

El Acompañamiento Espiritual. Necesidades espirituales de la persona enferma.

> José Carlos Bermejo

Director del Centro de Humanización de la Salud de Tres Cantos. Madrid.

Uno de los signos de humanización del mundo de la medicina, que encontramos especialmente en el ámbito de los cuidados paliativos, es la importancia otorgada a los aspectos espirituales.

Fundamentados en una sana antropología y conscientes del límite, aceptado e integrado, que impone la enfermedad y la proximidad de la muerte, los cuidados paliativos constituyen una señal relevante de que los hombres nos preocupamos no sólo de curar a quien está enfermo, sino de cuidar con amor a quien no puede ser curado.

He aquí algunas reflexiones en torno a los aspectos espirituales en el enfermar humano que esperan contribuir a la reflexión interdisciplinar y servir a quienes se interesan por los enfermos, no sólo desde el punto de vista pastoral, sino en el sentido integral, ya sea en sus domicilios, en los hospitales o centros residenciales que cada vez existen en mayor número¹. ▶



José Carlos Bermejo.

1. Aclaración terminológica.

El mundo de la salud y de la lucha contra el sufrimiento y la enfermedad está en constante progreso. Una de los avances más sorprendentes es el que tiene lugar con el desarrollo de los métodos diagnósticos y terapéuticos para afrontar cada vez mejor las diferentes enfermedades que acechan a la humanidad.

No obstante, el esfuerzo permanente por luchar contra la enfermedad, sus causas y sus consecuencias, entre las que figura la muerte como última, no elimina la necesidad de trabajar también en la generación (o quizás recuperación) de una cultura que, integrando la muerte como dimensión propia de la vida, preste una particular atención a los enfermos y proponga un modelo de cuidados esmerados a quienes experimentan en primera persona la vulnerabilidad humana bajo la forma de enfermedad.

La creciente conciencia de que la salud es una experiencia biográfica más que una simple disfunción

en algún órgano o la ausencia de traumatismos, está contribuyendo a repensar modelos de intervención no centrados exclusivamente en la patología, sino en todas las dimensiones de la persona.

Por otra parte, el creciente interés por el tema de la muerte y de la comunicación en las profesiones de salud, se dan cita en los cuidados paliativos, que reconocen en las bases de la terapéutica paliativa elementos que le son íntimamente propios a la humanización, como son: la atención integral, la consideración del enfermo y de la familia como unidad a tratar, la promoción de la autonomía y dignidad del enfermo, la concepción terapéutica activa y la importancia de los ambientes de salud².

Es necesario subrayar que la dimensión espiritual y la dimensión religiosa, íntimamente relacionadas e incluyentes, no son necesariamente coincidentes entre sí. Mientras que la dimensión religiosa comprende la disposición y vivencia de la persona de sus relaciones con Dios dentro del grupo al que pertenece como creyente y en sintonía con modos concretos de expresar la fe y las relaciones,

La dimensión espiritual es más vasta, abarcando además el mundo de los valores y de la pregunta por el sentido último de las cosas, de las experiencias³.

2- Cfr. "Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)", Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993, p. 11.

3- Dice Brusco: "El acompañamiento espiritual comprende en primer lugar las actitudes internas como el respeto, la comprensión, una equilibrada participación afectiva, formas de amor sin las cuales no es posible ayudar a una persona que sufre. Tales disposiciones permiten al agente de pastoral favorecer en los enfermos, para los cuales la dimensión espiritual se exprese religiosamente, la utilización apropiada de los recursos religiosos, como la oración, la Biblia, los sacramentos". Cf. BRUSCO A., "L'operatore pastorale", en: DI MOLA G., (ed.), "Cure palliative. Approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili", Milán, Masson, 1988, p. 186.

La dimensión espiritual, pues, abarca la dimensión religiosa, la incluye en parte. En ella podemos considerar como elementos fundamentales todo el complejo mundo de los valores, la pregunta por el sentido último de las cosas, las opciones fundamentales de la vida (la visión global de la vida).

Cuando la dimensión espiritual llega a cristalizar en la profesión de un credo religioso; cuando el mundo de los valores, de las opciones fundamentales, la pregunta por el sentido, cristalizan en una relación con Dios, entonces, hablamos de dimensión religiosa. Muchos elementos pertenecen, pues, a la dimensión espiritual, irrenunciable para toda persona, pero no todos los individuos dan el paso de la fe: la relación con Dios, la profesión de un credo, la adhesión a un grupo que comparte y concelebra el misterio de lo que cree.

Angelo Brusco, dice que *“espiritualidad es el conjunto de aspiraciones, convicciones, valores y creencias capaces de organizar en un proyecto unitario la vida del hombre, causando determinados comportamientos. De esta plataforma de interrogantes existenciales, principios y valores parten caminos que llevan a elevadas metas del espíritu. Es el caso de la espiritualidad religiosa, que radica tales principios y valores en la relación con un ser trascendente. En la religión cristiana, este ser trascendente es el Dios que por medio de Jesucristo nos ha sido revelado, un Dios con el cual establece el creyente una relación de amor del cual saca la fuerza para realizar su proyecto de vida en el ámbito de todas las dimensiones del ser”*⁴.

Si bien contamos con “ministros” religiosos para atender la dimensión espiritual y religiosa de los que se adhieren a un grupo determinado, la dimensión estrictamente espiritual no es tarea exclusiva de los así llamados “agentes de pastoral” (sacerdotes, pastores, capellanes, religiosos, seglares),

sino que es tarea de todo profesional sanitario estar atentos a la dimensión espiritual de los pacientes, de modo especial en la última fase de la vida, cuando esta dimensión cobra una especial relevancia.

Efectivamente, *“lentamente se está introduciendo en el contexto cultural norteamericano lo que ya se ha denominado el paradigma de lo espiritual. La cuestión del espíritu está adquiriendo un peso específico en la reflexión en torno al cuidar, pues se ha puesto de relieve que el ejercicio de cuidar no puede referirse exclusivamente a la exterioridad del ser humano, sino que requiere, también, una atención a su realidad espiritual, es decir, a lo invisible del ser humano. Inclusive en una cultura de carácter pragmático y utilitarista como la norteamericana, la cuestión del espíritu está adquiriendo una cierta trascendencia, lo que parece socavar sus fundamentos antropológicos tradicionales”*⁵.

1. Necesidades espirituales de la persona enferma.

Aclarada la diferencia entre dimensión espiritual y dimensión religiosa, nos proponemos adentrarnos en el mundo de las necesidades espirituales.

A este respecto, no es infrecuente encontrar dificultad a nombrarlas cayendo, con una cierta frecuencia en las puras necesidades que otros calificarían de psicológicas. Salvadas las necesidades específicamente religiosas, relacionadas con la celebración de la fe, numerosas necesidades pueden ser descritas por la psicología y por la reflexión sobre la espiritualidad. Ahora bien, la identificación

4- BRUSCO A., "Madurez humana y espiritual", San Pablo, Madrid 2002, p. 37.

5- TORRALBA F., "Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar", en: "Labor Hospitalaria", 1999(3) n. 253, p. 267.

de algunas de ellas como específicamente espirituales nos refleja un modo de considerar al hombre y un punto de partida desde el que le queremos comprender a la persona: una visión holística.

La **Organización Mundial de la Salud** dice que lo *"espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales"*.

No es lo mismo que "religioso", aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso.

El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos y sociales. A menudo se percibe como vinculado con el significado y el propósito⁶.

"Pertenezcamos o no a una religión, la preparación para acompañar a las personas que finalizan su vida debiera tomar en consideración la dimensión espiritual del ser humano. No sólo no debiéramos avergonzarnos, sino que deberíamos saber que hay ahí una eficacia de otro orden, la eficacia del corazón", ha afirmado recientemente **De Hennezel** y **Leloup**⁷.

Barbero⁸ afirma que el concepto de necesidad es ambiguo. En principio, necesidad se refiere clásicamente a un objeto cuya falta puede ser llenada por el objeto mismo.

Pero ya **Maslow** nos invita a tomar conciencia de la diversidad de necesidades, que -con todos sus límites- él clasifica de manera jerárquica: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y reconocimiento y de autorrealización.

La no satisfacción de necesidades físicas suele entrañar sufrimiento y normalmente su satisfacción viene dada por objetos. Sin embargo, las necesidades psicológicas hacen referencia a relaciones interpersonales y la satisfacción viene más por la vía de la relación. También hablamos de necesidades espirituales, y su no satisfacción entraña sufrimiento igualmente.

Algunos autores nos pueden ayudar a dar definición o concreción a éstas, aunque se han desarrollado más en el ámbito de los enfermos terminales, por la importancia que éstos le dan a la dimensión espiritual.

C. Jomain⁹ define las necesidades así: *"necesidades de las personas, creyentes o no, a la búsqueda de un crecimiento del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o que están todavía deseando transmitir un mensaje en su vida"*.

Cecily Saunders¹⁰ se refiere a lo espiritual como el campo del pensamiento que concierne a los valores morales a lo largo de toda la vida, donde se dan cita recuerdos de defecciones y cargas de culpabilidad, apetencia de poner en primer lugar lo prioritario, de alcanzar lo que se considera como verdadero y valioso, rencor por lo injusto, sentimiento de vacío... etc.

Así también, hay quien habla de espiritualidad en términos operativos: la capacidad de trascender las realidades de funcionamiento de uno (física, sensorial, racional y filosófica), a fin de amar y ser amado dentro de la propia comunidad, para dar significado a la existencia y manejarse con las exigencias de la vida¹¹.

6- WHO. Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Comité. Technical Report Series 804. Geneva, WHO, 1990.

7- DE HENNEZEL M., LELOUP J.Y., "El arte de morir. Tradiciones religiosas y espiritualidad humanista frente a la muerte", Barcelona, Helios, 1998, pp. 38.

8- Cfr. BARBERO J., "El apoyo espiritual en cuidados paliativos": Labor Hospitalaria 263 (2002), pp. 6-7.

9- JOMAIN C., "Morir en la ternura", San Pablo, Madrid 1987.

10- SAUNDERS C., "Spiritual Pain", Journal of Palliative Care, 4 (1988), p. 3.

11- HAY M., "Principles in building spiritual assessment tools", American Journal of Hospice Care, 1989, pp. 25-31.

Citemos finalmente a Speck¹² que describe la espiritualidad desde tres dimensiones: la capacidad de trascender lo material, la dimensión que tiene que ver con los fines y valores últimos y el significado existencial que cualquier ser humano busca.

Cada vez se es más consciente de la importancia de la detección de las necesidades espirituales¹³.

Se va abriendo camino, justamente promovido por la filosofía de los cuidados paliativos, un estilo relacional en salud que se define como holístico, centrado en la persona, integral, donde se contemplan las necesidades que tienen que ver con la dimensión física, la intelectual, la emotiva, la social o relacional y la espiritual.

Si bien en muchos hospitales públicos y privados se reconoce la figura encargada de los servicios religiosos, es competencia de todos los profesionales de la salud la detección y atención a las necesidades espirituales. Dice Gómez Sancho: *"Entender el asunto de que las necesidades espirituales y religiosas no son sinónimas, tiene una gran importancia práctica. No es asunto exclusivo del sacerdote o pastor intentar hacer frente a este tipo de necesidades. Todos los componentes del equipo pueden y deben, en uno u otro momento, ayudar al enfermo en unos aspectos de su recorrido, tan importantes como intangibles"*¹⁴.

