

Necesidad de un acompañamiento de trascendencia ante el dolor y sufrimiento

Pablo Fernández López-Peláez

Doctor por la URJC.

Presentado: 2/5/2017

Aceptado: 14/6/2017

RESUMEN

Para que la persona con enfermedad pueda alcanzar la paz (interior y exterior) necesita de las terapias correspondientes a sus dolores y sufrimientos. El cuidador, por tanto, debe administrar las actuales terapias (analgésicas, psicológicas) pero a la vez debe de administrar una terapia de trascendencia que nosotros llamamos acompañamiento de trascendencia. Proponemos en este artículo un acompañamiento de trascendencia fruto de los diversos estudios y de las realidades de experiencia en el campo de los cuidados paliativos.

Palabras clave: dolor, sufrimiento, trascendencia, persona, antropología personalista.

Need for accompaniment of transcendence before the pain and suffering

42

ABSTRACT

In order for the person with illness to achieve peace (interior and exterior) he needs the therapies corresponding to his pains and sufferings. The caregiver, therefore, must administer the current therapies (analgesic, psychological) but at the same time must administer a therapy of transcendence that we call accompaniment of transcendence. We propose in this article an accompaniment of transcendence fruit of the various studies and realities of experience and the field of palliative care.

Keywords: pain, suffering, transcendence, person, personal anthropology.

INTRODUCCIÓN

Quisiera rendir, en pocas frases, un pequeño homenaje a ese hombre llamado médico. Yo lo he visto desde niño. La bata blanca era el uniforme de mi padre y creo que cuando abrí los ojos vi, primero la luz como todos, y después una bata blanca como dice el Dr. Ramón Sánchez Ocaña (1).

Y es cierto, que cada vez descubrimos con más fuerza el clamor que se hace a la medicina de hoy pi-

diéndole más humanidad desde la técnica. Porque en la profesión de la medicina hay mucha técnica y cada vez más profesionalizada pero nunca existirá una máquina que dé una palabra de aliento y una frase de esperanza, y un consejo tranquilizador a la persona que sufre.

Es verdad que hay máquinas de diagnóstico, máquinas de tratamiento, pero al final sólo el cuidador y el paciente se encontrarán juntos ante el dolor y la muerte, sólo ellos, una persona que sufre y otra persona que acude en su ayuda.

Correspondencia:

madremaravillasdejesus@hotmail.com

¿QUIÉN ES LA PERSONA QUE PADECE ENFERMEDAD?

Por ello, antes de continuar, nos preguntamos ¿Quién es el que sufre? ¿Quién es el que cuida a la persona que sufre?, porque de la respuesta correcta a la pregunta ¿Quién? llegamos a la conclusión también correcta de ¿Quién es el hombre o mujer que padece dolor, que sufre y quién es el que la cuida?

Para ello tanto el paciente como el cuidador deben coincidir en una antropología integral pues solo así podrán responder adecuadamente y de modo conjunto a todos los interrogantes que les ofrece la vida con sus dolores y sufrimientos, e incluso al último de los sufrimientos que es la muerte.

Por eso, más que hablar de hombre (entendido como hombre y mujer) hablemos mejor de persona; persona que padece enfermedad y persona que cuida. Porque no existen hombres, mujeres, enfermos o enfermas, sino que en la realidad existen hombres y mujeres concretos, pacientes concretos que tengan la salud que tengan, son personas.

