lo que Ortega y Gasset llama felicidad. Ortega y Gasset insiste en la necesidad de cumplir el proyecto de existencia individual como único modo de tener una vida auténtica y, en consecuencia, feliz. Por otro lado, la vocación individual excede por mucho aquella única ocupación vital que se expresa en el nombre de un oficio. Si volvemos a la definición dada por Ortega y Gasset, queda de manifiesto que la vocación tiene que ver con la llamada de un cierto tipo de vida hacia el hombre. Ésta anticipa de manera íntegra lo que un hombre debe ser, y esto comprende inevitablemente experiencias vitales que no se encuentran

incluidas en el nombre o idea de los oficios en que cada hombre pueda ocupar su vida. Cuando le pregunté al Padre Marcelo qué era para él la vocación me dijo que era una llamada que cada persona recibe a elegir una forma de vida en particular. En su caso, me explicó, él sintió el deseo de ser sacerdote desde su adolescencia y a medida que pasaba el tiempo sentía que había escuchado el llamado correcto. También sentía que su misión no estaba únicamente en celebrar los ritos católicos y difundir las ideas de su iglesia. Quería llegar no solo con el mensaje sino con la acción y sentía que el hospital era el lugar más indicado para hacerlo.

Mi tarea sacerdotal me ayuda mucho porque trato con mucha gente, algunos de muy bajos recursos que tienen muchas necesidades. Por eso, lo más importante es compartir la fe, pero desde un lugar más humano, más allá de la religión. Como sacerdote, la tarea principal es la visita a los pacientes y desde ahí se despliega la oración, los sacramentos, acompañar tanto al paciente como al familiar. También al personal del hospital que lucha todos los días con la enfermedad y con las carencias, materiales y espirituales. Cada paciente es un mundo. Me toca compartir su temor, su angustia, su enojo. Se enojan con Dios y la situación. Yo intento que ese enojo vaya cediendo y en la mayoría de los casos lo logro. (Entrevista a Marcelo).

Cuando le pregunté si éste era el primer hospital en que trabajaba me contó que también lo había hecho en otros, en realidad, el primero en el que había trabajado era el Hospital Muñiz¹² con pacientes de sida y tuberculosis. Luego lo hizo en el Cotelengo de Claypole¹³, Don Orione. En el Muñiz estuvo 2 años. La experiencia del Muñiz, me explica, había sido muy diferente. En el Muñiz se veía mucha pobreza, no solo material, de educación, humanamente. Hace 10 años atrás el sida era una condena a muerte. Al San Ambrosio llegó porque el Capellán se debía jubilar. Quedó una vacante y el Episcopado lo nombró como encargado de la parte pastoral del hospital. Cada hospital en la Argentina tiene una capilla católica para que un sacerdote dé misa. El hospital público se puede negar a tener un capellán, pero en general eso no pasa.

12 Hospital de Enfermedades Infecciosas ubicado en Parque Patricios. C.A.B.A

13 Pequeño Cotelengo Don Orione, en Claypole, Provincia de Buenos Aires

Le pregunto si él se maneja en forma autónoma con respecto a las autoridades del hospital a lo que me contesta:

Hay lineamientos de trabajo. El sacerdote depende de la dirección. La consigna es estar, visitar, consultar, opinar. Es muy importante llegar a los médicos y enfermeros. La parte humana. Uno no va a invadir la parte médica, pero puedo ver la parte humana de la situación. Uno puede estar, opinar, aconsejar. Y muchas veces, especialmente después de un tiempo que te conocen, muchas personas del personal, se acercan y consulta o piden colaboración. Cuando un médico ve a un enfermo deprimido o en una situación terminal si tiene onda conmigo me comenta, me dice que me acerque, que tal vez sea necesario.

Marcelo les da mucha libertad a sus voluntarios, guiándolos con recomendaciones, pero evitando condiciona, es más lo observo actuar con mucha soltura, pareciera estar siempre alegre. Cuando le comento esto me dice:

Todo me satisface. Entrar al hospital me cambia. En parroquia es distinto. Acá me libero. Hay situaciones tristes, pero me siento pleno de ser sacerdote de un hospital por todo lo que tocás desde que entrás hasta que te vas. La hora se pasa volando. Te vas llevando la sensación de querer volver en seguida. Hay tanto problema, tanta soledad, tanta tristeza en algunos que vos sentís que, al escucharlos, los estás ayudando a llevar la carga que tienen, los liberás. Y no es sólo la enfermedad. A veces hay mucho más que un órgano que funciona mal. Hay dramas familiares, dolores antiguos, incomprensiones. Por eso lo importante es saber escuchar. Y tratar de aprovechar el momento en que el paciente está abierto.

Marcelo da testimonio de su vocación, al mostrar su compromiso a través de la organización de los voluntarios, su presencia. Me dice que el año pasado tuvo una enfermedad relativamente seria que lo mantuvo alejado unos meses y que para él fue muy triste, se sentía impotente, fue como una tortura. No poder asistir al hospital era como no encontrarle sentido al resto de lo que hacía. Él hace lo suyo con pasión y entrega. Hay consenso en el hospital sobre ello.

En este capítulo, se analizaron los principales hechos biográficos de los actores que, según su propia perspectiva, los motivaron a dedicar parte de su tiempo a esta tarea.

De mi trabajo puedo concluir que los miembros de este grupo actúan según el interés por ayudar, el disfrute por sentimientos positivos y una defensa del Yo como si escaparan al sentimiento de soledad. En el próximo, me propongo indagar en qué medida la oralidad y las acciones de los voluntarios responden al discurso religiosos de la institución a la que pertenecen.

III. CAPÍTULO III

DIOS, LA RELIGIOSIDAD Y EL VOLUNTARIO DE CÁRITAS

“Me llamo Mauricio, yo soy de la competencia, conmigo lo tuyo no va”. Esto le decía un paciente a Raúl entre sonriente y displicente haciendo referencia a su origen judío. El voluntario festejó el comentario con un gesto y le dijo que no importaba, que Dios era uno solo y se ocupaba de todos por igual.

Cáritas es una organización que tiene un mensaje y encuadre católico. Este grupo de voluntarios del hospital son identificados por sus pacientes y por el personal hospitalario como los “celestes del Padre Marcelo”. De hecho, cuando los aspirantes van y se ofrecen como voluntarios, nadie les pregunta en qué creen o qué religión profesan. Uno puede suponer que, al ofrecerse a trabajar con el sacerdote, comparten con él la misma creencia y que están ahí para ayudar y transmitir la palabra de Jesús, pero en mi trabajo de campo me

llevé más de una sorpresa al respecto. En este capítulo me propongo indagar la relación de los voluntarios con el discurso religioso. Cómo vivencia cada uno de ellos la fe y cómo la practica en su labor cotidiana en el hospital.

En lo que se refiere a lo religioso, y excluyendo al sacerdote, hay tres grupos: los que se designan católicos y en sus diálogos con los pacientes dirigen sus palabras haciendo referencias a Dios, Jesús y al Evangelio; los que se dicen católicos, pero que al ejercer una escucha activa sólo acercan un mensaje religioso cuando el paciente lo solicita y apelan a la espiritualidad de las personas que visitan; y aquellos que ponen el énfasis en la tarea de dar alivio desde un lenguaje, en principio, desprovisto de todo mensaje religioso.

Esta división puede comprobarse en las visitas a los pacientes, en la participación de las celebraciones esencialmente católicas como la Pascua, Navidad y Reyes e incluso en los mensajes que se intercambian en el grupo de WhatsApp. Los católicos activos participan mucho en el vía crucis de Pascua, en la preparación del pesebre en Navidad y en la fiesta de Reyes, mientras que los demás contribuyen desde lo organizativo o encuentran alguna excusa de mera cortesía para no participar. En todas estas ceremonias y festividades siempre existe una invitación a participar, no existe obligación alguna de hacerlo. En el caso de los mensajes de WhatsApp, el sacerdote manda uno a todos en las fechas icónicas del catolicismo, pero a él se suman los más religiosamente activos multiplicando los mensajes religiosos alusivos. Los demás agradecen y/o responden con un emoticón.

