

LA ACTITUD MÉDICA ANTE EL DOLOR AJENO

Cecilia Orellana Peña¹

RESUMEN

Es frecuente que nos preguntemos por el sentido del dolor o, más bien, del sufrimiento, puesto que el dolor forma parte del vivir. No es de extrañar que se aluda a él desde diferentes disciplinas, como la pintura, la música o la literatura. Resulta lógico que nos ocupemos del dolor humano también desde un punto de vista ético, dado que el objeto de la ética es la felicidad del hombre y con frecuencia solemos creer que dolor y felicidad no pueden ir de la mano. Siendo el médico una persona, también sufre, aun cuando no siempre lo perciba. Necesita, por tanto, dar una respuesta adecuada al problema del sufrimiento; de lo contrario se verá continuamente enfrentado a dos peligros: la insensibilidad ante el paciente como mecanismo de defensa, y el aniquilamiento, si no hay una adecuada comprensión de la afectividad. El presente trabajo sugiere algunas claves que pueden ayudar al médico a enfrentar el dolor ajeno.

PALABRAS CLAVE: Relación médico-paciente, sentido del dolor, sufrimiento.

ABSTRACT

It is not unusual that people wonder about the reason of pain, or more precisely about suffering. Suffering is mankind's companion through its whole existence. It is not surprising that many disciplines such as painting, music, literature, have paid attention to pain. So it is quite acceptable for Ethics to care about suffering, for its main object is man's happiness, and sometimes we think that suffering and happiness cannot be together. Physicians are human beings which means that they suffer too, even if they don't notice it, and they need to answer the problem of pain. If not, they will expend their lives between two risks: insensibility when facing their patients, and burning out when they don't know how to cope with feelings. This work suggests physicians some clues that may be helpful when facing others suffering.

KEY WORDS: Doctor-patient relationship, the meaning of pain, suffering.

RESUMO

É muito freqüente perguntarmos pelo senso da dor ou, melhor, do sofrimento, já que a dor é parte do viver. Não é de estranhar-se que outras disciplinas, como pintura, música e literatura, se ocupem dela. É lógico ocuparmos dela desde a perspectiva ética, já que o objeto da ética é a felicidade do homem; mesmo se cremos que dor e felicidade não podem ir juntas. Por ser uma pessoa, o médico também sofre, mesmo que ele não o perceba nunca. Por conseguinte, ele necessita responder adequadamente ao problema do sofrimento para não correr dois perigos: a insensibilidade ante o paciente, como mecanismo de defesa, e o aniquilamento, se não existe um apropriado entendimento da afetividade. Este artigo propõe claves que ajudem ao médico para enfrentar a dor alheia.

PALAVRAS CHAVE: relação médico-paciente, senso da dor, sofrimento.

INTRODUCCIÓN

Es frecuente que nos preguntemos por el sentido del dolor o, más bien, del sufrimiento, puesto que está presente a lo largo de toda la vida del hombre, desde que deja el seno materno, siendo el llanto la primera reacción del recién nacido, hasta el instante de su muer-

te, que va acompañado de alguna muestra de dolor. Como médico, he tenido la oportunidad de acompañar a morir a algunos pacientes, y aun cuando hayan sido personas que llevaron su enfermedad con una gran serenidad y aparentemente libres de dolor, se puede observar una cierta mueca de dolor al expirar.

¹ Nefróloga. Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile. Correo: corellanap@gmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN: 30-10-2007
FECHA DE ACEPTACIÓN: 16-11-2007

El dolor forma parte del vivir. Por tanto, no es de extrañar que se aluda a él desde diferentes disciplinas, como, por ejemplo, la pintura: recordemos *Los fusilamientos del tres de mayo*, de Francisco de Goya; la música: contamos con arias estremecedoras, como en *I Pagliacci*, donde Canio llora la humillación del engaño de su mujer, o *Rigoletto*, cuando en lugar de recibir el cuerpo sin vida del duque de Mantua descubre el de Gilda, su hija. También la literatura pone de manifiesto la riqueza de un idioma al encontrar las palabras adecuadas para transmitir la experiencia del dolor:

Emerge tu recuerdo de la noche en que estoy.
 El río anuda al mar su lamento obstinado.
 Abandonado como los muelles en el alba.
 Es la hora de partir, oh abandonado!
 Sobre mi corazón llueven frías corolas.
 Oh sentina de escombros, feroz cueva de náufragos!
 En ti se acumularon las guerras y los vuelos.
 De ti alzaron las alas los pájaros del canto.
 Todo te lo tragaste, como la lejanía.
 Como el mar, como el tiempo. Todo en ti fue naufragio!...
 (Pablo Neruda, "La canción desesperada")

Resulta lógico, entonces, que desde un punto de vista ético nos ocupemos del dolor humano, dado que el objeto de la ética es la felicidad del hombre y que, con frecuencia, solemos creer que dolor y felicidad no pueden ir de la mano. Ante todo, hay que decir que el dolor tiene algunas particularidades cuando quien lo padece es una persona, y aun considerado como nocicepción, en el hombre ese dolor físico es interiorizado y se convierte en sufrimiento. La noción de dolor también incluye la percepción inteligente de males físicamente no presentes y que constituye el más típico modo humano de sufrir [1].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre los distintos aspectos del dolor, uno es el del sentido que el ser sufriente pueda darle. Por ejemplo: punitivo, como recoge al Antiguo Testamento: "Se encendió la ira del Señor contra ellos y el Señor se marchó. La nube se apartó de encima de la tienda y María quedó leprosa, blanca como la nieve" (Núm. 12, 9-12) [2] o expiatorio: "Dios nos amó y nos envió a su Hijo como propiciación por nuestros pecados" (Jn. 4, 10) [3]. Otro aspecto consiste en considerar cómo afecta a quienes son testigos del dolor; en nuestro caso, cómo puede afectar al médico el sufrimiento de sus pacientes. En caso contrario, podemos preguntarnos: ¿por qué no lo afecta?, ¿debiera afectarlo?

Es en este aspecto del sufrimiento humano en el que se centra el presente trabajo. Cuanto se exponga en él como referido al médico puede extrapolarse a los demás miembros del equipo de salud. La mayor responsabilidad del médico estriba en que él es quien habitualmente está a la cabeza de un equipo sanitario y su modo de proceder constituye un referente para los demás integrantes.

Víctor Frankl establece en su libro *El Hombre en busca de sentido* distintas etapas por las que pasa el preso después de su llegada al campo de concentración. Una primera etapa de shock y, posteriormente, una de apatía y adormecimiento de las emociones: "El cadáver que acababan de llevarse me estaba mirando con sus ojos vidriosos; solo dos horas antes había estado hablando con aquel hombre. Yo seguía sorbiendo mi sopa. Si mi falta de emociones no me hubiera sorprendido desde el punto de vista del interés profesio-

nal, ahora no recordaría este incidente, tal era el escaso sentimiento que en mí despertaba” [4]. El autor ve en esta actitud un caparazón protector muy necesario, del que enseguida se rodeaba el prisionero y le hacía insensible a los golpes diarios, casi continuos.

La situación descrita por Frankl nos puede llevar a pensar en nuestros alumnos de Medicina. Como personas que son, están dotados de afectividad, y aun cuando el ambiente hospitalario en el que deben aprender a desenvolverse es muy distinto del de un campo de concentración, ellos también son “golpeados” afectivamente al enfrentar una realidad hasta entonces desconocida. Sobre todo si consideramos la situación de la mayoría de los centros hospitalarios nacionales, donde al dolor propio de la enfermedad se agregan factores sociales, económicos y culturales que también son fuente de sufrimiento.