Siguiendo para este artículo una antropología personalista que ya iniciaron Aristóteles (2,3) y Tomás de Aquino (4), entendemos un poco más el sufrimiento y el dolor. Ya que, como afirma a la luz de una antropología personalista Lucas Lucas (5), si la persona es un "Espíritu Encarnado", es decir, *un organismo viviente que puede ser medido y pesado, que puede ver con los ojos, oír con las orejas, ... pero también un espíritu que produce ideas abstractas, universales e inmateriales, juicios y razonamientos y por el que podemos amar y odiar, podemos hacer decisiones libres, querer una cosa u otra, en definitiva, acciones que requieren del hombre una fuerza-capacidad que es de una realidad diversa a la del cuerpo material*", o, como dice Ratzinger (6), "un espíritu en el cuerpo", Concluimos, pues, que la persona no es solo su materia corpórea sino que es "unidad-dual" de cuerpo material y ser inmaterial o alma, entendida esta última en su sentido filosófico, como principio de vida. También el modelo tricotómico (la persona como compuesta de cuerpo, alma y espíritu) que igualmente mantienen los personalistas como Rivas (7) y De Fórtice (8), nos lleva a la misma conclusión: La persona es unidad de espíritu y cuerpo. Por tanto, la persona no es más que un simple conjunto de tejidos y órganos y algo más que una máquina, por tanto sus dolores o sufrimientos también pueden ser algo más profundos.

La persona no es solo materia, sino que es además espíritu, que no se agota informando la materia sino que la trasciende.

En la persona podemos distinguir tres niveles de vida: somático, psicológico y espiritual, como hace la Dra. Mar Álvarez Segura (9), dentro de una unidad. Una unidad compuesta de un organismo material y espiritual.

¿Quiénes somos?, pregunta Eben (10). Por ello de la respuesta correcta a la pregunta ¿Quién es la persona?, llegamos a la respuesta correcta: ¿Quién es la persona con que sufre o se duele?

El éxito, para un buen acompañamiento, se logrará cuando el paciente y el cuidador coincidan en una antropología que responda lo más completamente posible a todos los interrogantes que les ofrece la vida y muerte.

EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO DE LA PERSONA

La tensión entre lo espiritual (infinita) y lo material (finita y limitada) de la persona hace que experimente continuamente el dolor y el sufrimiento. Porque es innegable que la persona sufre. Sufre porque, a la vez que se va perfeccionado, va caducando y está expuesta a la aniquilación y al tiempo.

Victor Frankl (11) afirma: *El realismo nos avisa que el sufrimiento es una parte consustancial de la vida, como el destino y la muerte.* Y Jacques Philippe (12) de que los dolores, las enfermedades, las soledades, los fracasos, los sufrimientos, son connaturales a la persona, que llevan a la muerte. Y aun sabiendo que la muerte nos acompaña diariamente buscamos darle un sentido para aceptarla como "*compañera de viaje*" como afirma el Dr. Jesús Poveda (13).

Pero si el dolor o el sufrimiento es un elemento casi esencial de la existencia del hombre, como afirma Frankl (11) y Jacques Philippe (12) ¿tendrá algún sentido para el que lo experimenta? Ciertamente, dice **Arturo Mampe-lli** (14), *"es una condición constitutiva del hombre sobre esta tierra. Pero el dolor, aun cuando no se pueda vencer, es también una fuerte ayuda sea física (una campana de alarma de algo que no anda bien), sea espiritual"*.

LOS NIVELES DEL DOLOR

Distingamos entre dolor y sufrimiento.

Los dolores y sufrimientos son variados en género e intensidad, el más doloroso y trágico, la muerte. La

causa del dolor y el sufrimiento, aunque misteriosa, siempre la encontramos en esa tensión entre el espíritu y el cuerpo; nos lleva a contrariedades que debemos curar, aceptar y dar sentido.

A grandes rasgos, podemos distinguir el dolor del sufrimiento porque el primero es más físico y el segundo más psíquico o espiritual, pero normalmente van entremezclados. Podemos distinguir tres niveles de dolor.

- a. Primer nivel: Dolor OBJETIVO: Dolor.
- b. Segundo nivel: Dolor SUBJETIVO: Sufrimiento.
- c. Tercer nivel: Dolor SIMBÓLICO: Sentido que le damos al dolor.

De aquí que el cuidador deberá saber qué dolor sufre el paciente para poderlo paliar. También el paciente tiene que saberlo para poner abrirse a la terapia. A tres tipos de dolores tres terapias o medicinas que el cuidador, ya sea el personal sanitario o encargado del enfermo, debe aprender y poner en práctica.