Del lado de los pacientes también hay grupos: los que son fervientemente creyentes en Dios, los que tienen una espiritualidad que no se identifica con un credo en particular, y los que se dicen espirituales, pero manifiestan no creer en una entidad sobrenatural. Pude apreciar que hay bastante “New Age” en el discurso de algunos pacientes y sus familiares. Me refiero discursos que apelan a las “energías y poderes del universo”. También se escuchan muchas referencias a creencias populares y a los que yo llamaría “sacerdotes de la modernidad”. Ejemplos de estos sacerdotes de la modernidad pueden ser quienes apelan a conceptos tales como la energía, emocionalidad tóxica, e innumerables protocolos para ser “feliz”. Seman y Battaglia (2012) hacen referencia a estos íconos de la espiritualidad post-moderna. Los medios de comunicación y las nuevas plataformas tecnológicas colaboran fuertemente con la difusión de estos personajes y sus éxitos editoriales. Seman y Viotti

(2015), en sus estudios sobre las nuevas formas de religiosidad, destierran la idea de que el catolicismo tenga el monopolio de lo religioso en América Latina y que es necesario dejar de invisibilizar la diversidad religiosa que está presente en la vida cotidiana desde hace bastante tiempo. Dicen los autores:

El proceso de mercantilización de la vida social de las últimas décadas en América Latina, así como la transformación del sistema de mediaciones de la industria cultural, acompañó la difusión masiva de los discursos y las prácticas de la Nueva Era. La década de 1990 produjo una consolidación y una diversificación de las religiosidades, que decantaron en otros espacios más allá de la intelectualidad afín a los orientalismos, de las contraculturas o, sobre todo, de las redes informales de los sectores medios latinoamericanos. (Viotti y Semán, año: 88).

Toda esta nueva religiosidad tuvo además el acompañamiento de la gran difusión de terapias alternativas, una de las manifestaciones de la “Nueva era” (Amaral, 1999; Carozzi, 2001). Con ellas, surgieron también espiritualidades alternativas. Bordes y Saizar (2018) indican que, según diversos autores, esta espiritualidad, tiene en cuenta dos aspectos: la dimensión personal de lo sagrado considerando que la persona lleva consigo una divinidad personal que rompe con la idea de un Dios ajeno a él y por otro lado la falta de pertenencia a iglesias particulares. Bordes dice que las terapias alternativas son puestas al servicio de la sanación y el mantenimiento de la salud. Se trata de la distinción que hoy se hace entre religión y espiritualidad. Ésta puede ser una experiencia o enmarcársela en un dogma.

Frente a aquellos discursos imbuidos de la nueva espiritualidad, los voluntarios escuchan respetuosos, pero reaccionan según la relación que tienen con lo “sobrenatural”. Los creyentes y practicantes toman las palabras de la persona y le ponen nombre y apellido: Jesús, Dios, la Virgen. Los creyentes no practicantes asocian el término energía con lo que ellos llamarían Dios y los que toman distancia del tema religioso simplemente escuchan sin responder.

En las recorridas por las distintas salas, me llamaba la atención ver en las mesas de luz o colgados de los respaldos de la cama rosarios, estampas de los santos y de la virgen y crucifijos, pero al lado de estos objetos, se solían encontrar publicaciones de grupos

evangélicos y pentecostales, imágenes de santos populares locales y foráneos, algo que no sorprende ya que parte de la población hospitalaria son pacientes de países limítrofes. Era común ver a los pacientes manipulando imágenes, conversando tanto con el sacerdote como con los predicadores que a veces recorren el hospital. Pequeñas estatuas del Gauchito Gil, de la Difunta Correa se confunden con otras de los santos y vírgenes católicas. En general, tanto pacientes como familiares no los rechazaban y dichos elementos convivían libremente y sin conflicto aparente en la cabecera de las camas o en las mesas de noche. Ante mi pregunta sobre eso, Susana, una de las voluntarias, me dijo una vez: “Ellos sienten que todo es bienvenido para sacarlos de la situación en la que están y yo no les digo nada”. Aceptar conjuntamente las creencias religiosas de los pacientes junto con otra serie de ritos y costumbres, puede parecer incoherente. Sin embargo, en su convivencia dentro de un contexto tan vario pinto como el que nos ocupa, se presenta como un fenómeno cultural. Si la cultura, según Geertz (1973), es un contexto dentro del cual pueden describirse toda una serie de fenómenos de manera inteligible, no bastará sólo con la descripción de la acción (ritos, símbolos) sino se deberá tratar de hallar una explicación dentro de dicho contexto. Conversando con Matilde, una de las voluntarias menos proclives a la exteriorización de gestos ligados con lo religioso, cuando le comenté mi observación sobre los múltiples objetos de diversa procedencia religiosa en las cabeceras de los pacientes me dijo con cierto humor negro que "el número de estampitas y objetos que tiene un paciente consigo es directamente proporcional a la gravedad de su enfermedad". Cuando pronunció esas palabras no pude sino recordar el trabajo de Malinowski *Magia, Ciencia y Religión* (1948) para quien, dentro del mundo de lo sagrado, la magia está basada en la confianza del hombre en su poder de dominar la naturaleza, de modo directo, mientras que la religión es la expresión de la impotencia humana ante ciertas cuestiones, y eleva al hombre por encima del nivel de la naturaleza y de lo mágico. Acá se trata de la combinación de ambos: los objetos tangibles permiten la asignación de poderes mágicos y el hecho de que tales objetos sean representación de entidades religiosas ayudan a cubrir ese aspecto inmanejable de sus destinos. La función simbólico-religiosa de las imágenes varía según el contexto en el que se ubican. No tiene la misma función la imagen de San Cayetano en un lugar de la casa que la misma imagen en la mesa de luz de un hospital. Seguramente, la persona que la colocó en su casa tuvo la intención de asegurarse y proteger el trabajo mientras que la segunda

ubicación tiene que ver con la curación de la persona. Por supuesto, al igual que Susana, ningún voluntario intenta algún cambio a esa situación.

La religión es –para aquellos que profesan algún credo en particular– una cuestión que afecta al sentido de la vida en su totalidad: es la re-ligación a Dios y el sentido de la existencia; ambos son dos temas íntimamente relacionados que, en situación de pérdida de la salud e incluso amenaza de la propia vida, cobra un nuevo sentido, un nuevo peso en la vida de una persona. Seman y Viotti (2015) así como Carozzi (2000) estudian los fenómenos asociados a las nuevas religiosidades y terapias alternativas vinculadas a la Nueva Era y describen el entrelazamiento de aspecto de las religiones tradicionales con nuevas visiones sobre la relación con lo sobrenatural. En el ámbito hospitalario se conjugan la necesidad de alcanzar la salud con el vínculo religioso que puede regresar a la persona a una armonía física y espiritual. De ahí, por tanto, que no sea extraño -más bien frecuente- observar en personas hospitalizadas la exteriorización manifiesta de su propia religiosidad mediante la exposición de símbolos e imágenes religiosas con un propósito que, en principio, se supone que es la intermediación de santos y demás figuras sagradas en su proceso de curación y/o alivio, en clara convivencia con todo el despliegue científico y tecnológico que utiliza la institución hospitalaria para los mismos fines. Por lo menos, si esta última es incapaz de ofrecer dicha curación, al menos la religión ofrece la esperanza de una vida mejor: de seguir viviendo, en definitiva. Este es un aspecto que críticos de la religión, como Marx y Feuerbach, han considerado como sostén de las religiones. Para Feuerbach, la persistencia de lo que llama "miseria real" hará que la protesta en contra de esta continúe desembocando en la esperanza de un mejor "más allá" (Eliade, 1946).

Lo religioso es una dimensión transversal del fenómeno humano, que opera, de manera activa o latente, explícita o implícita, en todo el espesor de la realidad social, cultural y psicológica, según modalidades propias a cada una de las civilizaciones en el seno de las cuales uno se esfuerza por identificar su presencia. (Hervieu-Lèger, 2004: 18)

Lo que me sorprendió es que en los meses que hice mi trabajo de campo no tuve oportunidad de encontrarme con ningún paciente que se considerara abiertamente ateo, puede también que tal vez no lo manifestaban porque creían que de ese modo me ofenderían al considerarme voluntaria de Caritas. A lo sumo, vi personas que mostraban

cierto fastidio cuando alguno de los voluntarios intentaba hacer referencias a la religión, o ignoraban ciertos rituales religiosos, pero no me topé con nadie que me dijera “yo no creo en nada”. Lo que sí encontré es el enojo del que está enfermo con una entidad que en sus distintas versiones es descripto como todopoderoso y misericordioso lo que ahonda más el fastidio por no ser el destinatario de ese poder o esa misericordia. Eso se pone de manifiesto en cierto rechazo que sienten cuando alguno de los voluntarios se acerca porque directamente lo asocia a la religión de la organización del que forma parte. Pareciera que, mostrándole fastidio al voluntario, lo hiciera con la entidad que, para el paciente, éste representa.