Salvando las distancias, podríamos equiparar el primer encuentro alumno-paciente con la fase de shock descrita por el doctor Frankl. No es infrecuente que los alumnos planteen dudas en relación con determinadas situaciones: empezando por cómo dirigirse al paciente, cómo aparentar naturalidad ante la paciente cuya ocupación es prostituta o qué hacer cuando ante una pregunta inoportuna el paciente rompe a llorar. A los alumnos no les son ajenas las circunstancias que enmarcan el hecho patológico del enfermo; ven en él a una persona. En la medida que el paciente deja de ser para ellos un extraño y se convierte en “mi paciente”, se crea un nexo afectivo: regresan a visitarlo, muestran un interés sincero por la evolución de su enfermedad, donan sangre para evitar la postergación de una cirugía y otros ejemplos de humana compasión. Sin embar-

go, pasan los años y es posible oír: “¿para qué lidocaína? En vez del pinchazo de la *lido*, es el pinchazo del punto”... o ver que se indica curación de escaras sin prescribir analgesia o aseos peritoneales sin sedar al enfermo.

¿Qué pasó? ¿Tenía razón Dostoievski al describir al hombre como “el ser que se acostumbra a todo”? ¿También nos acostumbramos al dolor ajeno? Tal como Frankl describe una etapa de adormecimiento de las emociones en el prisionero, una coraza defensiva ante los golpes, el médico puede acabar haciendo algo similar ante las diversas situaciones de dolor que se ve obligado a enfrentar. Contrariamente a lo que ocurre con una experiencia placentera, que resulta expansiva para la persona, ante el dolor se experimenta limitación. El dolor irrumpe, se impone, haciendo que la persona se repliegue sobre sí misma. La experiencia del dolor lleva a experimentar un cierto fracaso: ya que no es el individuo quien domina la situación, sino que ella (la situación dolorosa) lo domina a él. La experiencia del dolor no es agradable para ningún individuo psicológicamente sano. Por tanto, no es extraño que se la quiera evitar.

No habría ningún problema en que los médicos anduviéramos por la vida protegidos por nuestros caparazones si no es porque trabajamos con personas. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define paciente como “persona que padece física y corporalmente”. De ahí que no nos esté permitida la insensibilidad, la indiferencia ante el dolor ajeno, porque como ya se dijo, en el hombre el dolor es más que una experiencia nociceptiva. Compromete a todo el individuo, y a cada individuo, de una forma particular. En el

campo de concentración era indispensable insensibilizarse para poder resistir, sobre todo porque quien se protegía era el débil y gracias a esa insensibilidad se hacía fuerte. En nuestro caso, consentir en insensibilizarse lleva a desamparar al débil. Mi insensibilidad aumenta su sufrimiento, porque lo dejo solo, y la soledad genera angustia.

Creo que resulta necesario incorporar a la formación profesional médica el manejo del dolor en su dimensión de experiencia antropológica. Pareciera que por largo tiempo hemos actuado como si fuera mejor profesional aquel que se basa exclusivamente en lo que la razón es capaz de comprobar, en la medida que “ahoga sus sentimientos”. Pareciera que solo es digno de credibilidad y respeto aquello que es tangible, reproducible en un laboratorio. Este desprecio de los afectos, al que se puede llegar sin siquiera proponérselo, es una manifestación de racionalismo.

No puede ignorarse que el médico es una persona humana con las mismas características de quienes se desempeñan en otras profesiones. El médico sufre, aun cuando en oportunidades no sea consciente de ello. Por tanto, tiene la misma necesidad que las demás personas de dar una respuesta al porqué del dolor, con el que se topará indefectiblemente a lo largo de su vida (también fuera del ámbito profesional). Probablemente la diferencia entre el médico y otros profesionales está en que el primero se ve enfrentado al sufrimiento tempranamente, siendo alumno de pregrado y sin que haya habido ningún tipo de preparación o advertencia. Además, el enfrentamiento con el dolor es más frecuente que en otras profesiones.