- a. Terapia analgésica, para el primer nivel de dolor.
- b. Terapia psicológica o Psicoterapia, para el segundo nivel de dolor.
- c. Terapia de trascendencia o mejor dicho Acompañamiento de Trascendencia para el tercer nivel de dolor.

A. El dolor OBJETIVO

Es el dolor que ataca al sentido. Tangible por todos los sentidos. Enfermedades, accidentes, achaques de la edad, etc...

En este nivel del dolor nos preguntamos ¿QUÉ NOS SUCEDE?, cuando junto con el cuidador llegamos a la conclusión de que me duele la rodilla porque tengo rotura de menisco.

De este dolor no solemos tener más problema del si se puede resolver o no. De seguir lo que se nos diga en consulta o de los consejos que se nos dan para el futuro. Me duele y trato de aliviarlo. La respuesta la acepto conforme a lo que me han diagnosticado.

B. El dolor SUBJETIVO

Ante este dolor nos preguntamos ¿POR QUÉ NOS SUCEDE?

La persona con enfermedad empieza a trascender ese dolor de acuerdo a su trascendentalidad. Es aquí

cuando la persona busca el sentido de lo que le supera, porque el dolor ataca a lo más íntimo de la persona. El dolor muerde de muerte. Es cuando el trascender de la persona da un paso más a la espiritualidad que si la persona está preparada acaba en religiosidad.

La verdad es que ante el sufrimiento, la razón humana se pierde, buscando argumentos que satisfagan. Todos son frágiles, y en última instancia ninguno satisface. La fe cristiana da evidencia de que el sufrimiento remita a Cristo en la Cruz, que ofreció sus sacrificios por Amor.

Victor Frankl (15) nos habla de cómo dar sentido al dolor y sufrimiento: *El dolor debe ser eliminado siempre que sea posible. Pero existen dolores que no se pueden eliminar; entonces, cuando no se puede cambiar nada, soy yo el que tengo que cambiar mi actitud ante la situación que vivo, cambiando yo mismo, creciendo, madurando con esta situación, me hago más fuerte y valiente para el sufrimiento con fortaleza y dignidad.*

También en este nivel de dolor puedo yo encontrar el sentido del dolor.

C. El dolor SIMBÓLICO

Pero cuando llego a este nivel del dolor, cuando me pregunto ¿PARA QUÉ? y trato de entenderlo y darle sentido, necesito del cuidador. No puedo yo llegar a responder a esta pregunta sin la ayuda del cuidador.

Esta realidad se la preguntaban en el campo de concentración los prisioneros y campañeros de Viktor Frankl (11): *aquellos atroces y continuos sufrimientos ¿Para qué valdrían? [...] ¿Tienen algún sentido estos sufrimientos, estas muertes?*

El no darle, o no encontrar al sufrimiento su verdadero sentido humano y trascendental nos lleva a un dolor peor de rechazo, rebelión, angustia y desesperación existencial. Se agudiza cuando nos enfrentamos al dolor más cruel y dramático como es la muerte. Para trascender la muerte son a veces necesarios varios momentos que Kübler-Ross (16) llama fases o estados. Ella los resume en cinco:

Primera fase: Negación y aislamiento

"No, yo no, no puede ser verdad". Esta negación inicial era común a los pacientes.

Segunda fase: Ira

¡Oh sí! Soy yo, no ha sido un error (...) Lógicamente surge la siguiente pregunta ¿Por qué yo?

Tercera fase: Pacto

La tercera fase, la fase el pacto, es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo dura breves periodos de tiempo. En realidad, el pacto es un intento de proponer los hechos, incluyendo un premio "a la buena conducta", además fija un plazo de "vencimiento" impuesto por uno mismo (por ejemplo, otra actuación, la boda del hijo) y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.

La mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto. (16)

Cuarta fase: Depresión

Su sensibilidad o estoicismo, su ira, y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida. (16)

Quinta fase: Aceptación

Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del "descanso final antes del largo viaje". (16)

Resumiendo: la persona experimenta un deterioro progresivo, va perdiendo sus facultades físicas, pérdida de capacidades y autonomía, aumento de dependencia, la fragilidad se va apoderando de toda su persona, causada, como ya hemos dicho, por esa tensión entre cuerpo y espíritu. La muerte será el punto máximo donde se hayan encontrado el dolor y el sufrimiento.