No obstante, poco avanzada parece estar la construcción de herramientas para detectar las

necesidades espirituales. Parece que nos movemos en un terreno aún poco explorado.

3. Acompañamiento en el plano espiritual.

Acompañar viene del latín *cum-panis*. Su significado tiene relación simbólica con lo que podríamos expresar así: "comer pan juntos", sentarse a la mesa emocional y espiritual del enfermo y intercambiar cuanto hay en ella: sentimientos, deseos, preocupaciones, esperanzas...

Acompañar en los sentimientos y esperanzas del otro pasa entonces por hacer un camino con el que sufre, yendo a su ritmo, acompasando las notas musicales del mundo interior.

La psicología pastoral nos permite tomar conciencia de los elementos fundamentales del acompañamiento espiritual con la expresión *relación pastoral de ayuda o counselling pastoral* a los que se les está prestando una atención creciente en los últimos años por ofrecer los recursos en términos de actitudes y habilidades para un acompañamiento oportuno.

Acompañar significa, pues, disponerse a entrar en tierra sagrada "descalzos", libres de algunas tendencias más o menos arraigadas como las de moralizar sobre lo que el enfermo dice, siente, ha hecho, etc.; la de responder con frases hechas y consuelos baratos (tópicos: "otros están peor", "hay que animarse", "con el tiempo todo se cura", etc.); la tendencia a investigar o a llenar la visita

12- SPECK P.W., *Spiritual issues in palliative care*, en DOYLE, D., GWC HANKS, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford University Press, Oxford 1993.

13- Cfr. LARRU J.Mª, "Las necesidades espirituales y la ética en las Unidades de Cuidados Paliativos", en AAVV., "La medicina paliativa, una necesidad socio-sanitaria", Bilbao, Hospital de San Juan de Dios, 1999, pp. 299-322.

14- GOMEZ SANCHO M., "Cuidados paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales", Vol. II, Canarias, ICEPSS, 1988, p. 800.

de preguntas; la tendencia a decir al otro lo que tiene que hacer, lo que tiene que sentir o pensar ("no te preocupes", "no estés triste", "no te desanimes", "tienes que...", etc.). Sobre todo, evitar la tendencia a decir aquello que uno mismo no se cree ("todo irá bien", etc.).

Acompañar comporta "hacerse cargo" de la experiencia ajena, dar hospedaje en uno mismo al sufrimiento del prójimo, así como disponerse a recorrer el incierto camino espiritual de cada persona, con la confianza de que la compañía sana (que significa también "saber no estar"), ayude a superar la soledad, genere comunión y salud en el sentido holístico, global, integral.

Quien sabe acompañar, en efecto, genera salud. Consigue, con su discreta presencia, un mayor confort físico, una mayor estabilidad emocional, una compañía para compartir las preguntas por el sentido, las inquietudes y malos momentos que conlleva la enfermedad. Quien sabe acompañar mata la soledad con su delicada presencia, se mete en los zapatos de su prójimo, se acomoda a su perspectiva y se sienta a su mesa personal con todos los sentidos en clave de servicio.

El que acompaña no dirige, sino que camina al lado; no impone, sino que insinúa; no aconseja, sino discierne en común.

1. Abordaje de las necesidades espirituales

Desde el plano espiritual, entendemos que el fin del acompañamiento consiste en detectar las necesidades e intentar acompañar a la persona en su satisfacción. Se trata de intentar eliminar el sufrimiento innecesario, luchar contra el sufrimiento injusto y evitable, mitigar en lo posible el sufrimiento inevitable, asumir el sufrimiento que no se puede superar en actitud sana¹⁵. Es decir, se

trata de acompañar a vivir el enfermar de manera apropiada -no expropiada por el ayudante-, es decir, en clave de relación sana consigo mismo, con los demás, con el mundo y -para el creyente- con Dios, manteniendo en todo lo posible el protagonismo.

- Procurar soporte emocional y espiritual.

Efectivamente, una de las funciones importantes del acompañamiento o relación de ayuda en la enfermedad es la función catártica. Por medio de ella el individuo tiene la capacidad de liberarse de una serie de tensiones emotivas que le han sido generadas por su situación de malestar¹⁶.

Ofrecer la oportunidad de drenar las emociones, compartir los miedos, hablar espontáneamente de lo que hace sufrir, de la muerte cuando el paciente o la familia lo desea, dar nombre a los sentimientos, acompañar a utilizar la energía de los mismos y hacer la paz con que éstos han de colorear la experiencia de sucesivas pérdidas, constituye uno de los retos más importantes del ejercicio del rol de facilitador y de intermediario propio del profesional, especialmente del agente de pastoral.

**En este sentido,
es importante
constatar que la relación
de ayuda puede disminuir
el riesgo de duelo
patológico entre
familiares y amigos.**

15- Cfr. PAGOLA J.A., "Acción pastoral para una nueva evangelización, Santander, Sal Terrae, 1991, p. 155-158.

16- OJEDA MARTIN M., GOMEZ SANCHEO M., "La comunicación en la relación de ayuda", en: GOMEZ SANCHEO M., "Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales", o.c., p. 271.

Sabemos que una de las causas más frecuentes de que los familiares tengan problemas en la elaboración del duelo, son los sentimientos de culpa ante la idea de no haber hecho todo lo posible por su ser querido¹⁷.

Susana Tamaro, en su novela "Donde el corazón te lleve", ha escrito: "Por haber vivido tanto tiempo y haber dejado a mis espaldas tantas personas, a estas alturas sé que los muertos pesan, no tanto por la ausencia, como por todo aquello que entre ellos y nosotros no ha sido dicho"¹⁸.

El soporte emocional comporta también acompañamiento a elaborar el dolor por las pérdidas. Un interesante planteamiento ha sido hecho por Sandro Spinsanti, que plantea una cuestión de radical importancia: "La tarea principal de un profesional de relación de ayuda, ¿consiste en acallar, con los medios a su disposición, el dolor de la separación para hacerlo tolerable? Y si queremos dar a la cuestión la forma de un dilema: ¿Debe tenderse a eliminar el dolor de la separación o a elaborarlo en sentido psicológico/espiritual? Las separaciones son sinónimos de sufrimiento. Separarse de alguien o de algo hace sufrir. (...) La tentación del acercamiento humanista consiste en dulcificar las separaciones, especialmente la más angustiosa de todas, la muerte, con una especie de nueva religión, la del acercamiento psicológico, filosófico, que niega la angustia existencial"¹⁹.

El autor aclara que en el antagonismo entre esperanza de vida y angustia de muerte, implícito en todo proceso de separación, el acercamiento humanista se apoya en la concepción filosófica que sabe ver en la muerte no el escándalo o el fracaso, sino la realización del destino humano en

sentido trascendente. La separación pierde así su aspecto más dramático y hasta puede ser integrada en un proceso de crecimiento y de autorrealización.

Pero ¿no corremos así el riesgo de vernos sumergidos en un consuelo barato que quita al dolor de la separación su aguijón? Este dolor que puede tener la capacidad de producir beneficios (sin caer en el dolorismo), no los producirá si se le ahuyenta demasiado solícitamente mediante una práctica consolatoria desarrollada por los profesionales de las relaciones de ayuda.

En último término, si es necesario acompañar con soporte emocional, es necesario también desarrollar la capacidad de dejar al otro solo. Quien es capaz de encontrarse sabrá también separarse, del mismo modo que la separación es el requisito de todo encuentro.

El objetivo, pues, de la relación de ayuda al enfermo no es evitar las separaciones o el dolor que producen, ni esconderlo como la basura bajo la alfombra, sino acompañar a elaborar el dolor: enseñar mediante la misma relación de ayuda (el modo de relacionarse ha de ser modelo para vivir el encuentro y la separación) el arte de separarse y el arte de encontrarse.

- Promover el diálogo en la verdad y la autenticidad

No es fácil cifrar el diálogo con el enfermo en la verdad. Paradigmática de esta dificultad puede ser la relación con el enfermo terminal.

A veces, cuanto más próximo afectivamente es la persona que va a morir más difícil se hace el

17- GARCIA RODRIGUEZ E.D., "Asistencia domiciliaria. La muerte en casa. Coordinación entre los distintos niveles asistenciales", en: GOMEZ SANCHO M., "Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales", o.c. p. 233. Sobre la ayuda en el duelo ver también BERMEJO J.C., "Humanizar el encuentro con el sufrimiento", Bilbao, Desclée de Brouwer, 1999, pp. 59ss.

18- TAMARO S., "Donde el corazón te lleve", Barcelona, Seix Barral, 1996, p. 17.

19- SPINSANTI S., "Le relazioni di aiuto nelle situazioni di separazione", en AAVV., "Le separazioni nella vita", Assisi, Cittadella, 1985. p. 9.

diálogo en la verdad (que es distinto de la comunicación del diagnóstico o de las malas noticias).

Argumentamos, a veces, el miedo a hacer daño con la verdad. Sin embargo, más frecuentemente suele ser el miedo a encontrarnos con nosotros mismos en la verdad del paciente y en la nuestra, lo que nos lleva a evitar el diálogo en la verdad. Quizás la imagen que queremos ofrecer a los otros y por la que tanto trabajamos, al encontrarse con los ojos del enfermo -que vive la hora de la verdad por excelencia- se encuentra con la imagen real, devuelta por sus ojos como con un espejo, y nos desmonta nuestros esquemas, provocándonos miedo.

Quizás argumentamos que la verdad es cruel. Sin embargo, creo que vale la pena pensar que *"la verdad es antídoto del miedo. Lo terrible y conocido es mucho mejor que lo terrible y desconocido"*²⁰.

*"Que el enfermo sorprenda a su médico en un renuncio, supone el golpe más cruel de todos. Además, cuando el médico ha mentado al enfermo, indefectiblemente, la familia también lo ha hecho. Es fácil imaginar lo que puede sentir una persona enferma que descubre que su médico y sus seres queridos (es decir, todos los que le importan) le han mentado"*²¹. Lo mismo podemos decir de los profesionales de la salud.

No estar dispuesto a entablar un diálogo en la verdad puede suponer dejar al paciente en la soledad emotiva y afectiva que puede ser leída también, en algunos casos como una verdadera "muerte social"²²; es el caso, a veces, de la situación en la

que el enfermo tiene que vivir su proceso en medio de la "conspiración del silencio" o de la sospecha de que le engañen. Puede hablarse, en situaciones límite, de verdadera eutanasia social.

"Los pequeños dolores son locuaces; los grandes, callan estupefactos" (Séneca). De ahí la importancia también de compartir el silencio, que muchas veces es más elocuente que muchas palabras.

- *Acompañamiento en el manejo de la angustia y de las preguntas difíciles*

La presencia de la enfermedad nos interpela²³. En una institución de salud, un día cualquiera, mientras una enfermera iba a sacar sangre y a poner una sonda nasogástrica a una anciana enferma terminal, le dijo: *"Me estoy muriendo. ¿Por qué no me dejáis? Estoy preparada. No me engañes. Sabes que no puedo aguantar días... Ya no me quedan fuerzas"*. Interpelante, conmovedor... Una situación que reta al ayudante en la dimensión espiritual.