Por ejemplo: es poco probable que a una profesora básica se le mueran varios alumnos de un mismo curso en un plazo relativamente corto. Puedo mencionar la noche de un turno en UCI, muy poco habitual por cierto, en que presenciamos tres defunciones. Optamos por apagar las luces antes de retirar al segundo y tercer fallecidos, porque obviamente la situación no era nada tranquilizante para los demás pacientes de la unidad. Como becaria de medicina interna, lo habitual era que al terminar el turno de noche hiciéramos entrega al jefe del servicio de los ingresos y defunciones ocurridos durante las 15 horas que cubría dicho turno. El fallecimiento de pacientes era parte de nuestra rutina.

Así como no es agradable informar a un alumno que ha reprobado un curso, aunque sea durante sus estudios superiores, seguramente será mucho más llevadero que decirle: “es un cáncer y está bastante diseminado”. En nuestro caso, el dolor ha pasado a ser parte de lo cotidiano. La competencia profesional no puede restringirse a un aspecto que podríamos llamar “técnico”, es decir, médicos que adquieren las destrezas necesarias para plantear diagnósticos acertados, tratamientos oportunos, con un gasto mínimo para las instituciones y dentro de un plazo prudente. En tal caso correríamos el riesgo de protagonizar lo que escuché a un médico de un servicio de urgencia: “¡yo no soy psicólogo!”, exclamación desesperada de alguien a quien probablemente no le enseñaron que el dolor es más que somático y que ser médico era más que recuperar las funciones de unos órganos.

Creo que Mejía y Díaz tienen razón cuando afirman que en las escuelas de Medicina se ha privilegiado la

tecnología antes que involucrarse con el enfermo y “por consiguiente se aprende a ignorar o minimizar las señales de sufrimiento del paciente”. Algo que se va dando de modo paulatino e inconsciente, pero que protege al médico de llegar a un síndrome de aniquilamiento, que no es otra cosa que el dolor del médico que se ve sobrepasado en sus expectativas o que se encontró con una profesión que no le dio la respuesta que esperaba. El enfrentamiento del dolor, la muerte de sus pacientes, los errores de tratamiento pueden llevar a una serie de trastornos que socavan la propia salud [5].

Es preciso aprender a convivir con el dolor; que el médico descubra para sí mismo el sentido del dolor. Esto requiere que haya quienes lo enseñen; por tanto, en la medida que los docentes hayamos encontrado una respuesta al sufrimiento podremos después enseñar a nuestros alumnos a reconocer cómo les afecta a cada uno y luego aprender a manejarlo. Porque “donde no se acierta a integrar una determinada situación dentro de un contexto de sentido, allí comienza el sufrimiento” [6] y ya hemos establecido la relación existente entre el dolor y la experiencia de fracaso.

No es un secreto que nuestra sociedad está fuertemente cargada de hedonismo; la tecnología apunta a evitar todo tipo de esfuerzo y a satisfacer el propio bienestar. Abundan los eslóganes del estilo: “no esperes” u “obedece a tus instintos”. Es lógico que, habiendo crecido en un ambiente semejante, a las nuevas generaciones les resulte difícil enfrentarse al dolor, sea propio o ajeno. No obstante, es necesario intervenir

para que nuestros alumnos se desarrollen armónicamente como personas; de lo contrario, corremos el riesgo de estar formando unos profesionales deformes: con un gran desarrollo intelectual, de voluntad probablemente firme, pero que todavía no han resuelto el problema del dolor, con el que se toparán a diario.

En este sentido, concuerdo con que “la experiencia profesional del médico no se mide solo por el éxito estadístico de sus tratamientos (muchos de los cuales a través de los años probablemente se demostrarán como insulsos y anticuados), sino por su capacidad de acercarse cada vez mejor al dolor y a esa dimensión humana del paciente” [7].

