

Ética, Humanismo y Sociedad

Refugios para el corazón

José Carlos Bermejo

Religioso Camilo. Director del Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos, Madrid, España.

Refuge of the heart

Hace poco, en un interesante documento, llamado *Misericordia et Misera*, el papa decía: “*Todos tenemos necesidad de consuelo, porque ninguno es inmune al sufrimiento, al dolor y a la incomprensión. Cuánto dolor puede causar una palabra rencorosa, fruto de la envidia, de los celos y de la rabia. Cuánto sufrimiento provoca la experiencia de la traición, de la violencia y del abandono; cuánta amargura ante la muerte de los seres queridos*”.

Ciertamente, hay muchos sufrimientos que serían evitables, particularmente aquellos que nos procuramos unos a otros las conductas provenientes del rencor, la envidia, los celos, la traición, la violencia, el abandono, a los que se refiere el texto. Pero efectivamente, nadie es inmune al sufrimiento que éstas y otras causas, producen en las personas.

En todo caso, aun en los males que sufrimos y podrían haber sido evitados, como también en los males inevitables procedentes de algunas pérdidas y de la misma naturaleza que nos hace vulnerables, los seres humanos necesitamos refugiarnos en algún lugar para aliviarlos. Somos las personas los mejores refugios unos de otros. El corazón roto necesita ser hospedado por otro corazón hospitalario y compasivo dispuesto a apoyar y confortar.

Al calor del refugio

Es cierto que necesitamos la soledad para elaborar nuestros males, para dar espacio a la reflexión, a la conciencia del daño sufrido, de la pérdida experimentada, para adaptarnos, e incluso para hacer nuestros procesos de pacificación y de perdón –si es el caso- al origen del mal.

Pero el corazón humano requiere también apoyarse en el otro, en alguien comprensivo, hospitalario que, sin juzgar ni convertirse en guía autoritaria o mágica que quiera guiar nuestra vida, sepa acompañarnos en nuestro malestar. Superadas formas de ayuda basadas en los tópicos, la vida de los demás puede ser el mejor refugio cuando la

nuestra nos desespera. El refugio no evita las tormentas, pero protege de ellas y de su virulencia. La compasión del prójimo es un refugio para el sufrimiento de quien tiene el coraje de dejarse ayudar.

El verdadero refugio para el corazón no es aquel que niega la crudeza de las amenazas de los temporales vitales. Quien encuentra un refugio, no tiene como fin dejar de mirar a la tormenta de su corazón para esconderse de ella o vivir a espaldas de ella, sino para no dejarse hundir por ella y, arropado por las defensas, mirarla desde otro ángulo más protector para uno mismo.

El poder del significado

Cada vez me siento más convencido del poder que tiene la capacidad humana de significar, particularmente ante la adversidad. No es solo la intensidad del mal, de cómo arrecia, o del ruido de los truenos o fuerza de las olas o del viento internos. Los seres humanos tenemos la libertad de dar un significado a lo que nos acontece. Por eso, el sufrimiento no es siempre proporcionado a la intensidad de la amenaza, sino al significado que damos a la misma. Un mismo trauma puede ser mortal para una persona, o trampolín para rebotar o, al menos, no sucumbir ni dejarse vivir.

A significar aprendemos. Nos influyen los medios de comunicación, la cultura, el proceso de introyección de arquetipos... “Estamos perdidos”, “es lo peor que me podía pasar”, “no puedo con ello”, “es un desastre”, “no tiene sentido”... son posibles expresiones con las que describimos el modo como vivimos una experiencia adversa. Este significado no viene en el hecho. Es resultado de nuestra libertad, de nuestra elección, junto con los influjos de los que somos víctimas en nuestra vida.

Refugiarse en otra persona cuando vivimos temporales vitales, puede tener el riesgo de buscar en ella un espacio para regodearnos en nuestro mal y reforzar esos significados que, de alguna forma, parece que nos confortan porque ponen al culpable fuera, suben el volumen de

Ética, Humanismo y Sociedad

la experiencia negativa, nos colocan en actitud pasiva y no reclaman nuestra responsabilidad ante el mal. Un consuelo superficial, un refugio engañoso sería aquel que nos da la razón en estas significaciones primeras, cómodas a primera vista, que producen una sensación muy pasajera de confort, como si nos envolvieran en piel de osito.