"Yo lo veo muy mal. Me huelo lo peor. -Le dijo otro enfermo, éste de 50 años, a la enfermera- Tú ya sabes a lo que me refiero. ¿Crees que saldré de ésta?"

Aquel otro le dijo al agente de salud: *"¿Qué razones tengo yo para esperar? Me lo diga usted. Usted que me conoce, dígame qué puedo esperar yo todavía. Pero sinceramente; no me tome el pelo como todos los demás que no saben decir más que: ¡Ya verás que las cosas irán mejor! ¿Qué significa "mejor" para mí? Tengo la cabeza que... nadie puede imaginar cómo tengo la*

20- GOMEZ SANCHO M., "Las malas noticias", en: GOMEZ SANCHO M., "Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales". o.c., p. 287.

21- GOMEZ SANCHO M. "Cómo dar las malas noticias III. Orientaciones Básicas", en GOMEZ SANCHO M., "Cuidados paliativos: atención integral a enfermos terminales" vol II, o.c., 1988, p.747.

22- Cfr. BERMEJO J.C., "Relación de ayuda. En el misterio del dolor", p.107-110.

23- Algunas de las reflexiones expuestas en este punto, han sido desarrolladas también en BERMEJO J.C., "Impacto de la enfermedad en la vida de la persona", en: AAVV., "El Dios cristiano y el misterio de la enfermedad", Salamanca, Secretariado Trinitario, 1996, pp.13-42.

cabeza... No puedo ni estar sentado, ni leer. Ya no me queda nada. No me queda nada. Y aún así, tengo que esperar. Así lo quieren. Además de estar desesperado, tengo que disimular que no lo estoy. Dígame qué hago yo con este mal. ¡A veces ya no puedo más! Tengo miedo, pero deseo morir de una vez. ¡Dígame usted, ¿qué tengo que hacer, qué tengo que esperar?"

El profesional se encuentra con numerosas situaciones en las que se siente interpelado a acompañar a manejar la angustia. Alonso-Fernández habla de tres tipos de angustia: la "metafísico-religiosa", sentida como culpa o posible condenación y que ha sido estudiada especialmente por Kierkegaard y Jaspers. Otro tipo de angustia sería la existencial, como amenaza de la afirmación del ser ante la muerte, estudiada particularmente por Heidegger. Y, por último, la angustia espiritual, como amenaza de absurdidad de la existencia, estudiada especialmente por Tillich²⁴.

Pero ante las preguntas difíciles, ante las preguntas sobre el sentido, se requiere una particular disposición del ayudante que comprenda la naturaleza de las mismas. Angel González Núñez ha escrito:

*"Hay preguntas que no se plantean para ser contestadas, sino para que ellas interroguen a la persona que las plantea. Le alertarán sobre incertidumbres, incógnitas y misterios que -acompañantes inseparables y huéspedes familiares de la vida de cada día- alberga oficiosamente en su casa. Versan sobre realidades normales y sabidas, como la salud y la enfermedad, el bienestar y el sufrimiento, la satisfacción y la decepción, la esperanza y la desesperanza, el bien y el mal, la vida y la muerte. El hombre va zigzagueando por la vida entre esas polaridades, intentando encontrar el equilibrio sobre la "y" en que ambas se dan la mano. (...) Las preguntas existenciales, vitales y trascendentes no son para ser contestadas, sino para ser vividas. Una respuesta objetiva, universal, definitiva, nadie puede esperarla: sería pretenciosa y vulgar, vana y deshumanizadora. La duda y la pregunta, la incógnita y el misterio, el temor y la esperanza son ingredientes irrenunciables de la vida humana. (...). Nos interesa su arte de plantearlas, su talante para asumirlas, su sabiduría para vivirlas con temor y respeto. Es quizá el modo mejor de humanizarlas y de que ellas nos humanicen"*²⁵.

El poeta Rocki escribía: *"Sé paciente con todo lo que queda sin resolver en tu corazón. Trata de amar tus mismas preguntas. No busques las respuestas que no se pueden dar, porque no serás capaz de vivirlas. Vive tus preguntas porque tal vez, sin notarlas, estás elaborando gradualmente las respuestas"*²⁶.

Acompañar a manejar las preguntas difíciles

**Acompañar a manejar
la angustia significa
sobre todo dar espacio a la
formulación del impacto
cognitivo y emotivo que la
enfermedad produce.
Se trata de estar abierto
al diálogo y facilitar
el drenaje emocional.**

24- Cfr. ALONSO-FERNANDEZ F., "Psicología médica y social", Barcelona, Salvat, 1989(5), p. 33 y 668.

25- GONZALEZ NUÑEZ A., "Antes que el cántaro se rompa. Sobre la salud, la enfermedad, la muerte y la vida", Madrid, San Pablo, 1993, p. 9-11.

26- Citado por PANGRAZZI A., "La pérdida de un ser querido", Madrid, Paulinas, 1993, p. 107.

supone aceptar incondicionalmente el significado concreto de las mismas para quien las plantea. Supone no escaparse con racionalizaciones o abstracciones, sino centrarse en la persona que nos comunica sus sufrimientos; centrarse en el significado único que para ella tiene cuanto le acontece. Esta actitud se despliega en la destreza de personalizar.

“Personalizar en la comunicación significa ocuparse del significado único que lo que se oye tiene para quien lo pronuncia. Significa acoger los sentimientos únicos con los que el sujeto vive de modo intransferible el impacto de lo que acontece a su alrededor o dentro de sí. Personalizar supone despojarse de muchos principios y convicciones y revestirse de un vacío acogedor.

El que personaliza, el que escucha realmente, el que inspira confianza para abrir el baúl es aquel

que no se escandaliza ante lo que oye, sino que admira con sorpresa el maravilloso mundo que no está en el escaparate, sino en la trastienda de cada uno, que no está en la superficie, sino en lo profundo, allí donde todos somos tan sencillos como niños, allí donde somos frágiles, donde la fantasía nos hace ricos y pobres a la vez y donde la imaginación produce para nuestro beneficio y para nuestra complejidad.

Para el que escucha con interés, una cosa no es importante en sí misma, sino que pasa a serlo, por insignificante que parezca, en el momento en que alguien lo cuenta de sí²⁷.

**Acompañar a vivir las
preguntas que no tienen**

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90
08022 BARCELONA

respuestas, a compartirlas,
quizás sea el modo más
sabio de elaborarlas.

Quizás aquí serviría también aquella máxima: *"Nunca hables a menos que pienses que puedes mejorar al silencio"*²⁸.

Lejos del profesional de la salud el deseo de anestesiar la pregunta, incluso cuando ésta incomoda a los que la comparten. El reto permanente será también el de evitar todo tipo de frases que tenemos listas para ser dichas sin que estén centradas en la experiencia única de quien comparte la pregunta por el sentido. Kaye dice: *"Deme 10 minutos de escucha interesada, no interrumpida y le diré a Ud. todo lo que necesita saber para ayudarme"*²⁹. Quizás sea también ésta la pista para comprender qué hay detrás de cada persona que plantea las preguntas que nos parecen difíciles de responder.

- *La pregunta por el sentido y la valoración personal del sufrir y del morir*

Otro aspecto importante de la experiencia espiritual del enfermo es el acompañamiento en la identificación o en la vivencia de los nuevos valores descubiertos con ocasión de la situación por la que pasa. Es un dato de la experiencia el hecho de que muchos enfermos descubren el encanto (el valor) de realidades a las que anteriormente no se lo atribuían, quizás por la prisa con la que vivían.

Un enfermo de Sida ha escrito: *"He visto jóvenes*

*enfermos de SIDA adquirir en pocos meses diez años de madurez, un sentido de los valores que quizá se conquista sólo con la experiencia de toda una vida"*³⁰. Descubrir nuevos valores, ver la vida como un misterio, vivir el sufrimiento como ocasión para madurar, a pesar del mismo, pueden ser puntos de luz que, si bien no solucionan el ansia de sentido, pueden marcar una ruta para vivir la situación de la enfermedad.

Entre los valores, quizás lo que más es apreciado es el mundo de las relaciones afectivas, es decir, el sentido de comunión, la experiencia de no estar solo en medio de la soledad existencial que caracteriza la condición humana y que puede hacer experimentar un amargo sabor en la estación de la enfermedad. *"Si el hombre tiene bastante vivo el sentimiento de estar en comunión con los demás, de ser parte de un todo, de ser miembro de un grupo, está integrado en un "Nosotros" que le supera y le da una más amplia dimensión"*³¹. De aquí la especial importancia que toma el mundo de las relaciones en la enfermedad, la calidad de las mismas, su grado de autenticidad y profundidad, el lenguaje de los gestos y de los símbolos, el mundo de las pequeñas cosas que se convierten en grandes.

Viktor Frankl, padre de la logoterapia, ha dado una especial importancia al mundo de los valores en medio del sufrimiento. Según él, la vida en medio de un sufrimiento sin sentido, puede tener sentido a partir de los valores que la persona sea capaz de vivir. El autor distingue en diferentes tipos de valores:

- Los valores de acción o de creación, es decir, el ejercicio de las propias potencialidades humanas, personales.

27- BERMEJO J.C., "Relación de ayuda. En el misterio del dolor", o.c., p. 13.

28- STOTER D., "Spiritual Care", en PERSON J., FISHER D., "Palliative care for people with cancer", London, Edward Arnold, 1991, p. 196.

29- Kaye P., Symptom Control in Hospice and Palliative Care. Hospice Educ. Inst. Essex. Connecticut, U.S.A, 1990, 74-77, citado en: "Atención al enfermo en fase terminal", Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 1994, p. 22.

30- Citado en: BERMEJO J.C., "Sida, vida en el camino", Madrid, Paulinas, 1990, p. 103.

31- VIMORT J., "Solidarios ante la muerte", Madrid, PPC, 1990, p. 107.

- Los valores de asimilación, es decir, la integración de cuanto de positivo tiene la cultura y cuanto nos circunda, haciéndolos propios e interiorizándolos.

- Y los valores de actitud, o también llamados de soportación. Serían estos últimos los que serían capaces de cambiar de signo el sufrimiento. En este sentido el comportamiento ante el dolor podría dar significado a una vida incluso en medio de un atroz sufrimiento, aún en las circunstancias extremas, porque con tal actitud el hombre sentiría la propia responsabilidad para con los valores y haría emerger la dimensión específica del ser humano, es decir, la propia conciencia y responsabilidad. Según Frankl, entonces, no importa ya la interpelación que proviene del sufrimiento y que se refiere a la búsqueda de las causas (¿por qué?), ni únicamente el mirar hacia adelante esperando la liberación (¿hasta cuándo?), sino el cómo sufrir. El dolor, soportado auténticamente conduciría a un enriquecimiento de la persona. La persona sería libre incluso cuando a los ojos se presenta esclava de las ataduras de la enfermedad y del sufrimiento: libre de comportarse de una manera o de otra, y por lo mismo, responsable³².

Creemos, pues, que es posible vivir sanamente

el sufrimiento³³ producido por la enfermedad.