Una pregunta que se repite en los alumnos es: “¿Cómo hacer para que no me afecte?”, que podríamos traducir por: “Cómo hacer para no sufrir” o por: “No quiero sufrir”. La respuesta que doy invariablemente es: “Lo NORMAL es que te afecte; tú también eres persona y tienes afectividad”. Así como los motivos de dolor para los pacientes pueden ser múltiples, los médicos podemos experimentar el fracaso (sufrimiento), por el propio diagnóstico del enfermo, porque no tiene acceso al tratamiento o simplemente porque palpamos nuestra propia limitación cuando, disponiendo de recursos económicos y tecnológicos, se ha hecho todo lo posible y el enfermo se escurre como agua entre los dedos. Quizás esta última sea la limitación más difícil de aceptar, la que recuerda al médico su condición de criatura.

El desafío no es menor: se trata de no consentir en crear el caparazón que insensibiliza y a la vez evitar

caer en el sentimentalismo, caricatura de la afectividad humana.

CLAVES ANTE EL DOLOR AJENO

Las siguientes son algunas ideas que me atrevo a plantear como posibles herramientas para el médico que no sabe bien cómo plantearse ante el sufrimiento.

Lucha contra el anonimato

Se trata de evitar todo aquello que encierre algún tipo de despersonalización del enfermo, como, por ejemplo, decir “Que pase el siguiente” en lugar de “Que pase doña Eulalia Faúndez”. El “paciente”, en vez de “su papá” o “su mamá”; “La vesícula de las 10:00 horas”, por no demorarnos en “El paciente de la colestectomía de las 10:00 horas”. Se trata de evitar muchos hábitos arraigados que llevan a poner en primer término la patología y a relegar a la *persona*.

Como tutora de alumnos de IV año de Medicina, tuve oportunidad de asistir a un hospital geriátrico donde nos llamó la atención que las camas carecían de numeración, dificultando el referirnos a los pacientes. Un alumno sugirió imprimir números y llevarlos al hospital como una pequeña donación. La idea nos pareció fabulosa. Cuando lo comentamos a la enfermera del sector, nos hizo ver lo inadecuado de nuestra propuesta. Quien dirigía el establecimiento había dado la indicación expresa de retirar los números que hasta entonces habían designado las camas con el propósito de que quienes allí trabajaban se refirieran a los

pacientes por sus nombres. Es un ejemplo muy sencillo, pero demuestra el esfuerzo de alguien que no quiere olvidar que trata con personas.

Construir con cada paciente una relación única

¿Por qué importa tanto la calidad de esta relación? La calidad de la relación médico-paciente puede afectar no solo las respuestas emocionales del paciente, sino también la conducta y evolución médica, la adherencia al tratamiento; en definitiva, su recuperación [8]. La relación médico-paciente ha de ser vivida como un encuentro personal y en ese marco han de darse diagnóstico y tratamiento. El primer paso para lograrlo es ver al enfermo de una manera integral. Cuando en el proceso de objetivación de la patología el médico pierde de vista al enfermo como un todo, lo convierte en caso, en objeto. Este riesgo estará siempre presente y, por tanto, el médico deberá estar advertido desde que inicia su formación de pregrado, de modo que en el futuro sea capaz de descubrir en cada enfermo a la persona completa y única, inabarcable e incognoscible en su totalidad, es decir, el *homo humanus* [9].

A menudo nos detenemos a considerar las expectativas del médico: en cuanto a resultado del tratamiento, adherencia del paciente a las indicaciones, y no nos preguntamos por lo que el paciente espera de esta relación. No olvidemos que el enfermo es el principal protagonista de la historia. Sin enfermo, el médico pierde su sentido.

Una encuesta realizada por la Clínica Mayo a 192 pacientes arroja como resultado que para ellos “el

médico ideal es confiable, se compenetra con el paciente (empatía), es humano, tiene un trato personal y es directo, respetuoso y metódico” [8]. Así como los médicos que no posean las cualidades mencionadas tienen todo un campo por desarrollar, también las autoridades de salud de un país pueden hacer un aporte importante. Mientras se siga exigiendo a los médicos de atención primaria un rendimiento de cuatro pacientes por hora en la *consulta por morbilidad*, resultará prácticamente imposible hacer de la relación médico-paciente un encuentro personal.