3. 1 Porque creo en Dios hablo de Él.

Graciela y Katty llegan al hospital en su horario, van a la capilla, se colocan el guardapolvo y toman la imagen de yeso de la Virgen que está en la sacristía. Es una pequeña estatua con las características típicas de la Virgen María: manto celeste y mirada piadosa representando la madre que cuida y protege. Con ella recorren todas las salas, la apoyan con sumo cuidado en la mesa de almuerzo de los pacientes y empiezan a hablar con ellos de los distintos temas que los preocupan: el problema de salud, cómo llegaron hasta ahí, cuándo se internaron, el tratamiento, etc. Si los pacientes no hacen referencia a ella, ni Graciela ni Katty la mencionan; únicamente lo hacen si perciben que el paciente la mira o habla de ella. Entonces les ofrecen acompañarlos a pedir una intención y a rezar una oración. Los pacientes hablan de sus vidas, de las familias, del trabajo que tienen o que tuvieron. En las charlas con ellos siempre afloran sentimientos como el temor, la incertidumbre, el dolor y es cuando ellas le hablan de Dios si ellos lo permiten. Ambas dicen que están ahí para dar testimonio de su fe.

“Yo siento que la imagen de la Virgen crea un clima especial entre el paciente y yo” dice Graciela, “Además, Ella me puso aquí”. Graciela me cuenta que cuando era joven pertenecía a la “Legión de María”, un grupo de mujeres que rezan y en el que se hacían reuniones que se llamaban *Presidium*.

La Virgen te pedía que le ofrecieras algo de tu tiempo para hacer obra en su nombre. No tuve dudas, el hospital era el lugar ideal para eso. ¡Ahí había tantas almas que

necesitaban consuelo y apoyo espiritual! Yo me sentía preparada para llevar la palabra de Dios y la Virgen. En la iglesia a la que yo iba había una virgen de yeso que era llevada por un tiempo a la casa de quien lo necesitara. Hablé con el sacerdote y me dijo que la llevara tranquila, que él iba a conseguir otra. Así fue que la llevé al hospital y cada vez que me acerco a la cama de un paciente lo hago con la imagen de la Virgen.

Graciela me dice que ella considera que no hay dolor más grande para una madre que perder a su hijo y la Virgen representa la fortaleza y la aceptación de ese tremendo dolor. Explica que, en el hospital, muchas veces se encuentra con madres desoladas por la salud de sus hijos y ella las refiere a la Virgen y les pide que acepten esas pruebas que les pone la vida.

Asimismo, me explica que no todos los pacientes se muestran receptivos al mensaje religioso, pero ella siempre lo intenta porque cree que su deber es llevar la palabra de Dios al que sufre. Cuando Faustina –una paciente– le dice a Katty: “Me queda poco”, ella le toma la mano, la acaricia suavemente y le dice que Dios la cuida. Katty me cuenta que el hospital recibe pacientes muy mayores que atraviesan la última parte de sus vidas. Dice que, en general, no hablan de la muerte como el caso de Faustina, pero pudo comprobar que cuanto mayores son los pacientes más receptividad tienen al mensaje religioso. En Pérez (2006) se plantea la teoría de Erickson (1963) según la cual todas las personas en las diversas etapas de su vida atravesamos por una serie de momentos difíciles que permiten o no superar los cambios que se presenten en cada una de ellas, pero específicamente en la vejez, la crisis se relaciona con el balance que hace la persona de su vida en donde, por un lado, puede aceptar la manera como ha vivido, se muestra interesado por encontrar motivaciones y lograr un sentido de integridad, desarrollando lo que denomina el autor “sabiduría”, que le permite tener una mayor aceptación de su muerte. En el caso contrario al adulto mayor le puede sobrevenir la “desesperanza” en donde no acepta la realidad inevitable de los cambios y la muerte, siente que el tiempo y las oportunidades en su vida se han agotado, generando sentimientos de amargura y desesperación por el tiempo perdido, lo cual les hace difícil aceptar los cambios propios de esta etapa de desarrollo. Cuando se habla de la muerte se generan dos situaciones importantes, una es la que se produce como consecuencia del miedo que su proximidad produce y otra son las reacciones que el adulto

mayor produce ante ella. La muerte al ser algo desconocido y al no tener certezas sobre lo que se puede esperar después de que sobrevenga, genera en la sociedad occidental diversos temores o miedos, orientados principalmente al más allá, al juicio de Dios, pero sobre todo el miedo a enfrentar dolores físicos y el deterioro que muchas enfermedades producen (Viguera, 2005). Diversas sociedades las personas buscan respuestas para lidiar con la enfermedad, estas respuestas no sólo se basan en explicaciones científicas, pero también en abordajes de carácter sobrenatural. Frente a tales situaciones las personas recurren a seres sobrenaturales que puedan ejercer su poder de curación. Entre muchas personas de fe católica se acude a explicaciones de orden metafísico tratando de invocar a los seres sobrenaturales para que ejerzan su poder en la curación. De modo que se sigue un esquema mágico-religioso poniendo toda la esperanza en Dios, la Virgen o los santos para detener el curso de la enfermedad. Generalmente, esto es acompañado por distintas conductas de carácter ritual.

María me cuenta que ella siempre les ofrece rezar a los pacientes por su mejoría o para aliviar el dolor. Muchos aceptan y, generalmente, si hay familiares en ese momento, se unen y también participan. María sostiene que la oración es un gran bálsamo en los momentos de sufrimiento y cuando el paciente se muestra dispuesto a ello se crea una comunicación fluida con el voluntario. También genera un efecto que se replica en otras personas que están en la sala. En Campos et al. (2004) algunos autores hablan de la importancia de la religiosidad en situaciones de estrés como puede ser la estancia en un hospital. Hill y Pargament (2003) sostienen que las personas que indican tener fuertes creencias religiosas, en comparación con las personas con creencias más débiles, expresan un mayor bienestar. En situaciones de enfermedad, soledad y conflictos una respuesta frecuente para enfrentar tales situaciones es el aumento de los ritos privados (rezar, meditar y leer textos sagrados) y públicos (aumentar la asistencia a la iglesia). Los rituales religiosos mediante los rezos y el refuerzo de creencias pueden ayudar a provocar estados de tranquilidad, confianza y sentido en la vida (Levin, 1994). En la actualidad la sociedad se caracteriza por un alto desarrollo tecnológico y grandes avances en la ciencia, pero paralelamente existe un gran vacío existencial y carencias afectivas que se traducen en una mayor prevalencia a nivel mundial de cuadros como la ansiedad, la depresión y estrés que lamentablemente forman parte de la vida, desde edades muy tempranas. Tales efectos son

el resultado de un desdibujamiento de los patrones de conducta y de las instituciones del pasado lo cual contribuye a generar una sociedad del riesgo por las desregulaciones legales, los cambios en el ámbito del trabajo, el subempleo y la pérdida de relevancia de los estados. Beck (2015: 5) observó en su libro *La Sociedad del Riesgo* lo siguiente: [...] riesgo es el enfoque moderno de la previsión y control de las consecuencias futuras de la acción humana, las diversas consecuencias no deseadas de la modernización radicalizada.” Esas consecuencias se perciben principalmente en los pacientes más jóvenes que se ven afectados por esa sociedad del riesgo que fácilmente los descarta. Los más viejos la sufren de otra manera, posiblemente porque los jóvenes de quienes ellos muchas veces dependen están atrapados en esa red moderna pero totalmente impersonal.

Según Salgado (2014) las investigaciones científicas demuestran el rol fundamental que cumple la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores en las vidas de las personas, lo cual se manifiesta no solo en su salud, sino también en su manera de relacionarse con el entorno, afectando sus relaciones familiares, de pareja, académicas, laborales y sociales, influyendo en su visión acerca de sí mismo y del mundo que les rodea. Según la autora, el rol importante que juegan en el mundo moderno el logro, la acumulación y la independencia han generado un mayor desapego, soledad y descontento. Los lazos familiares, la pertenencia a la comunidad y el vínculo social han sufrido enormemente (Abi-Hashem, 2001, en Martínez, 2006).