A ello somos llamados cuando no se puede superar o hacerlo desaparecer. Se trata de un proceso de integración del sufrimiento, se trata de un cambio de planteamiento, de traducir la pregunta "¿por qué?" en "¿cómo?"³⁴. Es la propuesta que nos viene de la logoterapia, la terapia mediante los valores, propuesta por V. Frankl.

- *Acompañar a leer la propia historia y recapitular.*

Una de las experiencias más comunes en la enfermedad es la mirada hacia atrás, que permite tomar conciencia del propio pasado. Se dice que el modo de vivir la enfermedad depende en no poca medida del modo de vivir en general: una vida llena y sensata o vacía y sin sentido³⁵. En relación a la muerte, Vimort dice que "*para afrontar la muerte en mejores condiciones es necesario tener una idea suficientemente positiva de la propia existencia. (...) Si escucho las quejas, las penas que se refieren al pasado, con la evocación lacerante de las desgracias, contrariedades o lutos, me digo a mí mismo que el enfermo (o su entorno, el problema es el mismo) intenta hacer el balance de su vida. Es quizá rumiar todas sus penas de forma estéril y deprimente; pero puede ser también un intento de volver sobre ello de otro*

32-Cfr. BERNARD Ch.A., "Sofferenza, malattia, morte e vita cristiana", Milano, Paoline, 1990, p. 55. Es lo que Frankl ha llamado "una lectura metaclínica del significado": el sufrimiento como realización de los valores, la adquisición de la capacidad de sufrir, el dolor como prestación, el dolor como crecimiento, como maduración, el dolor que enriquece, que es afrontado, del cual no se huye y en el cual se es capaz de introducir la dinámica del amor que trasciende el sufrimiento no en un masoquismo o aceptación pasiva, sino en un dotar al dolor de significado. Cfr. FRANKL V., "Homo patiens", Varese, Salcom, 1979, p. 96-109.

33-Expresión bíblica tomada de Tito 2, 2.

34-DE HENNEZEL M., o.c. p. 170.

35-Cr. ELIAS N., "La solitudine del morente", Milano, Il Mulino, 1985, pp. 77-78. Dice Nigg: "Hay personas que justo poco antes de morir ven pasar por delante de sus ojos, una vez más, toda la vida, como si estuviese escrita en un texto desconocido y advierten que de repente, dentro de ellos, la dureza que les ha inundado hasta entonces, deja espacio a la dulzura y al perdón". NIGG W., "La morte dei giusti. Dalla paura alla speranza", Roma, Città Nuova, 1990, p. 87.

36-VIMORT J., o.c., p. 98-99.

modo, para llegar a asumir y a dominar ahora todo lo que, hasta el momento, le había herido profundamente. Es el momento de curar las llagas³⁶. Es el momento de reconciliarse consigo mismo, con la propia vida, manejando la culpa y la memoria.

Y parece como si en muchos momentos de la enfermedad pasara por delante de la pantalla de la persona la "película de la propia vida" y en ella se hace con frecuencia la experiencia del sentimiento de culpa que desencadena una de las formas que adquiere la angustia. El enfermo se convierte así en juez y acusado de su propio pasado³⁷.

*"Es el sentimiento de angustia o autocondena que a veces nos atenaza y nos hace sentir un nudo en el estómago. Por ejemplo la angustia por haber transgredido una prohibición y el consiguiente miedo al castigo. O bien la autoacusación por no haber sido digno de las expectativas del otro y el consiguiente miedo de perder su amor. O bien la humillación de aparecer a nuestros ojos con la imagen rota de nosotros mismos"*³⁸.

Parece como si, encontrándose con la verdad de la vida, se nos anulara la tendencia que tenemos a olvidar sin haber sanado, porque el recuerdo pudiera hacerse muy pesado en nuestra mochila³⁹. Emerge entonces el sufrimiento que pide ser sanado mediante el recuerdo sereno de quien quiere enfrentar su condición de herido. Por eso dice Nouwen que la primera tarea de quien quiere ayudar al enfermo desde el punto de vista espiritual es ofrecer espacio en el que los recuerdos hirientes del pasado puedan aflorar, ser traídos a la luz sin miedo⁴⁰.

Argullol ha escrito: *"cerca la hora, deberíamos aún tener dos días, el primero, para reunirnos con quienes hemos odiado y, el segundo, para hacerlo con quienes hemos amado. Y a unos pediríamos perdón por nuestro odio, y a los otros, por nuestro amor, de modo que, aliviados de ambos pesos, pudiéramos dirigirnos, ligeros, a la frontera"*⁴¹.

Es un proceso de pacificación consigo mismo necesario para serenarse consigo mismo, con los demás y con Dios. No se consigue única y necesariamente mediante el sacramento de la reconciliación que tanto bien puede acarrear al enfermo ayudándole a descubrir detrás del sentimiento de culpa una Presencia amorosa que le trasciende⁴².

**Es necesario un tiempo
para poner en orden
las propias experiencias
acumuladas en la vida
y poder perdonar
interiormente a quien
te ha herido y pedir
perdón abierta
o simbólicamente a
quien se ha ofendido**⁴³.

36- VIMORT J., o.c., p. 98-99.

37- Cfr. FERNANDEZ A., "Atención espiritual", en: ALVAREZ J.A. (Ed) "El cáncer, proceso oncológico integral", León, 1988, p. 589

38- CENCINI A., "Vivere riconciliati. Aspetti psicologici", Bologna, Dehoniane, 1986, p. 27.

39- Cfr. TILLICH P., "L'eterno presente", Roma, Astrolabio, citado en: LINN D. e M., "Come guarire le ferite della vita", Milano, Paoline, 1992, p. 141.

40- NOUWEN H.J.M., "La memoria viva de Jesucristo", Buenos Aires, Guadalupe, 1987, p. 21. "Lo que es olvidado no puede ser sanado y lo que no puede ser curado puede convertirse fácilmente en causa de un mal mayor". Cfr. Ibidem., p. 15.

41- ARGULLOL R., "El cazador de instantes", Barcelona, Destino, 1996, p. 44.

42- Cfr. GRELOT P., "Nelle angosce la speranza", Milano, Vita e Pensiero, 1986, p. 289.

43- Cfr. NIGG W., o.c., p. 134.

Difícilmente se puede alcanzar este objetivo si el profesional de la salud no *"se aproxima al misterio y a la vulnerabilidad de estas historias, ofreciendo a los protagonistas lo que ellos invocan: la sencillez del respeto y del calor humano"*⁴⁴.

Difícilmente se puede acompañar al enfermo en este proceso de autoperdón y de autocuración si antes no se hace un camino de integración de la propia dimensión negativa reconociéndose "curador herido". Sólo aceptando los propios límites y con el peso de dolor inherente a la propia condición humana será capaz de permanecer al lado de la persona que sufre, dejándose afectar por su tragedia y manteniendo con ella un contacto cargado de ternura y de comprensión y ayudándole a descubrir las fuerzas curativas que le permitan pasar de la desesperación y la culpa a la serenidad y a la esperanza⁴⁵. Este reconocimiento de la propia negatividad hace al profesional de más tolerante y comprensivo y no tiene por qué ir acompañado, como sucede normalmente, por un sentimiento de tristeza y de amargura, sino de jovialidad y de profunda alegría⁴⁶.

El agente de salud que quiera acompañar al enfermo a vivir de una manera digna, se encuentra con quien está perdiendo la vida, las cosas que ya no podrá hacer y las cosas que le disgusta haber hecho y que ya no puede cambiar⁴⁷. Es la experiencia del duelo anticipatorio por la que pasa el paciente, equivalente a la que experimentamos cuando nos sentimos ante una amenaza y elaboramos la frus-

tración consiguiente, la experiencia de las posibles pérdidas cercanas⁴⁸. Estamos acostumbrados a pensar en el duelo atribuyendo el proceso sólo a quienes han perdido a un ser querido; sin embargo es una experiencia que se hace ante toda pérdida real o previsible.

El duelo anticipatorio ayuda a los enfermos y a los familiares *"a tomar conciencia de cuanto está sucediendo, a liberar los propios estados de ánimo, a programar el tiempo"*⁴⁹. La escucha, el diálogo abierto con el enfermo, sin evitar ni condenar cualquier tipo de sentimientos con actitud empática, le ayudará a comprender las pérdidas.

En el fondo, ayudar al enfermo a hacer las paces con el propio pasado, con la propia vida, es acompañarle a vivir algunas de las fases descritas por Kübler-Ross⁵⁰, como la ira, cuando ésta es producida por la angustia experimentada al encontrarse realmente consigo mismo y no poder huir (negar), o el pacto, cuando de modo psicológicamente infantil se pretende comprar lo imposible pagando con algo que anteriormente quizás no se haya vivido (por falta de una verdadera adhesión al bien), o la depresión que nace de la experiencia de cuanto se ha perdido, de las oportunidades no aprovechadas⁵¹.

La mirada reconciliadora hacia el pasado permite además encontrar en él el maestro personal que ha ido enseñando en la vida a ir muriendo las pequeñas muertes que se han vivido ante la necesidad de elaborar cada una de las pérdidas personales⁵².

44- Ibidem., p. 87. p. 86.

45- Cfr. BRUSCO A., "El counseling pastoral", en: PANGRAZZI A., (ed), "El mosaico de la misericordia", Santander, Sal Terrae, 1990, p. 170. "Si el ayudante comprometido en actividades paramédicas, médicas o pastorales se da cuenta de sus propias "sombras", ve en todas sus relaciones personales y profesionales que puede ser también él un "herido" y que también él necesita de aquél a quien debe y quiere servir". Cfr. HÄRING B., "Proclamare la salvezza e guarire i malati", Bari, Acquaviva delle Fonti, 1984, p. 80.

46- Cfr. BOFF L., "San Francisco de Asís. Ternura y vigor", Santander, Sal Terrae, 1982, p. 196.

47- Cfr. SMITH C.R., "Vicino alla morte. Guida al lavoro sociale con i morenti e i familiari in lutto", Trento, Erickson, 1990, p. 86.

48- Cfr. BUCKMAN R., "Cosa dire? Dialogo con il malato grave", Torino, Camilliane, 1990, p. 148.

49- PANGRAZZI A., o.c., p. 66.

50- Cfr. KÜBLER-ROSS E., "Sobre la muerte y los moribundos", Barcelona, Grijalbo, 1974.

51- LINN D. e M., "Come guarire le ferite della vita", Milano, Paoline, 1992, p. 21.

52- Así se podrá evitar que suceda que "quien no muere antes de morir, se corrompe cuando muere". Cfr. NIGG W., o.c., p. 116.

Entendemos que acompañar con la escucha tiene un valor nunca suficientemente subrayado.

El soporte emocional y el acompañamiento espiritual al enfermo ha de dar la importancia que merece a este hacer la paz con la propia historia, convencidos de que valemos más de lo que hacemos, de que nuestras faltas no nos dejan sin valor ni hacen mentirosa e hipócrita nuestra adhesión al ideal.