Conocimiento propio

Victor Frankl distingue dos modos de enfrentarse al sufrimiento: el del *Homo faber* y el del *Homo patiens*. El *Homo faber* se mueve de acuerdo con dos categorías: éxito y fracaso. También intentará aplicarlas a la situación dolorosa. Es el tipo de persona que llena de sentido su vida produciendo. Busca trascenderse y realizarse a través de lo hecho. Para este tipo de personas no resulta fácil enfrentar el sufrimiento, pues les quita las riendas de su vida. El dolor viene a desorganizar la intimidad del hombre en toda su estructura vital y psíquica. No acepta lo que le sucede y tampoco saca ningún provecho de ello [8]. Vendría a ser el tipo de médico que reacciona rebelándose ante el enfermo “sin posibilidades”, se enoja al comprobar que el enfermo no adhiere al tratamiento y, por tanto, no mejora, al punto que puede renunciar a luchar, le plantea que no vuelva y lo remite a otro médico, pues él “no tiene más que ofrecerle”. Y, lo que es más lamentable, este tipo de médico sería una estupenda presa para los defensores del suicidio asistido.

En cambio, el *Homo patiens* percibe el mundo de los valores como realización personal. Es consciente de que puede realizarse en el “fracaso”. Para este tipo de persona el solo hecho de no desesperarse ya constituye una realización. Es el médico que ante el enfermo sin posibilidad de mejoría lo acompaña, se da el tiempo de escucharlo, se interesa por las circunstancias que lo rodean. En algunos casos, aunque los controles puedan ser espaciados o las recetas muy simples, el enfermo queda satisfecho.

Reconocerse como alguno de estos tipos descritos por Frankl ofrece la posibilidad al *Homo faber* de aceptar que el problema no está en lo adverso de la situación, sino más bien en sí mismo. En el valor que le ha atribuido al éxito o al fracaso. Les ha atribuido valor de fin, cuando en realidad no son más que medios. Tanto el éxito como el fracaso tienen mayor o menor valor, dependiendo de cómo el hombre se sirva de ellos.

Trascender el dolor. Dolor y libertad

Al principio se dijo que el dolor tiende a centrar a la persona en sí misma. Con la propuesta de trascender el dolor se trata de ir más allá de lo sensible, que también está presente en una situación de suyo dolorosa, pero que puede no haber sido somática en su inicio. La angustia lleva a la persona a sentir “un nudo en al garganta” o que “le cuesta respirar”. Trascender el dolor significa ir más allá de la solución concreta, del ansiolítico más adecuado, en el caso de angustia. Consiste en rescatar otros aspectos presentes en la persona que está padeciendo. Si la relación médico-paciente ha sido entendida como

un encuentro personal, la experiencia dolorosa puede ser ocasión de crecimiento, tanto para el médico como para el paciente.

Hay muchos casos admirables de enfermos que no solo aceptan su enfermedad, sino que han sabido ver en ella una oportunidad para su crecimiento personal. Ante la situación dolorosa, más que obsesionarse por querer entender *por qué*, se trata de descubrir *para qué*. Sirva como ejemplo el caso de un paciente en hemodiálisis crónica que, como consecuencia de su enfermedad, se vio obligado a dejar el trabajo. Contaba cómo debió vender la casa de veraneo, a continuación uno de los dos autos, posteriormente la casa en que vivían y cambiarse a una comuna más sencilla. Mientras estuvo sano, su papel como cabeza de familia había sido exclusivamente trabajar, ir los viernes a dejar a la familia a la playa y volver a Santiago a seguir trabajando. Decía estar agradecido por la enfermedad pues gracias a ella había recuperado a su familia. Ahora disfrutaba de ellos.