IMPORTANCIA EXISTENCIAL DEL CUIDADOR ANTE EL ENFERMO. TERAPIAS ANTE LOS DOLORES

Sufrir en soledad no se puede. La persona es social por naturaleza y necesita del otro en todo momento, pero más en este. No nacemos sin ayuda y no podemos morir sin ayuda. Por ello el cuidador tiene un papel, yo diría vocación, de una trascendencia sublime. Debe ayudar al enfermo a sufrir pero a sufrir como persona.

El cuidador debe cuidar al máximo al enfermo (infrme, que no está firme) y tiene que administrar bien los medicamentos o tratamientos; estar junto a la persona que sufre; ayudar al paciente a responder a las tres preguntas: ¿Qué, por qué y para qué? del dolor y sufrimiento. Debe hacer ver al paciente que le va a acompañar de persona a persona. Que va al lado del

moribundo o enfermo terminal, cerrando bien y en paz las puertas de la vida. Que juntos van a reflexionar sobre la vida. Que le acompañará a contestar las preguntas sobre la posibilidad de un más allá. Que estará junto al enfermo en todo momento mientras este hace un balance de los valores vividos y de a dónde le han llevado. Que le va a ir aconsejando cómo poner en orden todos sus asuntos.

Para ello, el cuidador debe saber administrar profesional, ética y humanitariamente la terapia analgésica, la terapia psicológica o psicoterapia y el acompañamiento de trascendencia. Debe saber acompañar, saber aconsejar y saber respetar. De ahí la necesidad de que el cuidador esté bien formado y preparado en todo pero también en lo trascendental y espiritual. Podríamos decir que la muerte o cada muerte debe ser siempre, para el cuidador, una llamada a la formación.

Cuando el sistema sanitario, comenta E. Benito (17), no reconoce las distintas necesidades de la persona que afronta la muerte y se centra en los aspectos puramente somáticos de la enfermedad con una actitud "curativa", se produce un sufrimiento iatrogénico y una probable obstinación terapéutica, que afectan negativamente tanto al enfermo como a las personas vinculadas emocionalmente con él y al propio equipo sanitario que se distancia del sentido de su vocación y misión. El sufrimiento *per se* no tiene un valor curativo o reparador, ahora bien, tampoco se trata de reprimirlo o ahogarlo a toda costa, negando su presencia. Tampoco podemos presuponer que sabemos qué es lo que hace sufrir a una persona concreta, o qué es lo que esa persona necesita. Hace falta escuchar profundamente hasta empatizar con su sufrimiento y acompañarlo en él, ni menos ni más. Ahí se trata de algo en lo que se puede intervenir (aliviar un síntoma, facilitar la comunicación con la familia, encontrar una residencia para el hijo con esquizofrenia). Esto sin duda hay que hacerlo a través del profesional del equipo adecuado. Si no podemos intervenir, habrá que saber estar. Y ese es el principal cometido del acompañamiento espiritual. Así lo expresan Rogelio A (18), en colaboración con otros autores, para la revista "Médico".

UN POSIBLE ACOMPAÑAMIENTO DE TRASCENDENCIA

Basándonos también en autores tan iluminadores al respecto de esta reflexión; en Am J (19), Ferrell B y Baird P (20), concluimos este trabajo y, sin entrar en

la real falta de tiempo y personal que a veces acusan los centros hospitalarios o incluso en los hogares, nos atrevemos a proponer una terapia trascendental en la *relación cuidador-paciente*.

Creo que primeramente, antes de todo, debemos estar convencidos, —como nos dice Gómez (21)— de que *“hay enfermos incurables, pero ninguno in-cuidable”*. Siempre que queramos podemos cuidar, pues ayudas de formación no nos faltan. Bermejo (22) también es de los que dice que primero hay que interesarse por el paciente. Como también afirma Saunders (23), fundadora del movimiento Hospicie de cuidados paliativos, *“no abandonar al enfermo cuando la medicina ya no puede curar”*, porque, como dice a los pacientes desahuciados: *“Tú importas por ser tú”*.