- Creer y experimentar la continuidad de la historia humana

Si bien ver que una persona enferma produce el sentimiento de tristeza por cuanto limita, por las rupturas que produce la enfermedad, especialmente en el terreno afectivo, es posible encontrar también una vía de satisfacción cuando se experimenta que mirando hacia atrás, se encuentra algo significativo, algo que continúa, que prolonga, de alguna manera, la propia existencia.

En el fondo, el que se ve en la enfermedad convive también con la pregunta: los esfuerzos hechos a lo largo de la vida, ¿van a ser recogidos por otros? La propia experiencia ¿dejará huellas vivas en alguien? En otros tiempos, esta experiencia era más común, dada la continuidad profesional de muchas personas en el trabajo del campo o en pequeñas empresas artesanales. Hoy es más difícil. El acompañamiento espiritual podrá consistir entonces en acompañar al que vive la enfermedad a descubrir (a veces a reconocer indicándoselo desde afuera) los elementos importantes de su vida que permanecen en otros, sean personas, instituciones, valores. El mismo ayudante puede convertirse en depositario de la riqueza humana que descubre en la persona enferma⁵⁶.

Por otra parte, como apunta Vimort, para que esta continuidad sea posible y experimentada es necesaria una condición más, que consiste en la aceptación del morir en un contexto que muestra

Acompañar a quien narra su vida está cargado de contenido simbólico, porque narrar la propia vida supone un verdadero esfuerzo: *"Es poner en perspectiva acontecimientos que parecen accidentales. Es distinguir en el propio pasado, lo esencial de lo accesorio, los puntos firmes. Contar su vida permite subrayar momentos más importantes, e, igualmente, minimizar otros. Se puede, en efecto, gastar más o menos tiempo en contar un acontecimiento que en vivirlo. Para contar, es necesario escoger lo que se quiere resaltar, y lo que se quiere poner entre paréntesis. El relato crea una inteligibilidad, da sentido a lo que se hace. Narrar es poner orden en el desorden. Contar su vida es un acontecimiento de la vida, es la vida misma, que se cuenta para comprenderse"*⁵³. *Narrar no es fabular. Contar los acontecimientos que se han sucedido en la vida permite unificar la dispersión de nuestros encuentros, la multiplicidad disparatada de los acontecimientos que hemos vivido. Malherbe no duda en decir que, "relatar la vida, le da un sentido"*⁵⁴.

La culpabilidad no es malsana si es el anverso de una adhesión a valores que mantenemos a pesar de que nos juzguen (o nos juzguemos nosotros mismos). *"En el momento mismo en que nuestra culpabilidad nos descalifica, la adhesión a valores nos revaloriza al mismo tiempo que nos juzga"*⁵⁵.

53- GOMEZ SANCHO M., "El sacerdote: necesidades espirituales", en: GOMEZ SANCHO M., "Cuidados paliativos: Atención integral a enfermos terminales", o.c., p.801.

54- MALHERBE J.F., "Hacia una ética de la Medicina", Santafé de Bogotá, San Pablo, 1993, p. 73.

55- Ibidem., p. 105.

56- Cfr. VIMORT J., o.c., p. 111.

cambios, es decir, renunciar al dominio, ceder, ponerse en manos de los demás con confianza, aceptando que actúen de forma diferente, estar en comunión con ellos a un nivel espiritual más profundo: apostar por una fidelidad de los demás a nivel profundo, no continuidad en opiniones, en modos de hacer, etc.

- *Counselling en los conflictos éticos*

Uno de los objetivos específicos del acompañamiento espiritual en la enfermedad consiste en ofrecer counselling espiritual en medio de los conflictos éticos que pueden surgir.

Es frecuente que el profesional encuentre situaciones que requieran de su consejo y que haya en ellas algunas dificultades, entre las cuales:

- Falta de formación ética, relacional...
- Distancia entre las convicciones personales y las impuestas por instancias de "autoridad" familiar, social, religiosa...
- Confusión entre las diferentes tendencias de los especialistas y el consiguiente sentimiento de inseguridad que ello produce.
- Distancia entre el lenguaje ético, que tiende a generalizar y que es más aséptico y la necesidad de personalizar en cada uno de los casos, donde los valores están entremezclados con los sentimientos.

De modo sintético podríamos presentar los objetivos del acompañamiento en situaciones de conflicto ético como:

- Ayudar a tomar decisiones significativas.
- Ayudar a hacer de la experiencia de conflicto una experiencia moral: "ser responsable".
- Colaborar a que el conflicto ético sea ocasión de crecimiento y de interiorización de nuevos valores.
- Acoger a la persona en su situación real (atención a los sentimientos).

- Ayudar a comprender el problema mediante la confrontación.

- Infundir certeza de acogida incondicional.

El profesional de la salud, ante el reto de trabajar para aumentar su competencia en el acompañamiento a las personas que se encuentran en conflicto ético y han de ser confrontadas correctamente. Las líneas de acción serían las siguientes:

- Trabajar sobre sí mismo: conocer la propia escala de valores, interiorizar los valores proclamados, autoconfrontarse, dejarse impactar sanamente por los conflictos.

- Evitar algunos extremos:

- La manipulación ética mediante los mecanismos que relacionan el comportamiento con el castigo, mecanismos de autoridad que se impone, eliminación del diálogo como foro adecuado de la conciencia moral adulta.

- La no proclamación de los valores del ayudante o de las propias convicciones por miedo a hacer sufrir o ser rechazado, inhibiéndose de la responsabilidad que el profesional tiene de acompañar en la búsqueda de lo mejor.

- Comunicar los valores, teniendo en cuenta el carácter relacional de los mismos, es decir el hecho de que los valores se alumbran en el encuentro, se comunican por ósmosis, tienen acceso experiencial, mucho antes de ser asumidos por el hecho de ser verbalizados por el ayudante. En el fondo, hay que estar muy atento al hecho de que el estilo de relación del profesional con el ayudado (paciente o familia) se convierte en modelo ético de comportamiento. Es decir, allí donde el paciente perciba un profundo respeto por la salud propia y de cada persona, se sentirá confrontado hacia un respeto también él por su propia salud y la de los demás.

- Tener en cuenta las condiciones para la confrontación: Profundizar las motivaciones de quien confronta, hacerlo con suma prudencia, no caer en legalismos vacíos, superar la moralina pero

sin huir de la corresponsabilidad en la búsqueda del bien, acompañando al ayudado a ser sí mismo y tener presente su condición de ser en relación.

Hay situaciones en las que la confrontación llega a ser *persuasión*. La cuestión es particularmente delicada⁵⁷, pero ocupa un lugar importante cuando nos encontramos ante negativa a tratamientos o indicaciones terapéuticas. El principio de autonomía puede entrar en conflicto con el de beneficencia y se requerirán habilidades de relación de ayuda para manejarse con soltura en la relación.

- Infundir esperanza⁵⁸

Se plantea también el tema de la esperanza humana y de la esperanza para el creyente.

De la esperanza se dice que el esfuerzo por infundirla es el factor humano-terapéutico más importante⁵⁹.

La esperanza es ese "*constitutivum de la existencia humana*"⁶⁰ que trasciende el mero optimismo en situaciones como la del enfermo.

Los profesionales de la salud se sienten llamados a ser personas de esperanza en una encrucijada

de sufrimiento y oscuridad, una esperanza que permite mirar más allá de la satisfacción de los deseos inmediatos, e incluso más allá del dolor y de la muerte, cuando su visión antropológica no se quede en el final definitivo con la muerte y cuando el paciente manifieste una visión trascendente.

Para el creyente se trata de un acto de fe en que el mal no tendrá la última palabra. Una esperanza en cosas futuras, por importantes que sean, no tendrá nunca el valor de la esperanza en Dios, es decir, de las esperanzas de hombres que se confían a El sabiendo que "*el futuro no se llama reino de los hombres sino reino de Dios, donde Dios será todo en todas las cosas*"⁶¹. La fe cristiana no espera en tal o en cual cosa que haya de suceder en un futuro más o menos lejano, sino que confía en una persona y en una definitiva comunión con ella. De modo sintético, dice Greshake, "*quien espera, no espera en el paraíso como en un mundo feliz, sino que espera en Dios, el cual, en cuanto que se le conquista y se alcanza, es ya el paraíso, es decir, la realización de todas las aspiraciones del hombre a la comunicación personal, al amor y a la perfección*"⁶².

Ahora bien, esta realización total del deseo de comunión y liberación plena, ¿es una fuga en el futuro ante la dura situación presente y ante el evidente fracaso por la enfermedad o se encarna como un dinamismo actual? La necesidad de mantener relaciones basadas en el amor en el presente, ¿puede mantenerse sin futuro? Si por un lado la idea de una vida que va hacia la muerte es más aceptable mediante la fe en la resurrección, la espera de la resurrección⁶³, por otro lado, da a la vida el futuro del que necesita para poder amar⁶⁴.

57- Cfr. GRACIA D., "Fundamentos de bioética", Madrid, Eudema, 1989, p. 185.

58- Algunas ideas las hemos presentado ya en BERMEJO J.C., "Comprender y ayudar al enfermo de Sida", Santiago de Chile, Cáritas, 1995, p. 122 s.

59- Cfr. AAVV., "Por un hospital más humano", Madrid, Paulinas, 1986, p. 111.

60- Cfr. LAIN ENTRALGO P., "La espera y la esperanza", Madrid, Alianza, 1984., p. 238.

61- BOFF L., "Hablemos de la otra vida", Santander, Sal Terrae, 1979, p. 140.

62- GRESHAKE G., "Más fuertes que la muerte", Santander, Sal Terrae, 1981, p. 28.

63- Cfr. ALFARO J., "Speranza cristiana e liberazione dell'uomo", Brescia, Queriniana, 1973, p. 53.

64- Cfr. MOLTMANN J., "Teologia della speranza", Brescia, Queriniana, 1979, p. 367.

Por su propia naturaleza, la esperanza dinamiza el presente, lanza a vivir el amor en las circunstancias concretas de la vida, hace que las relaciones del ahora sean vividas como la anticipación de la comunión profunda con Dios.

Más allá de las esperanzas particulares de nuestra vida en el tiempo, el creyente experimenta una esperanza que va más allá del tiempo, no para evadirnos de la historia, sino para introducir en el corazón del mundo una anticipación del "mundo futuro" del que los creyentes desean ser, de alguna forma, presencia sacramental⁶⁵.

La relación con el enfermo puede ser anticipación de la deseada relación con Dios para el creyente, realización de la misma, porque *"el cielo ya ha comenzado en el interior de este mundo. Vamos gozando de antemano y en pequeñas dosis las fuerzas del mundo futuro"*⁶⁶.

Cada encuentro, cada relación significativa, cada diálogo que el agente de salud logra establecer en el amor, es sacramento de la esperanza. Porque *"no habrá motivo de esperarse mucho del futuro si los signos de la esperanza no se hacen visibles en el presente"*⁶⁷.

Así, la relación de ayuda en el plano espiritual con el enfermo es empeño por vencer la muerte y todo lo que ella significa mediante la vida de comunión y de fraternidad en medio de los sufrimientos. Se realiza así *"el milagro de la fe: la esperanza contra toda esperanza"*. La esperanza va más allá de la muerte, surge de experiencias positivas, de experiencias de sentido, que se hacen en esta vida⁶⁸.