No conviene olvidar que el médico, aún cuando goza de autoridad, conferida por su formación profesional, en todos los demás aspectos puede aprender de la persona que tiene enfrente (su paciente) y de sus circunstancias. Habrá otras oportunidades, quizás la mayoría, en que el médico podrá ayudar al paciente a enfrentar el dolor y descubrir el sentido de su sufrimiento.

En general, ante las contrariedades, el hombre tiene dos alternativas: optar por la vía de la desesperación, porque las cosas no son como él habría querido, o bien aceptar la realidad, asumirla con dignidad. Aceptar la

realidad dolorosa lleva a poner en acto cualidades de la persona que hasta ese momento estaban en potencia. Posteriormente permite comprobar de qué se fue capaz, y esto es fuente de autoafirmación para la persona. Como puede ocurrir con la niña que hasta la enfermedad de su madre nunca tuvo responsabilidad alguna en la casa y de pronto se ve enfrentada con que debe hacerse cargo de sus hermanos menores, ayudar con el aseo de la casa y mantener su rendimiento escolar. Esos logros son motivo suficiente para afirmar su autoestima, de alegría por el triunfo sobre sí misma, aun a pesar del dolor por la enfermedad de la madre.

La libertad de un individuo podemos evaluarla según el objeto al que adhiere. Quien ante el dolor opta por crecer en paciencia, se hace más fuerte, reflexivo, menos frívolo y gana en libertad, porque hizo un mejor uso de ella. El hecho de poner en ejercicio ciertos hábitos positivos perfecciona al hombre, porque la persona que se vence a sí misma sigue el camino de la razón, lo cual exige en ocasiones no poco esfuerzo de la libre voluntad [10]. Lo opuesto ocurrirá con quien se deje llevar por la amargura y se encierre a llorar su desdicha. Estará renunciando al recto uso de su voluntad, que es lo que lo puede hacer más humano.

En la práctica clínica hay infinitas oportunidades en las que los médicos podemos sostener a nuestros pacientes. No es preciso tener un paciente terminal para ponerlo en práctica. Por ejemplo, están los pacientes seniles que sufren porque palpan las limitaciones propias de su edad avanzada y se sienten inútiles. Podemos ayudarles a aceptar su condición, descubrirles cuánto pueden aportar al transmitir sus experiencias, cuánto

agradecen los demás que haya quienes, como ellos, tengan tiempo para escuchar, mostrar que con su docilidad para dejarse cuidar también prestan un gran servicio, son ocasión de que los más jóvenes salgan de sí mismos, al tener que cuidar de ellos.

Dolor y felicidad

“Lo propio del hombre es la búsqueda de la felicidad, la pelea esforzada por alcanzar la propia perfección” [10]. En este contexto, el dolor es una ocasión de la que el hombre puede servirse para alcanzar esa perfección. Por supuesto que aquí no se está planteando resucitar la corriente estoica. Se trata de que “el hombre no se destruye por sufrir, sino por sufrir sin ningún sentido” [11]. Estas palabras de Victor Frankl tienen la autoridad de quien puede hablar del dolor, porque lo ha experimentado.

En párrafos anteriores planteaba que las virtudes (hábitos positivos) hacen al hombre más libre. Su ejercicio permite también al hombre alcanzar su felicidad. La perfección de la persona está ante todo en la perfección de su actividad espiritual, intelectual, y en el ejercicio de su voluntad. Es ahí donde ha de buscar la felicidad: en el entender y amar cada vez más y mejor [10].

De todos los personajes de la historia, uno particularmente sensible al sufrimiento ajeno ha sido Jesús de Nazareth, quien “pasó haciendo el bien” [12]: hambrientos alimentados, enfermos curados, tres muertos resucitados. Tan cercano al sufrimiento, que Él mismo lo asume: “Mi alma está triste hasta el punto de morir; quedaos aquí y velad conmigo” (Mt. 26, 38) hasta el

extremo de dar su vida en rescate por la humanidad: “Nadie tiene amor más grande que el que da su vida por sus amigos” (Jn. 15, 13) [12].