En este encuentro lo primero que tenemos que preguntar como cuidadores al paciente es ¿Qué necesitas? ¿En qué podemos ayudarte? y ¿En qué crees que te puedo ayudar?, antes incluso de aplicar los medios terapéuticos.

Antes de entrar en ¿Cómo cuidar? (la práctica), en la formación del cuidador debería existir una sana información religiosa (ojalá fuera practicada por él) de las religiones, de las creencias en general. Esto ayuda inmensamente a la hora de relacionarse con el paciente. Así se podrán dar ánimos y recomendaciones profundas al paciente, sabiendo que en esos momentos está intentando trascender con su espiritualidad especificada en su religión, si la tiene.

¿Necesitas ayuda de alguien? ¿Quieres que te busque a alguien para rezar? ¿Te vendría bien rezar?. Mongue (24) afirma que no tiene reparo en decir: *“Además de los diagnósticos que te hago, rezo por ti”*.

— *Haciendo “todo lo posible”*.

Creo que podemos decir en primer lugar que el personal sanitario está llamado a hacer “todo lo posible” para restaurar la salud al paciente, y mantener en vida a quien no ha muerto todavía.

— *Haciendo “solo lo posible”*.

Si el verdadero bien del paciente demanda hacer “todo lo posible”, también requiere hacer “solo lo posible”. Hacer todo lo que realmente beneficia a la persona y evitar todo lo que sea absurdo, inútil o perjudicial.

— *Haciendo “lo mejor posible”*.

No basta hacer “todo y solo lo posible”. También hay que hacerlo “lo mejor posible”. No se trata solo de “cantidad” terapéutica, se requiere un esfuerzo de “calidad”.

— También hay que hacer una reflexión para saber con qué tiempo contamos para cuidar al paciente,

pero como dice el Doctor Poveda (13) *“ese tiempo que tenemos Kronos (de reloj) lo tenemos que convertir en tiempo Kairós”*, es decir tiempo de encuentro, tiempo de estar ahí y ahora. En muchas ocasiones al paciente solo le podemos ayudar, (cuando las palabras ya no llegan y las esperanzas son ficticias) “estando”. El paciente que sabe que se le está terminando su tiempo, su tiempo es nuestro tiempo. Con este estar nos ganaremos la amabilidad como dice Lovasik (25), *“ejerce una poderosa influencia y alegría sobre los demás”*.

— Diciendo siempre la verdad soportable (13). Ante las preguntas del paciente, como hemos anotado anteriormente, hay que hablar en verdad, solo así el paciente podrá entrar en su interioridad de trascendencia.

— Acordar encuentros a solas con el paciente y con la familia dando la oportunidad del perdón.

— Resaltar la auto-compasión del paciente ante la familia. El paciente tiene que oír que hay cosas que está haciendo bien.

— Ayudar, en las conversaciones, al paciente a que encuentre el sentido de su vida que le ayudará a dar sentido a su muerte.

— El poder de la sonrisa. Una cosa es ser franco con lo que se tiene que decir y otra es saber decirlo con una sonrisa. Entendamos la sonrisa, no como burla sino con amabilidad. Sólo así le podremos hacer las preguntas: *¿En este último viaje necesitas algo?, ¿Tienes miedo?, ¿Qué te preocupa?*

— Ayudar al paciente a alcanzar la paz. Creemos necesario que el cuidador busque con el paciente esos momentos de paz, recordando con él paisajes vividos o imaginados, olores, personas, etc... “a través de detalles prácticos y cotidianos, como proporcionar al enfermo o a su familia cualquier cosa que sepamos que necesitan o prefieren: “la almohada de plumas” para que esté más cómodo, “el caldo de la abuela” cuando ya no puede comer o “la tortilla de patatas” (13).