El refugio válido en la adversidad del corazón, es aquel que contribuye a buscar alternativas, que confronta miradas de pasividad o victimización, que acompaña a identificar las fuerzas internas para enfrentar las tormentas. Tenemos más recursos de los que nos parece cuando miramos agazapados, atemorizados por “el ruido” de la tempestad. El mundo no necesariamente termina con nuestro problema, ni nuestra vida tiene por qué cerrar por claudicación en la lucha.

La libertad de significar

Aunque somos hijos de una cultura en la que nos encanta la libertad de elección, puede que busquemos refugio engañosamente en lo cómodo. Es más fácil atribuir la culpa del propio malestar a quien nos hirió, a la naturaleza, al sinsentido, a la fatalidad. Es más fácil entregar los brazos flácidos a la rendición, a la espera de que quién sabe qué fuerza nos levante.

Es más comprometido aceptar el refugio que estimula al cambio, a la promoción de la propia autonomía, a la responsabilidad en la asignación de significados posibles que damos al trauma. El verdadero refugio es aquella persona que se convierte no en hogar de huida, sino en cora-

zón que contribuye a hacer circular la sangre de la vida, del compromiso por ser feliz, por superar la adversidad, colocando el significado adecuado, aquel que no nos derrumbe ni nos instale en la pasividad.

Las relaciones de ayuda, entre las que se sitúa el *counseling* pueden constituir un sano refugio para el corazón de quien se siente herido por alguna causa, una mansión donde la necesidad y el dolor encuentran un reparo, un asiento, pero no para quedarse en él lamentándose del temporal, sino para seguir el camino responsable de abordaje de las dificultades.

Así, ayudar a mirar de una manera libre a los problemas, confrontar con las posibilidades de interpretar la adversidad de una manera no victimista, constituye un desafío para quien quiere convertirse en refugio del corazón herido. Hoy se dice también que esto es ayudar al otro a salir de su zona de confort en la que se está aparentemente mejor, pero sin posibles viables en acción, sin explotar al máximo las propias potencialidades. La zona de confort es ese lugar mental en el que estamos a gusto, sin pensar en cambiar; pero estar a gusto no necesariamente es lo mejor para uno mismo.

Significar de manera pasiva el propio malestar y buscar un cómplice aliado para echar la culpa al prójimo, puede ser un mal vicio para crear falsos refugios para el corazón. El buen refugio es aquel que nos protege, sí, pero también nos despierta a la nueva luz, nos empuja al nuevo camino, nos estimula a nuevos escenarios de posibilidades. La zona de confort da cobijo, pero con frecuencia, poco grado de satisfacción con el modo en que se vive la vida.

Comentarios de Literatura Destacada

Prevalence of Celiac Disease in 52,721 Youth With Type 1 Diabetes: International Comparison Across Three Continents

Craig ME et al. *Diabetes Care* 2017; 40: 1034-1040

La prevalencia de la enfermedad celíaca (EC) es más alta en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) en comparación con la población general (~ 5% vs 1%). Sin embargo, es probable que la detección de casos nuevos sea el reflejo del análisis de población de riesgo (susceptibles a otras patologías autoinmunes) dado que la mayoría de los casos de pacientes son asintomáticos al momento del diagnóstico. Existe información contradictoria sobre si el riesgo de EC es mayor en mujeres o hombres con DM1, lo que contrasta con la población general donde no se observa este tipo de sesgo por género. Se piensa que la coexistencia de EC y DM1 afecta negativamente el control glicémico, aunque los datos existentes son contradictorios.

Hay escasos estudios multinacionales que hayan comparado sistemáticamente las características clínicas y el tratamiento entre pacientes con DM1 y EC. Este estudio analizó cuatro grandes bases de datos en tres continentes: Prospective Diabetes Follow-up Registry (DPV) en Alemania y Austria; National Pediatric Diabetes Audit (NPDA) en Reino Unido (Inglaterra y Gales); la Red de Clínicas de Intercambio T1D (T1DX) en los Estados Unidos; y Australian Diabetes Data Network (ADDN). El objetivo fue examinar las diferencias internacionales en prevalencia entre ambas enfermedades. El análisis incluyó a 52.721 jóvenes < 18 años de edad con visita clínica entre abril de 2013 y marzo de 2014. Se elaboraron modelos de regresión lineal y logística multivariable para analizar la relación entre los resultados (HbA1c, sobrepeso/obesidad), DM1, EC, ajustando por sexo, edad y duración de la diabetes.