Saulo de Tarso pareciera concordar con Victor Frankl en que “el hombre no se destruye por sufrir”: “Nos gloriamos hasta en las tribulaciones, sabedores de que la tribulación produce la paciencia; la paciencia, una virtud probada, y la virtud probada, la esperanza. Y la esperanza no quedará confundida, pues el amor de Dios se ha derramado en nuestros corazones por virtud del Espíritu Santo, que nos ha sido dado”. El sufrimiento de Saulo es un sufrimiento rebotante de sentido. Veinte siglos más tarde, Juan Pablo II lo explica en su carta apostólica *Salvifici Doloris*:

En el sufrimiento está como contenida una particular *llamada a la virtud*, que el hombre debe ejercitar por su parte. Esta es la virtud de la perseverancia al soportar lo que molesta y hace daño. Haciendo esto, el hombre hace brotar la esperanza, que mantiene en él la convicción de que el sufrimiento no prevalecerá sobre él, no lo privará de su propia dignidad unida a la conciencia del sentido de la vida. Y así, este sentido se manifiesta junto con *la acción del amor de Dios*, que es el don supremo del Espíritu Santo. A medida que participa de este amor, el hombre se encuentra hasta el fondo en el sufrimiento: reencontra “el alma”, que le parecía haber “perdido” a causa del sufrimiento [énfasis agregados] [1].

Quienes somos cristianos tenemos la oportunidad de descubrir a nuestros pacientes esta posibilidad única de unir sus sufrimientos a los de Cristo Jesús; no hay

una empresa de mayor nobleza que la de ser partícipes de la obra de la Redención. Como afirmara Saulo de Tarso: “Suplo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo por su cuerpo, que es la Iglesia” [1].

Yo quiero sufrir, Señor;
quiero por amor gozar
la dulzura del dolor;
quiero hacer mi vida altar
de un sacrificio de amor.
(José María Pemán).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yepes R, Aranguren J. Los límites del hombre: el dolor. En: Fundamentos de Antropología: Un Ideal de la Excelencia Humana. 5 ed. Pamplona: Universidad de Navarra; junio 2001. p. 375.
2. Sagrada Biblia: Pentateuco. Facultad de Teología, Universidad de Navarra. Pamplona: Universidad de Navarra; 1997. p. 934.
3. Sagrada Biblia: Nuevo Testamento. Facultad de Teología, Universidad de Navarra. Pamplona: Universidad de Navarra; 2004. p. 1672.
4. Franckl, V. El Hombre en busca de sentido. Online.
5. Mejía M, Díaz V, Paulo M. El médico ante el dolor humano. Fermentum. Enero-abril 2005; 15(42): 88-103. Mérida, Venezuela.
6. Spaemann R. El Sentido del Sufrimiento: Distintas actitudes ante el dolor humano. *Atlántida*. 1993; No. 15
7. Bejarano P. Reflexiones alrededor del dolor como experiencia personal y profesional. *Ars Medica*; 3(3).
8. Papponetti M. La conducta médica ideal según los pacientes. ¿Qué esperan los pacientes de los médicos? [27 de agosto de 2007]. Disponible en: www.aebioetica.org
9. Polaino-Lorente A. Más allá del dolor y el sufrimiento: la cuestión acerca del sentido. En: Manual de Bioética General, Aquilino Polaino-Lorente (ed.). 2ª ed. Madrid: Rialp; 1994.
10. Orozco-Delclós A. Los hábitos hacen al hombre. Diploma en Bioética. Universidad Católica de Chile. Unidad I: Fundamentación de la Bioética Sesión 3. Lectura complementaria.
11. Gómez S M. Dolor y sufrimiento: el problema del sentido. *Rev Soc Esp Dolor*. 1998; 5: 144-58.
12. Juan Pablo II. Salvifici Doloris. Carta apostólica, Roma, 11 de febrero de 1984 [28 de agosto de 2007]. Disponible en: www.vatican.va