El progreso científico no ha podido evitar, sin embargo, el sentimiento de desencanto que caracteriza al hombre contemporáneo (Delors, 1997). Purnell y Paulanka, en el 2005 (como se citó en Beltrán Guzmán, Torres, Martínez, Beltrán Guerra & Calderón, 2011) han señalado que el siglo XXI se consolida como la era de la diversidad, la misma que está caracterizada por la pobreza, la migración, así como los conflictos políticos y religiosos que conforman una gama multicultural a nivel mundial. De acuerdo a Jiménez (2005) vivimos en el contexto de una economía globalizada y en una cultura de modernidad tardía, en la que las dudas existenciales sobre el sentido de la vida y la propia identidad son fuente creciente de malestar y psicopatología. Ante este panorama, se ha investigado sobre los efectos que produce la religión, la religiosidad y la espiritualidad en las vidas de los seres humanos, hallándose que son factores protectores que permiten aliviar y mitigar el

sufrimiento, superar la adversidad, alcanzar un mayor bienestar, una mayor calidad de vida, una mayor capacidad de trascendencia, así como un sentido de plenitud y auto-realización. En general, mejoran la salud física y mental, ayudan a la prevención, aceleran la recuperación y promueven la tolerancia frente al padecimiento de enfermedades. También permiten enfrentar la discapacidad que es fruto de una enfermedad crónica.

El Padre Marcelo es muy querido por los pacientes y sus familiares. Guillermo, un hombre de aproximadamente sesenta años, acompaña a su madre desde el primer momento en que fue internada. Le pide a Raúl que le avise al sacerdote que debe darle la Unción de los Enfermos porque no quiere que su madre se vaya sin ella. Quiere además que su hija presencie la ceremonia porque desea que se quede con la impresión de que su abuela se va en paz, acompañada por el rezo familiar. Marcelo acude al día siguiente y cumple con lo pedido. El Padre habla largamente con Guillermo, lo acompaña, no necesita decirle de que Dios está con él, pues el paciente es muy creyente y lo sabe. Dice Marcelo: “Cuando un paciente o familiar me llama siento que mi tarea se completa. Dar testimonio de mi fe y acercar la palabra de Jesús al que está sufriendo le da un sentido totalizador a mi vida. Además, cuando alguien me llama específicamente, yo sé que confía en que yo represento, de alguna manera, un vínculo terrenal con lo sobrenatural”

Durkheim (en Joffre,2014) refiere que los rituales sobre la muerte y las actividades de conmemoración colectiva pueden beneficiar a los individuos y servir como una función social importante. Los rituales sirven para intensificar las emociones compartidas y establecer lazos de unión entre aquellos cuyas emociones se incrementan bajo la forma de un sentimiento de solidaridad. En los rituales que se realizan ante la proximidad de la muerte y a posteriori de la pérdida hay un modo de juntarse con otros y de sentir la cercanía de éstos. Cuando se enfrenta la muerte de un ser querido surge una sensación de unidad con los demás, que incluso provoca una renovación del interés por la vida. Los rituales refuerzan las emociones y fortalecen la cohesión y la movilización social. Conviene recordar aquí cómo Victor Turner define el ritual a partir de su descripción de los Ndembu¹⁴ y su ritualidad: “Entiendo por ritual una conducta formal prescrita en ocasiones no

14 Ndembú: Es un grupo nómada de aproximadamente 50.000 individuos que vive en el noroeste de Zambia.

dominadas por la rutina tecnológica, y relacionada con la creencia en seres o fuerzas místicas” (1967: 21) El sacerdote cumple en el hospital con todas las prácticas y rituales asociados a su fe y está siempre dispuesto a ayudar a quien lo requiera.

Las personas religiosas le dan mucha importancia a la participación en estas prácticas pues las ayudan a transitar los momentos dolorosos acompañados por familiares y por el sacerdote que, en ese momento difícil es el lazo que los une con una continuidad en otro estado de las cosas y producen la esperanza de un reencuentro. Siguiendo a Pargament (1997), para el familiar del paciente, ese ser querido deja de ser un “ser físico” para convertirse en un “ser espiritual”. El Padre Marcelo siempre resalta la importancia del rezo que puede realizar junto a los familiares. Aquellos que lo buscan sienten que la persona querida puede partir aliviado tranquilo después de recibir el Sacramento de la Unción de los enfermos ya que resulta absuelto de todos sus pecados. Es de destacar que el Concilio Vaticano II cambió el nombre de Extrema Unción por el de Sacramento de la Unción de los Enfermos. La última reforma para la administración de dicho sacramento está contenida en la publicación del año 1973, en un nuevo rito promulgado por el Papa Pablo VI, que afirma que la “Sagrada Unción de los Enfermos” es uno de los siete Sacramentos que enseña la Iglesia. Dicho sacramento confiere al enfermo la gracia del Espíritu Santo. Marcelo explica que, ante la muerte, la Iglesia católica proclama que Dios creó a cada individuo para la vida eterna, y que los cristianos deben regocijarse en la convicción de que Jesucristo -mediante su muerte y resurrección- alcanzó para todos, la vida eterna. Pargament (1997) afirma que -desde la perspectiva religiosa- los ritos de pasaje se dirigen al que ha muerto, así como a sus sobrevivientes a quienes confiere paz. Generalmente, salvo excepciones, el sacerdote lo realiza en presencia de familiares del paciente. Van Gennep (1981) estudió los ritos de pasaje y al definirlos, les atribuyó tres momentos: 1) separación; 2) un estado transicional de liminalidad, y 3) incorporación. Los símbolos típicos de la separación incluyen romper, rasgar, cortar, rasurar, desvestir; seguidos por un periodo liminal de aislamiento e instrucción mágica, y terminando con el restablecimiento de vínculos con la comunidad. Cuando el sacerdote realiza el ritual de la Unción, acompaña a la transición a un nuevo estado. Graciela, la voluntaria a la que he presentado como la más activa en el aspecto religioso, es además ministro de la Eucaristía lo que le permite dar la comunión y asistir al sacerdote en algunas tareas. De hecho, Marcelo la convoca a menudo cuando él no puede

asistir en ayuda de alguien por alguna razón. El sacerdote da todos los domingos la Misa para la comunidad del hospital. A ella asisten familiares de los internados, vecinos y hasta pacientes que, a pesar de estar internados, pueden movilizarse. Una vez por mes, ofrece una misa para el personal del hospital, la cual es muy concurrida. He dicho anteriormente que el sacerdote tiene muy buena relación con médicos y enfermeros con quienes conversa frecuentemente dentro de la comunidad hospitalaria. Sin embargo, en ocasiones hay tensiones entre el sacerdote y el personal médico, en esos casos puede percibirse que, especialmente entre algunos médicos a veces hay cierta resistencia frente al mensaje religioso del Padre. No obstante, la relación suele ser muy buena. En una oportunidad hablé con un médico sobre el tema. Me dijo: “Mirá, yo no creo, pero el cura tiene algo, un carisma especial, y a mí, que me revientan los chupacirios,¹⁵ él es un tipo que me llega. Tiene mucha humildad, es prudente. Yo le pondría un diez”.

3.2 Porque creo en Dios, dejo que me pidan por Él.

En nuestras charlas, la mayoría de los voluntarios me comentaron que prefieren no imponer el tema religioso en las visitas. Sienten que la persona que quiere rezar o hablar de su relación con Dios, lo tiene que pedir expresamente a ellos o al sacerdote.

En mi entrevista a Ernesto, le pregunto si habla con los pacientes desde lo religioso a lo que me contesta:

Si la persona habla de Dios, sí. No es algo que nadie nos impone. Vos te das cuenta cuándo la persona se resiste a eso. Yo entonces lo evito para no quebrar ese lazo de confianza que uno intenta crear. Por supuesto, más de una vez, sobre todo cuando el paciente es consciente de que se va a morir, en la medida de lo posible trato de conversar periféricamente sobre el tema, de que reflexionen por qué están enojados con quienes están enojados, les hablo del perdón e intento que se vayan de este mundo en paz. Es lo mejor que puedo hacer por ellos. Perdonar trae consigo un sentimiento de paz y sosiego que es muy beneficioso para el espíritu.