La esperanza que dinamiza el momento presente y fundamenta el encuentro y el diálogo, se debe concretar en el enfermo en un conjunto de actitudes.

Así, la esperanza, "no se adapta"⁶⁹, no se queda satisfecha hasta el cumplimiento de la promesa⁷⁰, porque no se reduce al mero deseo, ni al mero optimismo superficial del "todo se arreglará". La esperanza no está reñida con la inseguridad (la "seguridad insegura" dice **Lain Entralgo**); más aún, *"la seguridad no pertenece a la esperanza"*, dice **Sto Tomás**⁷¹. En realidad este carácter de inseguridad tiene sus beneficios, contrariamente al pensar común:

*"Cuando miramos al futuro que se abre ante nosotros, oscuro e indeterminado, es la esperanza la que nos da coraje, pero sólo el miedo o la angustia nos hacen circunspectos y cautos. Así, pues, ¿puede la esperanza ser prevenida y prudente sin el miedo? El coraje sin cautela es estúpido. Pero la cautela sin coraje hace a las personas escrupulosas e indecisas. En este aspecto "el concepto de la "angustia" y el "principio esperanza" no son opuestos, después de todo, sino que son complementarios y mutuamente dependientes"*⁷².

65- Cfr. GRELOT P., "Nelle angoscie la speranza", Milano, Vita e Pensiero, 1986, p. 343.

66- BOFF L., "Hablemos de la otra vida", o.c., p. 76.

67- NOUWEN H.J.M., "Ministerio creativo", Brescia, Queriniana, 1981, p. 26.

68- VORGRIMLER H., "El cristiano ante la muerte", Barcelona, Herder, 1981, p. 43.

69- "En el acto de esperar hay una radical inconformidad, frente a la situación de cautividad y privación en que se encuentra el esperanzado". LAIN ENTRALGO P., "La espera y la esperanza", Madrid, Alianza, 1984, p. 306.

70- Cfr. MOLTMANN J., o.c., p. 371.

71- Cfr. LAIN ENTRALGO P., o.c., p. 174.

72- MOLTMANN J., "Experiencias de Dios", , p. 64.

La esperanza conlleva el coraje, que no se reduce a la mera vitalidad, al simple instinto por sobrevivir, sino que supone *“el coraje paciente y perseverante que no cede al desánimo en las tribulaciones”*⁷³.

El coraje, en muchas situaciones se traduce en paciencia, en “entereza” o “constancia” (gr. “Hypomoné”).

*“La paciencia que tan esencialmente pertenece a la esperanza, expresaría en forma de conducta esa conexión entre el futuro y el presente. La esperanza se realiza, cuando es genuina, en la paciencia. La esperanza es el supuesto de la paciencia. Esperanza y paciencia se hallan en continua relación”*⁷⁴.

La esperanza, pues, es fuente de paciencia y quien se ejercita en la paciencia en medio de las dificultades y a las puertas de la muerte, acabará sintiendo que su vida se abre hacia una meta consoladora y esperada. Y la paciencia supone confianza.

La paciencia, no obstante, no implica la falta de “intranquilidad”, en cierto sentido, de “impaciencia”.

Incluso la desesperación, en cierto sentido, forma parte de la dinámica de la esperanza. El desesperado aún espera, siente que puede esperar aunque no sepa el objeto de su esperanza. *“El gran riesgo de la desesperación es que termine en la desesperanza. En este estado, el sujeto no solamente no tiene un proyecto, sino que, además, está seguro que nunca lo tendrá. Su vida no solamente no tiene ningún sentido, sino que está seguro de que no lo hay, y no puede haber, nada capaz de dar a su propia existencia (...) un sentido verdaderamente satisfactorio”*⁷⁵.

En último término, para el creyente, la esperanza se traduce en abandono en Dios, en quien se deposita el máximo de confianza. Abandonarse en Dios en total confianza no significa una actitud pasiva de resignación⁷⁶. Más bien tiene lugar una dialéctica entre lucha y aceptación. Es una lucha que acepta que Dios diga la última palabra, una lucha como expresión de la esperanza y vivida desde la aceptación en la que la persona es sujeto.

En conclusión, el hacer del profesional con los enfermos debe estar embebido de la verdadera esperanza, la que supera la simple búsqueda de la satisfacción de los deseos y tiene sus raíces en una Persona. De esta forma podrá dar testimonio de la propia esperanza en una relación que nutrirá la verdadera esperanza, “el arte de esperar” del enfermo y dará calidad y salud a la vida en medio del sufrimiento, una relación basada, pues, en la esperanza en Dios.

Ahora bien, ¿cómo infundir esperanza en el acompañamiento al enfermo o a la familia? *“El símbolo de la esperanza es el ancla. Infundir esperanza no es otra cosa que ofrecer a quien se encuentra movido por el temporal del sufrimiento, un lugar donde apoyarse, un agarradero, ser para él ancla que mantiene firme, y no a la deriva, la barca de la vida. Ofrecerse para agarrarse, ser alguien con quien compartir los propios temores y las propias ilusiones, eso es infundir esperanza”*⁷⁷.

Acompañar a vivir en clave de esperanza no significa promover una sensación de seguridad que anule la incertidumbre y la inseguridad. La seguridad no pertenece a la esperanza, dice **Santo Tomás**⁷⁸. La esperanza es hermana del coraje paciente y perseverante, de la constancia, de la

73- ALFARO J., "Speranza cristiana e liberazione dell'uomo", Brescia, Queriniana, 1973, p. 38.

74- LAIN ENTRALGO P., o.c., p. 350.

75- Cfr. ROCAMORA A., "El orientador y el hombre en crisis", en: AAVV, "Hombre en crisis y relación de ayuda", ASETES, Madrid, 1986, p. 559.

76- Cfr. MOLTMANN J., "Teología della speranza", o.c., p. 228.

77- BERMEJO J.C., "Humanizar el encuentro con el sufrimiento", op. cit. P. 96.

78- Cfr. LAIN ENTRALGO P., o.c., p. 174.

impaciencia (paradójicamente), del abandono, en último término en Aquél en quien se confía ilimitadamente: Dios para el creyente.

**Cada encuentro,
cada relación de ayuda
significativa con el
enfermo, cada diálogo
que el profesional logra
establecer en el amor,
es sacramento
de la esperanza.**

Porque *"no habrá motivo de esperarse mucho del futuro si los signos de la esperanza no se hacen visibles en el presente"*⁷⁹.

2. La relación con Dios en el creyente

- *La oración en medio del sufrimiento.*

Ayudar al enfermo desde el punto de vista espiritual supone, además de promover una sana relación consigo mismo y con los demás en la línea de cuanto venimos diciendo, para el creyente, una relación sana con Dios⁸⁰. No siempre la relación está purificada suficientemente. Con una cierta frecuencia, se espera el milagro o se "comercia" con Dios. Se trata, en el fondo, de la oración de petición. Desde el punto de vista cristiano, hay que hacer algunas aclaraciones al respecto.

La oración de petición tiene sus raíces históricas y sus referencias bíblicas. No obstante, hay que tener en cuenta que detrás del modo de orar, de pedir, está una imagen de Dios y un modo de relacionarse con Él. Así, quien ve a Dios como Alguien que nos está regalando algo, la salvación, que se da a sí mismo, no le verá como alguien a quien se le suplica, sino a quien se le expresan los sentimientos correspondientes a lo que de Él se recibe⁸¹. En definitiva, pues, para que la oración esté en sintonía con un Dios que es y quiere ser para nosotros, no hay que imponer sin más los esquemas de nuestras relaciones humanas que, incluso en el donante más generoso, están siempre teñidas por la necesidad y amenazadas por la voluntad de dominio.

En el esquema tradicional y espontáneo de oración suele subyacer no un Dios en nosotros, que nos sustenta y nos apoya y dinamiza con su amor, sino nosotros acá y Dios allá, que nos observa, nos instruye, nos manda, nos juzga, nos ayuda enviándonos, de vez en cuando, algún auxilio... Entonces, naturalmente, hay que dirigirse a él, llamarle para que venga, pedirle que intervenga haciendo esto o lo otro; si es posible, convencerle, acaso ofreciéndole algún don o haciendo algún sacrificio...

Es cierto que en la oración de petición de la salud, del bien, hay muchos elementos positivos también. Con frecuencia, detrás de un lenguaje con el que parecería que el hombre quiere sustituir a Dios diciéndole lo que debe o no debe hacer y lo que es bueno o no, subsisten elementos positivos: hay mucha vida asociada a fórmulas muy tradicionales, hay confesión de la indigencia propia y del confiado acudir a Dios, hay voluntad de relación con Dios en medio de las dificultades, etc. La cuestión es cómo conservar lo que de positivo subyace en la oración de petición y traducirlo

79- NOUWEN H.J.M., "Ministerio creativo", o.c., p. 26.

80- Cfr. HINOJAL L.C., "Necesidades de los enfermos terminales", en: BATIZ J., ASTUDILLO W. (Ed.), "Medicina Paliativa. Bases para una mejor terminalidad", San Sebastián, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos", 1997, p. 65.

81- Cfr. TORRES QUEIRUGA A., "Más allá de la oración de petición", en: "Iglesia viva", 1991(152), p. 164.

en un lenguaje adecuado y en una relación sana. En este sentido, el sugerente trabajo de Andrés Torres Queiruga habla de “expresar en lugar de pedir”. Así, él dice: *“Si queremos expresar nuestra indigencia, expresémosla. Si queremos manifestar nuestra compasión y nuestra preocupación por los que tienen hambre, manifestémosla. Si queremos reconocer nuestra necesidad de Dios y de su amparo, reconozcámosla. Si necesitamos quejarnos de la dureza de la vida, quejémonos. Llamemos a las cosas y a los sentimientos por su nombre. Alguien lo dijo magníficamente en un grupo de reflexión sobre esto: ante Dios estamos acostumbrados a quejarnos pidiendo, tenemos que aprender a quejarnos quejándonos. Exacto. Obsérvese que en todo lo anterior no interviene el verbo “pedir”⁸².*

Este tipo de oración es el fruto de la acción de Dios en nosotros que nos lleva a reconocerle cercano, a comunicarnos auténticamente con Él, a no declinar nuestra responsabilidad y nuestra esperanza. Jesús mismo nos ha invitado a pedir, pero lo importante en los textos en que lo encontramos no está en la petición sino en la confianza que ésta manifiesta en Dios.

- Necesidad de purificar el lenguaje sobre el sufrimiento

En la relación con el enfermo experimentamos la necesidad de purificar el lenguaje sobre el sufrimiento, tanto a nivel laico como religioso.

En términos religiosos conviene hacer algunas distinciones de entrada. El sufrimiento y la muerte no son tratados siempre del mismo modo en la Escritura. Por eso hay espacio a grandes equívocos en la comprensión de los mismos. Desde el punto de vista de la fe, hay que distinguir entre el sufrimiento producido por la naturaleza, por nuestra condición de finitud, de criaturas; el sufrimiento que es consecuencia de nuestra

libertad mal empleada, es decir el que nos procuramos unos a otros mediante acciones agresivas, inhumanas, mediante omisiones o caminos no adecuados (¡cuánto mal se podría evitar con comportamientos sanos a nivel personal, interpersonal, comunitario, político...!); y sufrimiento ministerial, es decir el resultado de quien por opción libre apuesta por trabajar por construir el Reino y ello le acarrea como consecuencia esfuerzo, contrariedades, oposiciones, etc. Algunos conocidos textos de la Escritura se refieren a éste último y, mal leídos, pueden llevar a un dolorismo absurdo o incluso cruel en la relación con el que sufre.