Los resultados confirmaron la presencia de EC por biopsia en 1.835 jóvenes (3,5%), diagnosticada a una edad promedio de 8,1 años (5,3-11,2 años). La prevalencia de EC varió de 1,9% en el T1DX a 7,7% en el ADDN y fue más alta en las niñas que en los niños (4,3% vs 2,7%, $p < 0,001$). Los niños con EC y DM1 resultaron más jóvenes en el diagnóstico de diabetes en comparación con aquellos con DM1. Los valores promedios de HbA1c fueron comparables: $8,3 \pm 1,5\%$ (67 ± 17 mmol/mol) versus $8,4 \pm 1,6\%$ (68 ± 17 mmol/mol).

El estudio concluye que la EC es una comorbilidad común en jóvenes con DM1 y que las diferencias en la prevalencia de la EC pueden reflejar la variación internacional en las formas en que se detecta y diagnostica el

riesgo a EC en cada base de datos analizadas. No hubo un mayor impacto sobre control glicémico.

Análisis estadístico del estudio

Si bien el artículo aporta interesantes resultados, un análisis de la escritura del mismo, evidencia algunas desprolijidades que vale la pena puntualizar. El título induce a que la principal respuesta es la presencia de enfermedad celíaca (CD) en jóvenes con diabetes 1. En este contexto, el lector se predispone a leer si entre las variables que caracterizan a los diabéticos, es posible encontrar diferencias entre los jóvenes con CD y sin CD, así una lectura crítica del artículo expone lo siguiente:

En análisis estadístico, segundo párrafo se lee:

“Linear regression was performed to assess the relationship between the presence of CD and continuous variables (HbA1c, height SD score [SDS], BMI SDS, insulin dose per kilogram of bodyweight), with models adjusted for sex, age, and duration of diabetes. For insulin dose as an outcome, models were also adjusted for insulin pump therapy. For HbA1c as an outcome, additional models were constructed adjusting for ethnicity (minority vs. nonminority) or the interaction between ethnicity and CD”.

Esta redacción, induce a pensar que las respuestas son: la hemoglobina glicosilada, zscore de talla, etc, considerando CD como otra variable de ajuste, cuando, para ser consecuente con el título, debió usarse regresión logística binaria para la cual la variable respuesta hubiera sido CD y haber establecido asociaciones con las variables expuestas. Al leer los resultados, se deduce que en los modelos de regresión lineal, se considera CD como una variable modificadora de los niveles de las variables antes mencionadas, de modo que la causalidad parece confundida. Tanto es así que inmediatamente a continuación del párrafo citado se lee: *“Logistic regression was performed to assess the relationship between the presence of CD and categorical variables (HbA1c, 7.5% or .9.0%; insulin pump therapy; severe hypoglycemia), with models adjusted for sex, age, and duration of diabetes. For pump therapy and severe hypoglycemia outcomes, additional models were constructed adjusting for ethnicity or ethnicity”*, lo que indica una especie de enmienda del rumbo del análisis, cuando esto es lo que se debió hacer antes.

En la sección de resultados, segundo párrafo, recién se contesta la pregunta de investigación que es conocer la prevalencia de CD en jóvenes con diabetes 1 (prevalencia 3,5%), sin embargo, a este resultado le falta el intervalo de confianza, para poder inferenciar la prevalencia a la población en estudio.

Tanto la Tabla 1 como la Tabla 2, muestran muchas variables descritas y comparadas por grupo, en donde buena parte de las comparaciones son estadísticamente

Comentarios de Literatura Destacada

significativas, sin embargo, los tamaños de muestras son muy grandes (ejemplo en Tabla 2: CD con diabetes 1 n = 1.835 *versus* sólo diabetes 1 n = 50.886), así las diferencias por mínimas que sean siempre saldrán significativas, cuando esto ocurre, más que la diferencia estadística cobra relevancia la diferencia “clínica” y esta diferencia no está suficientemente discutida.

Si bien, el artículo tiene resultados interesantes, desde

el punto de vista analítico, es débil cuando se miran aspectos epistemológicos y metodológicos.

Francisco Pérez B.¹, Gabriel Cavada Ch.²

¹*Departamento de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.*

²*Facultad de Medicina. Universidad de los Andes y Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile.*