¹⁵ Expresión coloquial, despectiva que refiere a la persona excesivamente religiosa

Belbedresi (2006), reflexiona sobre el concepto de perdón en Ricoeur (2004). A partir del trabajo del filósofo francés, puede decirse que quien perdona está, de cierta manera, poniendo entre paréntesis la ofensa de la que ha sido víctima, de forma tal que acepta cesar en la prosecución de una reparación. El perdón es la intención de restaurar el equilibrio que se había roto por la ofensa. Es un gesto que el ofendido hace hacia el ofensor. Según Ricoeur, hay una relación entre memoria, olvido y perdón. Más que olvidar, el perdón supone la capacidad de recordar de forma saludable, es decir que la persona recuerde el pasado de forma saludable. Es un gesto desinteresado de la víctima. No es necesario que el que ofendió muestre arrepentimiento y pida perdón para que la víctima perdone.

Me dice Ernesto que ante la proximidad de la muerte hay una mayor receptividad al tema de Dios porque el ser humano se resiste a aceptar la finitud total. Le pido que me amplíe ese concepto a lo que responde que es muy difícil hacerse a la idea de que, en unos días, tal vez en unas horas, todo se acabe y ha podido comprobar que hasta el más reactivo por lo menos duda. “Es en ese momento cuando intento acercarle una luz de esperanza, de continuidad, y muchas veces surge la necesidad de perdonar y perdonarse”, dice. Según Palacios (2012) la visión de la vida después de la muerte -para el que quiere creer en ella- se va construyendo con el paso de los años, forjándose según los estilos de vida. En la medida en que las personas de edad avanzada van reduciendo sus necesidades de consumo, van limitando las relaciones sociales, disminuyendo su actividad sea por enfermedad, por decisión o porque se han retirado de la vida activa en concordancia van modificando su visión de la eternidad. Las personas mayores confían en la eternidad sobre la base de dos elementos esenciales: la recompensa y la compensación. La recompensa tiene que ver con las acciones realizadas durante la vida y la compensación refiere a aquello de lo que se careció. Las bienaventuranzas a las que se refiere el texto bíblico dan sustento a esa idea. De este modo, quienes son creyentes encuentran en el texto bíblico respuestas a las que han sido las incertidumbres de su vida.

Según Ernesto, al tratar con pacientes jóvenes, es más difícil encontrar ese resquicio por donde filtrase cuando hay mucha resistencia al tema religioso. El joven se siente fuerte,

a pesar de la enfermedad, siente que puede remontar la situación y entonces, si no hay una convicción previa, si no hay una fe bien desarrollada, el tema Dios no es abordado.

El grupo de jóvenes que concurre los sábados llega a los pacientes con sus canciones y una propuesta recreativa. Dialogan poco con los enfermos, pero generan una fuerte empatía con las personas internadas. Más de una vez, al entrar a una sala, son nombrados como los “ángeles cantores”, especialmente por los pacientes mayores. Tomás, el líder del grupo, aprovecha esas situaciones para decirles: “Nos manda Dios para que los entretengamos un ratito.” Sin embargo, es particularmente notorio el hecho que los jóvenes del grupo no conversan con los pacientes, se limitan a cantarles. Tomás me cuenta que el grupo original lo formaron jóvenes con profunda fe y formación religiosa. Luego se fueron incorporando otros, amigos de amigos, que no necesariamente compartían la creencia, pero como el objetivo era ayudar, eso pasó a ser secundario. De cualquier manera, antes de subir a las salas, el grupo lee un texto del Evangelio y reflexiona sobre ello.

Susana hace muchos años que trabaja en el grupo de Cáritas de su parroquia y como tal participa en el hospital. Define su trabajo en el San Ambrosio como un aporte a la salud espiritual de las personas internadas. Sin embargo, dice: “Yo no soy de hablar de religión. Graciela es la que más hace eso.” Susana entiende que, muchas veces, la gente asocia el tema de Dios con la institución Iglesia y eso le resta en vez de sumar. Como toda organización humana, explica, tiene muchos defectos y las personas lo relacionan con ellos. “Sin ir más lejos, yo siempre pongo entre paréntesis la acción de los curas. Me acuerdo de los relatos de mi papá que estuvo en la Guerra Civil Española y que me contaba que los curas confesaban a la mañana y a la noche marcaban a los que estaban en contra del régimen,” sentencia Susana.

Conversando con Raúl, él me dice que no está de acuerdo de hablar de Dios a menos que el paciente lo pida. En general, a los voluntarios se los asocia con lo religioso y a veces eso genera resistencia. Cuando se acercó a la cama de Horacio –un hombre promediando los cuarenta años, robusto y con manos gastadas por el trabajo– se produjo este diálogo: “No me venga a hablar de Dios que no quiero escuchar.” Raúl se sorprende, pero no reacciona. “No vengo a hablar de Dios, vengo a preguntarte si necesitas algo y de paso conversar un rato.” Horacio casi grita: “Necesito irme”. Raúl se queda en silencio al

lado de la cama. Le pregunta qué motivó su internación. Con desgano Horacio empieza hablar. Le cuenta que era diabético sin saberlo y cuando lo supo estaba muy avanzado. Está teniendo problemas en la vista y en un pie. Sigue hablando y dando detalles de la enfermedad. Habla de la preocupación por su esposa si él no puede seguir trabajando. Raúl escucha y asiente. Pareciera que Horacio no puede parar de hablar. Raúl sigue escuchando sin decir palabra. Siente que, aunque no lo nombren, Dios hizo el milagro de poder entablar un vínculo con Horacio.

3.3 *“Yo de eso no me ocupo”*

Esas fueron las palabras de Alicia cuando le pregunté si se acercaba a las personas internadas con un mensaje religioso. Considera que su tarea es ayudar al que lo necesita, pero no se siente capacitada para hablar de Dios. Dice que eso es algo muy personal y no quiere interferir. Le pregunto si es creyente. Hace un gesto negativo, pero no lo verbaliza. Tampoco afirma que no lo sea. No sé si hay cierta desconfianza en decirlo dadas las características del grupo. Puede ser también que ella infiera que por pertenecer al grupo yo sí la tenga y entonces ejerza inconscientemente una auto-censura. Pude apreciar a lo largo del trabajo de campo que hay varias personas cuyo único objetivo es colaborar en cosas concretas o escuchar activamente y acompañar, pero no se aventuran en el tema religioso. Dice Matilde:

Antes yo era de las de Rosa, pero cuando me cansé de hacer sociales y trabajo administrativo, pensé en ir a trabajar al Roffo. Después me enteré que estaba el grupo de Cáritas, me presenté al Padre y me aceptó. Te digo, al principio temía que la cosa fuera “demasiado religiosa” (se ríe) y le dije al Padre... mire, yo no sé mucho de religión. Él me contestó: “con que quieras ayudar es suficiente”. Y así fue. Yo no soy santulona como Graciela que anda con la virgen por todos lados. Mi interés está en ser útil para el prójimo.

Matilde me comenta que, cuando conversa con algún paciente y comprueba que hay una fuerte necesidad de un mensaje espiritual o religioso directamente habla con el sacerdote y le dice que él se acerque. Observar a Matilde y ver toda la actividad que despliega cuando está en el hospital, el tiempo que dedica para reunir donaciones, las acciones directas de ayuda para con familiares de los pacientes permite apreciar que tanto