Algo semejante conviene hacer con la muerte. La palabra muerte es entendida en diferentes sentidos en la Escritura. En ella, *“vida y muerte aparecen enfocados en diversos sentidos o en niveles diversos. Es la suerte natural del ser viviente, del nacer al morir; es la realización moral de la persona, que cumple o no con lo que el ideal humano espera de ella; es el destino y la suerte eterna, de salvación o de condenación. Esos planos se relacionan de diversas maneras en los textos: se diferencian o se confunden, colisionan o se armonizan. A nosotros nos es imprescindible desdoblarse los niveles, deslindar los sentidos, si realmente queremos saber en dónde estamos y qué valor tiene en cada caso el lenguaje. Establecer un poco de orden en el maremagnum de los textos es, pues, la operación metódica primera, contando con que en muchos casos los sentidos se imbrican de modo inseparable, y sin la pretensión de aprender todas las ramificaciones de un texto”⁸³.* Hay que distinguir, pues, entre vida y muerte natural, moral y escatológica. La importancia de esta distinción puede verse, por ejemplo aludiendo al texto del Génesis: *“El día en que comas de él morirás”*, no se refiere a la muerte natural, sino a la muerte moral, es decir, el día que no estés en sintonía con Dios, estarás muerto en sentido moral, distanciado de Dios. Esta distinción, que llevaría muy lejos, parece fundamental tenerla clara para el acompañamiento a los enfermos.

82- Ibidem., p. 176.

83- GONZALEZ NUÑEZ A., o.c., pp. 215-216.

Son muchas, por otra parte, las frases que la cultura y la religiosidad han ido acuñando en torno a la muerte y al sufrimiento. Aludamos brevemente a algunas que necesitan claramente de una purificación:

- **“Es la voluntad de Dios”**. Está claro que la voluntad de Dios es el proyecto de salvación. Dios no es un cacique que se divierta manipulando a placer suyo.
- **“Dios nos manda sólo lo que podemos soportar”**. Dios no usa un dolorímetro ni es el agente directo de los sufrimientos. Respeta la creación y la libertad.
- **“Dios pone a prueba a quienes más ama”**. Dios no envía pruebas para corregir nuestras desviaciones ni para comprobar nuestra fidelidad. No es sádico.
- **“No cae una hoja sin que Dios lo quiera. Dios se lo ha llevado”**. Dios no se dedica a robar o raptar a los seres queridos. Que todo está bajo su gobierno no significa que lo controle caprichosamente.
- **“Mientras hay vida hay esperanza”**. En situaciones objetivamente graves, esta expresión no dice nada. Puede llevar incluso a justificar el encarnizamiento terapéutico.
- **“Sé fuerte”**. Invita a no llorar, a no enfadarse en medio del sufrimiento, a no deprimirse... Así nos sobreponemos al estado de ánimo del que sufre. Lo terapéutico es reconocer como legítimas las diferentes expresiones de estado de ánimo.
- **“Ofrece los sufrimientos al Señor”**. Dios no es alguien que insaciablemente espere nuestros sufrimientos como oferta (a nadie querido se le ofrece algo malo como el sufrimiento en sí).

Aparecería entonces como sádico. A la pasión de Cristo no le falta nada para que se realice la Salvación en cuanto seguir añadiendo sufrimientos (Cf. Col 1, 24), sino que es el amor realizado en el ministerio -y que comporta sufrimiento- el que completa lo que falta a la construcción del Reino⁸⁴.

- *Una presencia simbólico-celebrativa*

La presencia simbólico-celebrativa es de particular importancia al final de la vida. La tradición ha sido sabia a la hora de ritualizar el acompañamiento a los enfermos y a los que viven el duelo, si bien hoy es frecuente la pérdida de los ritos y la no sustitución por otros elementos cargados de contenido válido para acompañar a vivir sanamente en medio de las dificultades.

Cuando se habla de celebración tendemos a imaginar fiestas alegres, movidas, en las que se olvidan por un momento las dificultades de la vida metiéndonos en una atmósfera de música, baile, bebidas y conversaciones agradables. Sin embargo, en el sentido cristiano de la palabra, celebrar es mucho más que esto. La celebración, como nota **Nouwen**⁸⁵ es posible sólo donde amor y temor, alegría y dolor, sonrisas y lágrimas, puedan coexistir.

**Celebración es
aceptación de la vida
en la conciencia cada
vez más clara
de su preciosidad,
y la vida es preciosa,**

84- Cfr. CASERA D., "L'assistente religioso nel mondo della salute", Torino, Camilliane, 1991, pp. 67-78.

85- Cfr. NOUWEN H.J.M., o.c., pp. 100-101.

**valiosa, no sólo
porque se puede ver,
tocar y gustar,
sino también porque
un día ya no la tendremos.**

Celebrar la muerte significa aceptarla como un misterio que hay que vivir en comunión. Es, pues, concelebrar el misterio de la vida que llega a su fin y que está invadida del amor.

En la celebración confluyen de modo armónico las tres dimensiones del tiempo: el pasado que se recapitula, que se recuerda, que se hace vivo en el presente y el futuro al que se proyecta y que se espera.

Esta estructura consciente de la historicidad supone vivir sanamente enfermedad y la muerte y, por lo tanto, invita a acompañar espiritualmente a quien se encuentra envuelto por tales misterios⁸⁶.

Así, el conocido poeta Rilke, no intentando sustraerse a la amenaza de lo terrible, sino afirmándolo y traduciéndolo, escribe:

*"Di, oh poeta, ¿qué haces tú? -Yo celebro.
Pero lo mortífero y lo prodigioso,
¿cómo lo resistes, cómo lo soportas? -Yo celebro.
Pero lo sin nombre, lo anónimo,
¿cómo lo llamas, oh poeta, no obstante?
-Yo celebro...
¿Y por qué la quietud y la impetuosidad
como la estrella y la tormenta te conocen?
-Porque yo celebro"⁸⁷.*

**Un modo como
los cristianos tienen
de celebrar la propia fe,
celebrar la presencia
de Dios en los momentos
importantes de la
vida son los sacramentos.**

En este sentido, en la enfermedad, tienen especial relevancia tres sacramentos: la celebración de la misericordia de Dios manifestada en el perdón, en la reconciliación, la celebración de la gracia de Dios en medio de la enfermedad grave -la Unción de enfermos- y el Viático o la Eucaristía en los momentos críticos del final.

La importancia del sacramento de la reconciliación ha sido ya señalada al hablar de hacer la paz con el propio pasado. Por su parte, el Viático quiere significar la identificación con Cristo precisamente en el momento en que se experimenta la muerte cercana, ante el paso a la Vida eterna.

El verdadero sentido de la celebración del misterio de la vida y de la muerte cuando se está envuelto en el sufrimiento producido por la enfermedad grave tiene su culmen en el sacramento de la Unción de enfermos. El encuentro de amor misericordioso con Dios, núcleo central del significado del sacramento de la Unción, hace que la celebración del mismo tenga como objeto vivir cristianamente la enfermedad⁸⁸, es decir, reconocer y acoger en comunidad el don de la gracia de Dios en medio de la dificultad impuesta

86- Cfr. MONGILLO D., "La malattia: esperienza da vivere e mistero da celebrare", en: "Camillianum", 1990(2), pp. 339-341.

87- Citado por ARREGUI J.V., "El horror de morir", Barcelona, Tibidabo, 1992, p. 154.

88- Cfr. BRESSANIN E., "Los sacramentos y la liturgia", en: PANGRAZZI A., (ed), "El mosaico de la misericordia", Santander, Sal Terrae, 1990, p. 148.

por la enfermedad y presentar a Dios el profundo deseo de una curación total (cuyo núcleo es precisamente la relación con Dios que ya tiene lugar en el sacramento -de ahí su efecto sobre la salud-).

Este es el núcleo del sacramento de la Unción: *“Un sacramento que, como los demás, actualiza el misterio único y central de la Pascua, pero que en la situación de enfermedad vivida por los hermanos, les permite, no tanto sufrir el dolor con paciencia y resignación, sino luchar contra él y vencerlo con actitud pascual. Pero un Sacramento también que expresa y testimonia una comunidad que, con signos y palabras, hace presente el misterio de curación recibido de su Señor”*⁸⁹. El sacramento de la Unción se inscribe en el contexto de la comunidad cristiana que lucha contra la enfermedad mediante todos los medios posibles. Por eso hay que decir que *“el sacramento es el punto culminante de nuestra preocupación cotidiana por los enfermos; es la epifanía de las dimensiones y de las motivaciones de esa preocupación”*⁹⁰. Es la condensación de la “sacramentalidad difusa”⁹¹ presente en la actividad sanitaria. El ritual litúrgico dice: *“La Santa Unción no es, de ningún modo, el anuncio de la muerte cuando la medicina no tiene ya nada que hacer. Más aún, la Unción no es ajena al personal sanitario y asistencial, pues es expresión del sentido cristiano del esfuerzo técnico”*⁹².

3. Actitudes para el acompañamiento y la relación de ayuda.

¿Qué actitudes nos pueden favorecer el acercamiento al sufriente para que éste sea terapéutico, para que resulte de ayuda eficaz al que vive interpelado por la experiencia del sufrimiento? ¿Qué es lo que se espera, en el fondo,

el que vive la enfermedad, del que se acerca a él a establecer una relación de ayuda?

Quizás, la base de una buena relación de ayuda sea un substrato de gran realismo y humildad ante el Misterio del sufrimiento. Se traduce en respeto a la sacralidad de la situación que vive cada persona. Un ayudador competente ante el que sufre no es el que tiene muchos conocimientos, el que sabe mucho; ni si quiera el que posee muchas técnicas o habilidades para poner en práctica, sino el que sabe ser, es decir, el que ha interiorizado las actitudes propias de una relación auténtica. Job, a sus amigos, buenos teóricos, les llega a decir:

*“He oído muchas cosas como éstas.
¡Consoladores molestos sois vosotros!
¿No acabarán esas palabras vanas?
¿Qué es lo que te duele para que así respondas?
También yo podría hablar como vosotros
si me encontrara en vuestro lugar:
sabría fascinaros con discursos,
meneando contra vosotros mi cabeza.
Podría confrontaros con mi boca,
no ahorraría el consuelo de mis labios”.*
(Job 16, 1-6)

Y en otro momento les manda callar, les pide que dejen de acribillarle con las palabras que pretenden ser de consuelo, pero que no son otra cosa que intentos de explicación racional que no entran en el mundo interior de la experiencia de Job:

*“¿Hasta cuándo atormentaréis el alma mía
y con palabras me acribillaréis?”. (Job 19, 2)*

Con gran humildad, pues, como “de puntillas” podemos acercarnos al enfermo no para darle buenas razones o consejos de cómo debe interpretar o vivir su propia experiencia, sino para comprender

89- ALVAREZ C., "El sentido teológico de la Unción de los enfermos", Bogotá, Pontificia Universidad Javierana, 1983, p. 424.