— Cuando hemos hecho todo lo anterior, podemos lograr que el paciente consiga el equilibrio de sus modos de trascender; la persona alcanza lo que llama Claude (26) “impasibilidad” entendida como perdón de todo aquello que arrastramos en la vida, supresión de toda idea negativa de la vida vivida y de la muerte que afrontamos, y el haberse sentido valorado e incluso querido. Impasibilidad que libera a la persona de todo lo dicho y que le hace entrar en un estado de reposo, tranquilidad y, en definitiva, de paz. Él la llama la auténtica paz, paz consigo mismo y paz con Dios.

— Alcanzar la paz, es alcanzar la trascendencia y esto el paciente no lo puede hacer sin esta relación interpersonal con el cuidador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Ocaña R. Que el médico hable. Ed. Revista Humanizar. Nº 198. 2010. p. 48.
2. Aristóteles. Acerca del alma. Buenos Aires. Colihue. Trad. Boeri II, 414a.
3. Aristóteles. Metafísica. S.L.U. Espasa Libros (Vol. V).
4. De Aquino T. Summa Theologicae Ibidem. (I, q. 29, a. 3; 1 a, q. 12, a. 4; 1 a, q. 75, a. 5; 3 a, q.5; q. 14, a. 1, ad 3; q 16, a. 1; q. 19, a. 6, ad. 2) Edición padres dominicos, 4ª Edición, Biblioteca de autores cristianos. Madrid 2001.
5. Lucas Lucas R. Bioética per tutti. Milano:Ed. San Paolo; 2014. p.17.
6. Razinger J. Teoría de los principios teológicos. Barcelona: Ed. Cassals, 1985.
7. Rivas Rebaque F. Terapia de las enfermedades espirituales en los Padres de la Iglesia. Madrid: San Pablo; 2008.
8. De Fórtice D. Obras completas. Madrid: Ciudad Nueva; 1999.
9. Álvarez M. Los niveles de la persona. Ciclo de conferencias de Antropología (Pastoral Universitaria) URJC, Móstoles. 2008.
10. Eben A. La Prueba del Cielo. Bogotá D.C. Diana. 2013.
11. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona. Ed. Herder. 2015. p. 92.
12. Philippe J. La libertad interior. Madrid. Ediciones Rialp, S.A. 2004.
13. Poveda J, Laforet S. El Buen Adiós. Madrid. Espasa. 2009. p. 145.
14. Mapelli A. Intrivista Servi de la sofferenza. Taranto. Anno XIX, numero 4. aprile 2010. p. 27.
15. Frankl V. El hombre Doliente. Barcelona. Ed. Herder. 2009.
16. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona. Ed. De Bolsillo. 2007. p. 59.
17. Benito E, Barbero J, Payás A. El acompañamiento espiritual en Cuidados paliativos. Arán Ed. S.L. 2008. p. 51-2.
18. VVAA. Noticias del Colegio. Revista Médico nº 126. Octubre de 2009. p. 13.
19. Delgado-Guay MO, Parsons HA, Hui D, De la Cruz MG, Thorney S, Bruera E, Am J. Hosp Palliat Care, Spirituality, religiosity, and spiritual pain among caregivers of patients with advanced cancer. 2013.
20. Ferrell B, Baird P. Semin Oncol Nurs, Deriving meaning and faith in caregiving. 2012.
21. Gómez J. Cuidar siempre es posible. Barcelona. Plataforma Actual. 2011.
22. Bermejo JA. Pastoral de la Salud y Bioética. Madrid. San Pablo. 2009.
- Bermejo JA. Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Santander. Sal Terrae, cuadernos del centro de humanización de la salud. 2009.
23. Saunders C. Fundadora del movimiento Hospice de cuidados paliativos. Madrid. Palabra. 2007.
24. Monge M. La dimensión espiritual en paciente con cáncer. Madrid. Paliativa Panamericana. 1996.
- Monge M. Cuestiones de Biología, Antropología, Medicina, Sexología, Psicología y Psiquiatría. Navarra. Ed. EUNSA. 2003.
25. Lovasik L. El poder oculto de la amabilidad. Madrid. Patmos-Rialp. 2015.
26. Caude Larchet J. Terapéutica de las enfermedades espirituales. Salamanca. Sígueme. 2014.