ella como otros voluntarios se desprenden del discurso católico institucional para concentrarse en sus tareas. En ella se percibe un compromiso con el trabajo voluntario, una identificación con el otro que da sentido a su donación y que, además se ve compensada por la reciprocidad emocional que consigue. Grassi (2017) reflexiona sobre la intersubjetividad que se da en el intercambio de dones a través del amor y la caridad. Analiza un trabajo de Ricoeur, “El socio y el prójimo” en el que elabora, a partir de la parábola del buen samaritano, la idea de prójimo y socio. Mientras que los hombres que no auxiliaron al herido estaban ocupados en sí mismos y sus obligaciones, el samaritano cambia de ruta y se dispone a un encuentro interpersonal. Para eso es necesario estar en estado de disponibilidad. El mundo del prójimo es el de las relaciones cortas, inmediatas, presenciales, en el encuentro de persona a persona; el mundo del socio es el de las relaciones largas, mediadas, cada vez más extensas, más complejas y abstractas. Según él, deberíamos reflexionar sobre cómo combinar sinérgicamente las relaciones personales y los compromisos comunitarios, por un lado, y las relaciones impersonales en las sociedades y los colectivos, por otro. El Concilio Vaticano II, propone superar la ética individualista y actuar a través de las instituciones cuando sostiene que el hombre tiene un deber de justicia y caridad contribuyendo cada uno al bien común según la propia capacidad y la necesidad ajena. Ricoeur relaciona el don con el ágape, en el que se acentúa el don sin espera de retorno. Esto reafirma el concepto de generosidad. No existe la obligación de devolver. La generosidad del que da debe transformarse en gratitud. Esta gratitud vuelve en reciprocidad. Prójimo, próximo, socio, cualquiera sea el término que le demos a ese otro al que nos acercamos es una situación de encuentro. Nuestra sociedad muchas veces alienta el anti-encuentro usando la violencia para resolver los problemas. Víctima, como tantos otros de esa violencia, Emmanuel Levinas propone un acercamiento responsable al otro. Dice en “Ética e infinito” (1991: 92): “Es que la relación intersubjetiva es una relación asimétrica. En este sentido, yo soy responsable del otro sin esperar la recíproca, aunque ello me cueste la vida. La recíproca es asunto suyo. Precisamente, en la medida en que entre el otro y yo la relación no es recíproca, yo soy sujeción al otro; y soy sujeto esencialmente en ese sentido. Yo soy quien soporta todo”.

Gabriel Marcel hace un rico aporte al tema de la intersubjetividad. Dice el filósofo francés: “Desde muy temprano se opera en el ser humano una conjunción, una articulación

entre esa conciencia de existir que, sin duda, no tenemos razón valedera para negar al animal, y la pretensión de hacerse reconocer por el otro –ese testigo, esa ayuda, o ese rival, o ese adversario que, a despecho de lo que se haya podido decir, es parte integrante de mí mismo, pero cuya posición puede variar casi indefinidamente en mi campo de conciencia”. (Marcel, 1954: 17-18).

Según él, cuando percibo mi propia experiencia, puedo comprender mejor la experiencia del otro. Si me comprendo, puedo comprender al otro. Esa comprensión de sí mismo no es egocéntrica, permite llegar a los otros seres. Para Marcel, la intersubjetividad efectiviza la relación con lo trascendente y las relaciones con el prójimo y con uno mismo.

Cuando un voluntario me dice “yo de eso no me ocupo, yo solo quiero ayudar” alejándose aparentemente de cualquier discurso religioso institucional, en realidad se está ocupando del otro como versión máxima de lo humano: ese otro que está sufriendo y que no es otro que otra versión de él mismo.

IV. CONCLUSIONES

¿Cómo es observar etnográficamente algo que se conoce desde adentro por haber estado ahí antes? ¿Cómo evitar los preconceptos? ¿Cómo eludir el sesgo? Ese fue el desafío al que me enfrenté cuando inicié el trabajo de campo con el grupo de voluntarios de Cáritas del Hospital San Ambrosio. Yo había sido uno de ellos un tiempo atrás. ¿Tendrían mis mismas motivaciones? ¿Se comportarían igual? Hubo que tomar distancia y observar cuidadosamente, estar atento a los gestos, los diálogos, el manejo de los espacios. Como Hernández y Althabe (2005) proponen, el investigador debe hacer de la observación-participante la herramienta a preservar a lo largo de todo su trabajo. El “participar” supone que, una vez en el campo, el investigador se integra a la dinámica de las relaciones sociales, y convierte al campo en un laboratorio. Durante mi trabajo pude ingresar a esa dinámica resignificando mis experiencias como voluntaria y descubriendo situaciones relacionales nuevas en cada encuentro.

Mi hipótesis de trabajo fue el resultado de mi propia sensación de *outsider* cuando me había visto trabajando con los voluntarios de un grupo católico sin adherir plenamente ni ser eco de su discurso. ¿Cuántos había como yo? Como presumía y pude comprobar después, había más de los que pensaba. “Yo de eso no me ocupo” fueron las palabras de Alicia que sellaron su prescindencia del discurso religioso. Y como ella, otros tantos. La religiosidad, sin embargo, estuvo presente a lo largo de toda la investigación. Las personas con las que trabajan los voluntarios están en menor o mayor medida, atravesando una situación crítica con su salud y son realmente muy pocas las que evaden el impulso a acudir a esa parte de lo cultural a la que todos los pueblos recurren. Pude ver en el hospital las múltiples religiosidades que se expresan en ese ámbito, desde las correspondientes a las religiones tradicionales como las nuevas manifestaciones de religiosidad popular que según Viotti (2015) resultan de los movimientos Nueva Era.

Para adentrarme en el mundo de este grupo de voluntarios, trabajé con cuatro ejes conceptuales sobre los cuales me apoyé en mi investigación: 1) cuánto del “dar, recibir y devolver” de Mauss está presente en su tarea. 2) Qué relación existe entre las motivaciones de los voluntarios y sus biografías. 3) Qué prácticas de cuidado los ayudan a llevar adelante la acción y 4) Qué del mundo de las emociones interviene en las prácticas.

Al revisar el concepto de don de Mauss me pregunté si existía entre los voluntarios y sus acciones una relación de características casi contractuales sugeridas a partir de la obligación de devolver. ¿Tienen estos voluntarios una relación con el poder político que permita intuir algún tipo de recompensa material o simbólica? ¿Está en juego algún reconocimiento jerárquico dentro del grupo? No. “Yo solo quiero ayudar” fueron las palabras de Matilde. Y esto se percibió en todos los voluntarios. Ni siquiera hubo la decisión explícita de ofrecer un discurso religioso, aunque algunos de ellos de hecho lo hicieran. Lo que siempre estuvo presente fue el imperativo moral de “devolver” algún bien recibido. Cuando Mauss habla de devolver lo hace pensando en el valor simbólico que subyace en ese hecho. Ni siquiera existe la necesidad de devolver al que ofreció el don. Es el acto de reciprocidad en sí el que tiene valor. Existe sí, una recompensa no inicialmente buscada y es la satisfacción de hacer algo por otro.

Al indagar sobre las motivaciones de los voluntarios y siguiendo a Chacón y Vecina (2009), que habla de la decisión libre de ayudar a otro que está desvalido material y espiritualmente, podría decir que ésta es la motivación conductora del grupo. A su vez, todos manifiestan sentirse mejor como personas al hacer esto, eleva su autoestima. Y eso es lo que reciben a cambio. Rescato aquí mi propio sentimiento cuando estuve en esa tarea. Quería agradecer algo concedido ofreciendo mi tiempo, pero me veía ampliamente gratificada por lo que hacía. A partir de esta experiencia, busqué en las historias de vida de los voluntarios la motivación que los llevó a hacer lo que hacían. Fueron episodios difíciles de la vida de cada uno lo que los condujo hasta ahí. Pero fue el caso del sacerdote el que resonó muy fuerte. “El hospital es el mejor complemento de mi vocación sacerdotal” me dijo en una entrevista. “Cuando estoy aquí, siento que me completo.” Un hombre joven que describe el llamado del que habla Ortega y Gasset.

Las prácticas de cuidado son aquellas acciones que se basan en las creencias, costumbres, hábitos y rituales, que los miembros de cada comunidad llevan a cabo con el propósito de promover el buen desarrollo de sus miembros. En el ámbito hospitalario son importantes de analizar. ¿Cómo cuida un voluntario en un lugar en el que hay personal especializado para tal fin? En el grupo de voluntarios, las acciones de cuidar estaban relacionadas con ayudar con el alimento, proveer elementos necesarios para la higiene personal y otros materialmente tangibles. Pero el principal gesto de cuidado estaba en la escucha activa: la predisposición para recibir y motivar la expresión del estado de ánimos, de la preocupación, de la incertidumbre. En palabras de Ernesto, “es todo un arte”. En general, al paciente no le falta cuidado instrumental. La mayoría de las veces la necesidad pasa por desahogar las angustias, sentirse escuchado y comprendido, aliviar la carga que significa encontrarse en estado de vulnerabilidad. Otro aspecto del cuidado que aparece como relevante es lo que hace a la gestualidad: hacer una caricia, acomodar una sábana, cepillar el cabello, masajear los brazos o piernas. Los pacientes sienten que ese contacto físico los acerca más a un bienestar emocional.

Releyendo a Dominguez Mon (2017) me pregunté si el cuidado en San Ambrosio era “cosas de mujeres” y si bien había más mujeres que hombres entre los

voluntarios el número de varones o mujeres no tenía que ver con un predominio del género. La recepción hacia ambos era similar.