90- ALBERTON M., "Un sacramento per i malati", Bologna, Dehoniane, 1982, p. 86.

91- Cfr. BRESSANIN E., "Annunciare e vivere il vangelo nel mondo della salute oggi", Verona, Quaderni del Centro Camilliano di Pastorale, n. 2, 1986, p. 49.

92- Cfr. "Orientaciones doctrinales y pastorales del episcopado español", Ritual de la Unción, n. 67.

e intentar transmitir comprensión de su mundo interior, del impacto que la realidad está teniendo sobre él, aceptándola incondicionalmente.

**Empatía, autenticidad
y aceptación
incondicional serían,
pues, las disposiciones
interiores para una sana
relación con el enfermo.**

La aceptación incondicional

Es de suma importancia renunciar a nuestro deseo de imponer nuestro punto de vista sobre el dolor ajeno e intentar compartir la situación aceptando incondicionalmente a la persona que vive en tal situación.

En cuántas circunstancias, junto al enfermo le decimos lo que tiene que hacer, cómo tiene que comportarse, nos saltamos esta actitud de la aceptación incondicional valorando sus sentimientos y no dejándole ser protagonista, de modo que haga uso de sus propios recursos.

Efectivamente, podemos comprobar cómo resulta difícil acoger incondicionalmente la realidad del otro cuando se nos presenta con toda su crudeza. Tendemos rápidamente a decir qué es lo que tiene que hacer, en lugar de acoger incondicionalmente su mundo interior: *“tienes que hacer un esfuerzo, tienes que ver lo positivo, no seas tan susceptible, no te tiene que costar pedir las cosas, a Dios no le estará gustando oírte esto, ni a mí tampoco...”* son todo frases que reflejan un modo de hacer, un modo de relacionarse con el enfermo que, movido por muy buenas intenciones, no personaliza, no acepta incondicionalmente la experiencia única e irrepetible que hace el sufriente.

Quizás sean demasiadas las veces que decimos a los enfermos cómo deben comportarse y qué es lo que deben hacer o cambiar para que todo vaya bien y superar las dificultades.

La empatía

Si aceptamos incondicionalmente que lo que el que sufre nos comunica le pertenece realmente, si le permitimos comunicarse, abrir su baúl, si intentamos entrar en su mundo para comprenderlo y transmitir comprensión, entonces estamos siendo empáticos.

La empatía es esa disposición interior que poseen las personas que quieren realmente comprender al otro. Para ello renuncian a su punto de vista para ver las cosas tal y como las ve el enfermo, el que sufre. Por eso la empatía supone ponerse entre paréntesis a sí mismo, despojarse de los propios puntos de vista para adoptar el marco de referencia del ayudado.

La empatía es mucho más que la simpatía, actitud espontánea que hace agradable una conversación por atracción, confianza o identificación emocional. La empatía es otra cosa. Supone hacer el esfuerzo por identificarse con la persona del que sufre haciéndose el esquema mental: *“también yo, en una situación como ésta, sentiría lo que estoy percibiendo que siente”*, y por eso lo intento comprender, aún a sabiendas de que esto me afecta a mí, me repercute, hace que también yo tiemble y pueda perder mis falsos sentimientos o defensas detrás de las máscaras de la seguridad. Porque la empatía nos hace entrar en contacto con la propia vulnerabilidad y por eso es importante saber retirarse debidamente de esta necesaria implicación emotiva para no quedarnos en la superficie ni ahogarnos con quien se encuentra en el fondo de su pozo, de su sufrimiento, de su oscuridad.

Nada ayuda más a practicar esta actitud que la escucha.

La escucha es, sin duda, una de las formas más eficaces de comunicar respeto.

Es la oferta sencilla y humilde de un lugar donde habitar fuera de la propia angustia. El que sufre encuentra en el que escucha realmente, una posada, un templo, alguien en el que vivir, en el que descansar. Son significativas y elocuentes las palabras de una persona necesitada de escucha, que se expresa en estos términos:

“Cuando te pido que me escuches y tú empiezas a darme consejos, no has hecho lo que te he pedido. Cuando te pido que me escuches y tú empiezas a decirme por qué no tendría que sentirme así, no respetas mis sentimientos. Cuando te pido que me escuches y tú sientes el deber de hacer algo para resolver mi problema, no respondes a mis necesidades. ¡Escúchame!

Todo lo que te pido es que me escuches, no que hables, o que hagas. Sólo que me escuches. Aconsejar es fácil. Pero yo no soy un incapaz. Quizás esté desanimado o en dificultad, pero no soy un inútil. Cuando tú haces por mí lo que yo mismo podría hacer y no necesito, no haces más que contribuir a mi inseguridad.

Pero cuando aceptas, simplemente, que lo que siento me pertenece, aunque sea irracional, entonces no tengo que intentar hacértelo entender, sino empezar a descubrir lo que hay dentro de mí”⁹³.

“Limitarse a compartir el dolor del otro, puede ser el despliegue de lo que etimológicamente significa “simpatía”⁹⁴ (padecer con), una disposición que llevaría a confirmar o agravar el sentimiento de impotencia vivido por ambos. Sentir dolor cada vez que el enfermo siente dolor, experimentar angustia cada vez que el enfermo experimenta angustia, sería una locura.

Limitarse, por otra parte, a ofrecer soluciones desde afuera, de una manera racional, sin considerar el impacto emotivo que el ayudante vive, sin hacer eco de su propia vulnerabilidad y sensibilidad, sería ejercer una actitud paternalista poco favorable para comunicar comprensión al que sufre y acompañarle a superar las propias dificultades con los propios recursos.

Además, ¿para qué engañarnos?, esta segunda posibilidad sólo es posible haciendo uso de fuertes mecanismos de defensa por parte de los agentes sanitarios. El secreto está en el equilibrio, en saber entrar y saber salir, saber entrar en la habitación del enfermo con toda la persona y con toda la capacidad de vibrar realmente ante él, ante su mundo, y saber salir, saber cerrar la puerta por fuera con delicadeza y profesionalidad”⁹⁵.

La actitud de la autenticidad

Ser auténtico en la conversación con el enfermo supone despojarse del juego de las mentiras, desterrar las numerosas frases que tenemos acuñadas por la cultura, por la dificultad a encontrarnos cara a cara con lo que nos hace temblar, con lo que nos presenta tal y como somos nosotros mismos: impotentes, inseguros, sin soluciones mágicas o consuelos inmediatos.

Ser auténtico, congruente, supone estar bien comunicado consigo mismo y bien comunicado

93- Citado en: BERMEJO J.C., "Relación pastoral de ayuda al enfermo", o.c., p. 99. Job manifiesta su deseo de ser escuchado diciendo abierta y sencillamente: ¡Oh, si tuviese yo quien me escuchara! (Job 31, 35).

94- Cfr. STEIN E., "L'empatia", Milano, Franco Angeli, 1985, p. 68.

95- BERMEJO J.C., "Relación de ayuda. En el misterio del dolor", o.c., p. 56.

con los demás de modo que lo que exteriormente manifestamos, interiormente lo experimentamos, lo sentimos, lo creemos, lo vivimos y somos conscientes de ello.

De este modo, y por la vía negativa, de los mínimos, la autenticidad nos llevaría a no decir nunca aquello que ni siquiera nosotros nos creemos.

¡Cuántas veces habremos intentado consolar siendo inauténticos, diciendo “ya verás cómo mañana estás mejor”, cuando por dentro sentíamos el temor o el deseo de que al día siguiente la persona ya no estuviera o hubiera empeorado!

¿Qué pasa si aceptamos la realidad, en su crudeza y en su relatividad, tal y como es vivida por el enfermo? ¿Qué pasa si renunciamos a minimizar cuanto el sufriente nos comunica y le damos el valor que él, con frecuencia y una vez creado un clima de confianza, nos transmite?

Sucede quizás que nos encontramos con el niño frágil que nos habita, con el silencio insoportable, difícil de sostener.

Pero, *“ninguna escuela enseña tanto al hombre, nada le hace tan humano como el captar las expresiones de la vida del otro sin intermediarios, despojándose incluso de las buenas intenciones de consolar con palabras. Los documentos humanos revelan su secreto sólo a quienes se ponen delante de ellos en silencio y con modestia”*⁹⁶.

“Muchas veces resulta difícil transmitir verbalmente mensajes de cercanía emotiva. Por eso es útil renunciar a las palabras y utilizar el contacto corporal. Pero, ¿es posible vivir más libremente el contacto y el silencio? Si una dosis de sufrimiento pasa por el hilo tendido en las manos que se estrechan en medio del dolor,

bienvenido sea el alivio para el enfermo. Pero esto nos lo hace pasar mal. Parece como si fuera necesario liberar al contacto y al silencio del exceso de tensión que lleva a bloquear. Y en esto, quizás seamos nosotros los que tenemos que dejarnos ayudar por los enfermos. (...)

*Sospecho que necesitamos adiestramiento a la convivencia con los sentimientos negativos, con el miedo, con la impotencia, con la tristeza, con la ansiedad, sin caer necesariamente en la depresión o en la neurosis. Dejar que nos habiten con la soltura con que dejamos que nos habita la alegría, el sentirnos útiles o seguros. El silencio nos remite a esos sentimientos que hemos cargado de una connotación moral negativa y queremos huir de ellos a toda costa, como si fuesen indignos de nosotros. Necesitamos encontrar de nuevo la riqueza y elocuencia del silencio, que habla con sus mil voces, en la soledad o en la comunicación. También para esto se requiere adiestramiento”*⁹⁷.

La autenticidad en la relación de ayuda con el que sufre, nos llevará por tanto, a no decir nunca lo que a todos: “ya verás cómo todo va bien”; no nos llevará necesariamente a comunicar todo aquello que sentimos junto al que sufre, pero sí a mantener una relación que no generalice, que no racionalice, que no pretenda sustituir con paternalismo, sino que, con humildad, sea capaz de reconocer y confesar, cuando sea necesario, que “tampoco yo entiendo el misterio del sufrimiento”.

La autenticidad comporta el coraje de hablar en verdad. Cuando Iván Ilich está muriendo, **Leon Tolstoi** presenta este interesante diálogo entre el doctor e **Ilich**:

- Y bien, ¿qué tal?

- Iván Ilich comprende que el doctor quiere preguntar: “¿Qué tal las cosas?” pero que se da cuenta de que no es posible hablar así y por eso dice: “¿Cómo ha pasado la noche?”

96- BERMEJO J.C., "La escucha que sana", en: "Humanizar", 7 (1993), p. 33.

- Iván Ilich mira al doctor con expresión interrogativa: "¿Es que nunca te va a dar vergüenza mentir así?" Pero el doctor no quiere comprender la pregunta. E Iván Ilich dice:

- Como siempre; algo espantoso. El dolor no cesa, no cede. ¡Si me diera algo!

- Sí, los enfermos siempre son lo mismo"⁹⁸.

Y de este modo, el enfermo es condenado, a veces, a vivir en la soledad emotiva, víctima de la marginación relacional, padeciendo la que bien puede llamarse eutanasia social