Finalmente, las emociones son protagonistas en múltiples situaciones en las que el cuerpo resulta afectado. Clough (2008) y su idea de cuerpo como proceso de mediación biológica y no como organismo nos alejan de la visión dicotómica de cuerpo y mente. En el hospital, la vida emocional subjetiva y el cuerpo forman una trama compleja en la que los límites son difíciles de marcar. De hecho, no existen, pero allí, los que atienden el cuerpo no parecen percibirlo, la emocionalidad queda muchas veces a la deriva.

A modo de cierre, diría que pude comprobar que la acción de los voluntarios excede ampliamente el discurso de la institución religiosa que los contiene. Existe en ellos una vocación por la entrega al otro y una profunda satisfacción en este hecho. Muchas veces, al comentar con familiares y amigos mis experiencias de trabajo de campo más de uno me dijo con gesto incrédulo: “¿pero esos voluntarios son todos santitos?” En realidad, hay una altísima posibilidad de que no lo sean, pero en mi proceso de observación no pude percibir conflictos, ni intereses mezquinos ni actitudes reprochables. Hoy, frente a esta tragedia global del Covid 19 que dejó al descubierto miserias y carencias, pero a su vez exhibió el progreso irrefrenable de la ciencia, los “santitos” del San Ambrosio lamentablemente no pudieron asistir y así colaborar con algo de luz en medio de tanto dolor mundial.

V. BIBLIOGRAFÍA CITADA

Amaral, L. (1999). Sincretismo em movimento: o estilo Nova Era de lidar com o sagrado. *A nova era no Mercosul. Petrópolis: Vozes*, 47-79.

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, (28), 11-35.

Aranguren, L. (2009). Cuando la solidaridad se hace mapa. *L., Aranguren, M., Ardanaz, C., García-Rincón, A., López, F., Mejia & L., Medina. (2009)*, 27-36.

Bauman, Z. (2013). *La cultura en el consumo de la modernidad líquida*. Fondo de cultura económica.

Beck, U., & Rey, J. A. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Benedicto, XVI. (2006). *Deus caritas est* (Vol. 28, No. 5). Ediciones Encuentro.

Bertucci, J. (2002) “Una tendencia en ascenso - El voluntariado fortalece nuestra sociedad civil”.

Bianchini Matamoros, M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13(2-1-2), 189-192.

Black, B., & DiNitto, D. M. (1995). Volunteers who work with survivors of rape and battering: Motivations, acceptance, satisfaction length of service, and gender differences. *Journal of Social Service Research*, 20(1-2), 73-97.

Blanchard, J. A. (2006). Hospital volunteers: a qualitative study of motivation. *Int J Volunt Adm*, 24(2), 31-40.

Bordes, M., & Saizar, M. (2018). " De esto mejor ni hablar": omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios. *Sociedad y religión*, 28(50).

Bourdieu, P. (1997). Razones prácticas. *Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama, 233.

Butcher, J. (1996). *El arte de dar: factor olvidado del desarrollo* (Doctoral dissertation, el autor).

Campos, M., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumáticos: un estudio longitudinal sobre el 11-M. *Ansiedad y estrés*, 10.

Capner, M., & Caltabiano, M. L. (1993). Factors affecting the progression towards burnout: A comparison of professional and volunteer counsellors. *Psychological Reports*, 73(2), 555-561.

Carozzi, M. J. (2000). *Nueva era y terapias alternativas: construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina.

Centeno-Cortés, C. (2017). Compasión. Corazón del ejercicio de la Medicina. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, (54), 289-294.

Chacón Fuertes, F., Vecina Jiménez, M. L., & Dávila de León, M. C. (1998). Mujer y voluntariado: motivaciones para la participación. *Intervención psicosocial*, 7(1), 169-179.

Chacon, F., & Vecina, M. L. (2002). *Gestión del voluntariado*. Síntesis.

Ciardiello, M. (2018). Religión, religiosidad y espiritualidad: Problematizando las (complejas) relaciones entre teoría sociológica y teoría social. In *X Jornadas de Sociología de la UNLP 5 al 7 de diciembre de 2018 Ensenada, La Plata*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.

Clary, E. G., & Snyder, M. (1991). *A functional analysis of altruism and prosocial behavior: The case of volunteerism*. In M. S. Clark (Ed.), *Review of personality and social psychology*, Vol. 12. *Prosocial behavior* (p. 119–148). Sage Publications, Inc.

Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. D., Copeland, J., Stukas, A. A., Haugen, J., & Miene, P. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of personality and social psychology*, 74(6), 1516.

Clough, P. T. (2008). (De) coding the subject-in-affect. *Subjectivity*, 23(1), 140-155.

Comas D'Argemir, D. (1995). Trabajo, género y cultura. *La construcción de desigualdades entre hombre y mujeres*. Barcelona, España. Icaria.

d'Argemir, D. C. (2017). El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, (22 (2)), 17-32.

Cyr, C., & Dowrick, P. W. (1991). Burnout in crisisline volunteers. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 18(5), 343-354.

de Jong Gierveld, J., Keating, N., & Fast, J. E. (2015). Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 34(2), 125-136.

Coelho, M. E. D. M., & Ferreira, A. C. (2015). Cuidados paliativos: narrativas del sufrimiento en la escucha del otro. *Revista Bioética*, 23(2), 340-348.

de Critto, S. S., & Karl, I. (1998). *Voluntariado: una forma de hacer y de ser*. Ciccus.

Doblas, J. L., & Conde, M. D. P. D. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), 085.

Doppler, S. (1997). *Voluntarios y cooperantes: guía práctica para el trabajo solidario: social, cultura, desarrollo, medio ambiente: España, extranjero*. Ediciones Delfín.

Durkheim, E. (1982). *Las formas elementales de la vida religiosa* (Vol. 38). Ediciones Akal.

Eliade, M. (1996). A ESPAÑA DE UNAMUNO. *Claves de razón práctica*, (67), 6-7.

Erikson, E. H. (2004). *Sociedad y adolescencia*. Siglo XXI.

Esteban, M. L. (2011). Crítica del pensamiento amoroso: Temas contemporáneos. *Crítica del pensamiento amoroso*, 1-496.

Faur, E. (2019). *El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Siglo XXI Editores.

Frankl, V. (2004). El hombre en busca de sentido. *El hombre en busca de sentido*, 9-157.

Freeman, R. B. (1997). Working for nothing: The supply of volunteer labor. *Journal of Labor Economics*, 15(1, Part 2), S140-S166.

Fuentes, M. P., & da Silva Vieira, M. D. F. (2017). Una mirada antropológica en torno al cuidado. Desafíos y oportunidades. *Documentación social*, (187), 13-28.

Gadamer, H. G., & Olasagasti, M. (1992). Verdad y método.

García Roca, J. (1999). La larga marcha del voluntariado. *Psychosocial Intervention*, 8(1), 15-30.

Geertz, C. (2000). *La interpretación de las culturas* (Vol. 1). Barcelona: Gedisa.

Glass Jr, J. C., & Hastings, J. L. (1992). Stress and burnout: Concerns for the hospice volunteer. *Educational Gerontology: An International Quarterly*, 18(7), 715-731.

Godbout, J. (1997). *El espíritu del don*. Siglo XXI.

Godbout, J. T. (2004). De la continuité du don. *Revue du MAUSS*, (1), 224-241.

Godelier, M. (1998) El enigma del don. Ed. Paidós, Madrid.

González, J. S., & Ruiz, M. D. C. S. (2012). El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, (21), 19-27.

Grassi, M. (2013). El encuentro intersubjetivo y sus mediaciones en la fenomenología hermenéutica de Paul Ricoeur.

Guber, R. (2001). La etnografía: método, campo y reflexividad. *Colombia: Grupo Editorial Norma*.

Haber, M. (2020). ¿Qué es el giro afectivo? *Diferencias*, 1(10).

Hernández Calderón, K.A y Lesmes Silva, A.K. (2018). La escucha activa como elemento necesario para el diálogo. *Convicciones*, 9(1): 83-87

Hervieu-Leger, D. (2008), *O peregrino e o convertido - a religião em movimento*. Petrópolis: Vozes.

Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American psychologist*, 58(1), 64.

Huercanos Esparza, I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas, 2010; 6 (1).

Informe Naciones Unidas sobre el Voluntariado en el Mundo en 2018: El lazo que nos une. P.1

Jaspers, K., & Torres, M. L. P. (1983). *Iniciación al método filosófico*. Espasa-Calpe.

Joan, T. (2009). Un monde vulnérable, pour une politique du care. *Paris, La Découverte «Textes à l'appui. Philosophie pratique*.

Kliksberg, B. (2006). Siete tesis sobre el voluntariado en América Latina. *Recuperado de <http://www.redivu.org/docs/publicaciones/sietetesis.pdf> el, 2.*

Lafer, B. (1991). The attrition of hospice volunteers. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 23(3), 161-168.

Lara, A., & Enciso Dominguez, G. (2013). The Affective Turn. *ATHENEA DIGITAL*, 13(3), 101-120.

Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Arendizaje situado: participación periférica legítima*. Cambridge university press.

Levin, J. S. (1994). Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? *Social science & medicine*, 38(11), 1475-1482.

Levinas, E. (1993). El tiempo y el otro [traducción de José Luis Pardo Torío].

Malinowski, B., & Pérez-Ramos, A. (1985). *Magia, ciencia, religión*. Planeta-agostini.

Malinowski, B., & Pérez-Ramos, A. (1985). *Magia, ciencia, religión*. Planeta-agostini.

Marcel, G. (1954). *Prolegómenos para una metafísica de la esperanza*. Nova.

Mon, A. D. (2015). El cuidado invisible: RAICES (Red Argentina de Investigaciones en Cuidados de la Salud). In *XI Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Lizarraga-Mansoa, S., Ayarra-Elia, M., & Cabodevilla-Eraso, I. (2005). Atención a la familia del paciente al final de la vida. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 12(10), 692-701.

López Cabana, M. y Chacón, F. (1997) Intervención psicosocial y servicios sociales: un enfoque participativo

Louro Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista cubana de salud pública*, 29(1), 48-51.

Massumi, B. (1995). The autonomy of affect. *Cultural critique*, (31), 83-109.

Macón, C. (2013). SENTIMOS ERGO SUMUS: El surgimiento del “giro afectivo” y su impacto sobre la filosofía política. *Revista Latinoamericana de Filosofía Política*, 1-32.

Marcel, M. (2009). *Ensayo sobre el don: Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Katz Editores.

Coelho, M. E. D. M., & Ferreira, A. C. (2015). Cuidados paliativos: narrativas del sufrimiento en la escucha del otro. *Revista Bioética*, 23(2), 340-348.

Meza Salcedo, G. (2018). El cuidado para la humanidad: una mirada desde la antropología de la ternura.

Mora Rosado, S. (1996). El fenómeno del voluntariado en España: aproximación a la evolución del término (De la opacidad a la mitificación).

Neira, M. M. P. (2013). Acercamiento teórico al concepto de solidaridad. *Realitas: revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(1), 42-50.

Nisis de Rezepka, S. (1999). El amor como fundamento de la salud física y psíquica. *Conversando con Humberto Maturana*.

Ochoa, B. (2000): Reflexiones basadas en los resultados obtenidos por entrevistas en torno al voluntariado hospitalario en Navarra. Barcelona: IV Congreso Europeo de Pedagogía Hospitalaria

Omar, A. G. (1987). Percepción de la vejez en diferentes estratos cronológicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19(2), 147-158.

Omoto, A. M., Snyder, M., & Berghuis, J. P. (1993). The psychology of volunteerism: A conceptual analysis and a program of action research.

Ortega y Gasset, J. (2004). Obras completas. Tomos IX. *taurus, Madrid, 2010*, 527-608.

Paradis, L. F., & Usui, W. M. (1989). Hospice staff and volunteers: Issues for management. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7(1-2), 121-140.

Pargament, K. I. (1997). The psychology of religion and coping: Theory, Research. *Practice*, 1.

Penner, L. y Finkelstein, M., (1998). "Dispositional and Structural Determinants of Volunteerism" *Psychology Faculty Publications*. 759.

Pérez, R. (2006). Estrés y longevidad. Reflexiones acerca del tema desde una perspectiva psicológica. *línea* < http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/estres_y_longevidadl.pdf > [consulta: 04 Agosto 2007, 20:02 hrs].

Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta bioethica*, 12(2), 231-242.

Fuentes, M. P., & da Silva Vieira, M. D. F. (2017). Una mirada antropológica en torno al cuidado. Desafíos y oportunidades. *Documentación social*, (187), 13-28.

Ramírez Plascencia, J. (2013). La retórica católica sobre el trabajo voluntario a la luz de los discursos de Benedicto XVI. *Culturales*, 1(1), 27-52.

Ricœur, P. (1955). Le socius et le prochain. *Histoire et vérité*.

Rodríguez, L. V., & Morales, A. V. (2013). Percepciones y motivaciones sobre el voluntariado. *Revista Eleuthera*, 9, 116-131.

Salgado, A. C. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y representaciones*, 2(1), 121-159.

Sanborn, C., & Portocarrero, F. (2008). *Filantropía y cambio social en América Latina*. Universidad del Pacífico. Centro de Investigación.

Sancho, M. G. (1998). Dolor y sufrimiento. El problema del sentido. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 5, 144-158.

Semán, P., & Battaglia, A. (2012). De la industria cultural a la religión: nuevas formas y caminos para el sacerdocio. *Civitas-Revista de Ciências Sociais*, 12(3), 439-452.

Seman, P. F., & Viotti, N. (2015). El paraíso está dentro de nosotros: La espiritualidad de la Nueva Era, ayer y hoy.

Siles González, J., & Solano Ruiz, M. D. C. (2012). Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 1015-1022.

Silva Peralta, Y. (2012) Revisión teórica realizada por el grupo “Tercer Sector” de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Nacional de Mar del Plata (FCE y S-UNMDP),

Smith, D. H. (1981). Altruism, volunteers, and volunteerism. *Journal of Voluntary Action Research*, 10(1), 21-36.

Solana, M. (2020). Giro afectivo y giro a la imagen: un encuentro indisciplinado. *Heterotopías*, 3(5), 1-6. Recuperado a partir de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/heterotopias/article/view/29096>

Solimine, M. A., & Hoeman, S. P. (1996). La espiritualidad: una perspectiva de rehabilitación. *Enfermería en rehabilitación: progreso y aplicación*.

Sontag, S. (1978) La enfermedad y sus metáforas. Muchnik

Tavazza, L., & Mancini, S. (1995). *El nuevo rol del voluntariado social*. Lumen.

Terradas Saborit, I. (2002). La reciprocidad superada por la equidad, el amor y la amistad.

Torralba, F. (2002). Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas. Editorial Institut Borja de Bioéti-ca. *Mapfre Medicina. Madrid*.

Turner, V. (1967). Símbolos en el ritual ndembu. *Lecturas de Antropología Social y Cultural*, 425.

Torrejón, M. J., & Urquiza, C. M. (2005). Imaginario Social en la colaboración: voluntariado y solidaridad. Santiago de Chile: Revista Mad, N° 13.

Van Gennep, A. (1986). Los ritos de paso. Taurus, Madrid.

Viguera, V. (2005). Los miedos en los adultos mayores. *Recuperado Enero*, 8, 2007.

Viotti, N. (2017). La Antropología de la Religión: una ciencia infiel.

Viotti, N. (2018). Más allá de la terapia y la religión: una aproximación relacional a la construcción espiritual del bienestar. *Salud colectiva*, 14, 241-256.

Waldow, V. R. (2014). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería*, 23(4), 234-238.

Winniford, J. C., Carpenter, D. S., & Grider, C. (1995). An analysis of the traits and motivations of college students involved in service organizations. *Journal of College Student Development*.

Wuthnow, R. (1995). *Learning to care: Elementary kindness in an age of indifference*. Oxford University Press.

Wymer Jr, W. W. (1999). Hospital volunteers as customers: Understanding their motives, how they differ from other volunteers, and correlates of volunteer intensity. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 6(2-3), 51-76.

Yoffe, L. (2012). Efectos positivos de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances en Psicología*, 20(1), 9-30.

Yoffe, L. (2014). Rituales funerarios y de duelo colectivos y privados, religiosos o laicos. *Avances en Psicología*, 22(2), 145-163.

Zapata, L. (2005). *La mano que acaricia la pobreza: etnografía del voluntariado católico*. IDES, Centro de Antropología Social.