

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE TEOLOGÍA
LICENCIATURA EN TEOLOGÍA

**ELEMENTOS DE FORMACIÓN PERSONAL Y ESPIRITUAL DEL ACOMPAÑANTE DE ENFERMOS
TERMINALES**

TESIS DE GRADO

ANA LUISA ARGUETA WOHLERS

CARNET 27759-86

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2017
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE TEOLOGÍA
LICENCIATURA EN TEOLOGÍA

**ELEMENTOS DE FORMACIÓN PERSONAL Y ESPIRITUAL DEL ACOMPAÑANTE DE ENFERMOS
TERMINALES**

TESIS DE GRADO

**TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
TEOLOGÍA**

**POR
ANA LUISA ARGUETA WOHLERS**

**PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE TEÓLOGA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA**

**GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2017
CAMPUS CENTRAL**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE TEOLOGÍA

DECANO: MGTR. RODOLFO ALBERTO MARÍN ANGULO
SECRETARIO: MGTR. HERBERT MAURICIO ALVAREZ LOPEZ

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. MARIA DE LA LUZ PAULINA ORTIZ MARTINEZ

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. LUIS FERNANDO ACEVEDO GARCÍA

Guatemala, 30 de octubre 2016

Señores Miembros del Consejo
del Consejo de Teología,
URL.

Señores Miembros del Consejo:

Me permito informales, que he acompañado en su proceso de elaboración de tesis a
ANA LUISA ARGUETA WOHLERS, Carné 2775986; cuyo título es:

**ELEMENTOS DE FORMACIÓN PERSONAL Y ESPIRITUAL DEL
ACOMPAÑANTE DE ENFERMOS TERMINALES**

Ha sido un gran esfuerzo por parte de Ana Luisa, para dar a conocer este tema,
siendo un estudio que posibilita continuar en su profundización.

Considero que el trabajo realizado es satisfactorio y por mi parte, lo avalo para que
el Consejo de la Facultad proceda de acuerdo a las políticas de la Universidad Rafael
Landívar.

Atentamente,



Mgtr. María de la Luz Ortiz Martínez
Asesora de Tesis



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ANA LUISA ARGUETA WOHLERS, Carnet 27759-86 en la carrera LICENCIATURA EN TEOLOGÍA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 149-2017 de fecha 9 de noviembre de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

ELEMENTOS DE FORMACIÓN PERSONAL Y ESPIRITUAL DEL ACOMPAÑANTE DE
ENFERMOS TERMINALES

Previo a conferírsele el título de TEÓLOGA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 30 días del mes de noviembre del año 2017.



MGTR. HERBERT MAURICIO ALVAREZ LÓPEZ, SECRETARIO
TEOLOGÍA
Universidad Rafael Landívar

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
EL SENTIDO HUMANO DEL SUFRIMIENTO Y LA FINITUD	
1. La enfermedad, una visitante inesperada	4
2. Sentimientos que rondan al enfermo	4
3. La realidad del sufrimiento y la finitud	9
CAPÍTULO II	
ACTITUD DE JESÚS Y EL MAGISTERIO DE LA IGLESIA EN EL CUIDADO DEL ENFERMO	
1. Actitudes de Jesús en su encuentro con los enfermos	13
2. Método terapéutico de Jesús	16
3. Magisterio de la Iglesia	20
4. El sufrimiento no es castigo de Dios	25
CAPÍTULO III	
EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO DESDE EL PENSAMIENTO DE ELISABETH KÜBLER-ROSS Y VIKTOR FRANKL	
1. Elisabeth Kübler-Ross	27
2. Viktor Frankl	32
CAPÍTULO IV	
ELEMENTOS PARA CONSIDERARSE EN UNA PROPUESTA DE FORMACIÓN PARA QUIEN ACOMPAÑA A ENFERMOS TERMINALES	
1. Motivaciones para acompañar a un enfermo terminal	39
2. Acompañamiento como vocación	40
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
REFERENCIAS ELECTRÓNICAS	48

RESUMEN

La enfermedad y la muerte provocada por ella son temas de los que usualmente se huye. Son realidades muy presentes de las que, por lo general, no se quiere hablar. Lo que se ha pretendido con este trabajo es aportar en la tarea de acompañamiento pastoral a aquellas personas que se enfrentan a una enfermedad terminal.

En el capítulo I, se aborda el sentido humano del sufrimiento y la finitud de la existencia provocados por la presencia inesperada de una enfermedad terminal que tendrá como consecuencia final, la muerte.

En el capítulo II se constata la sensibilidad que despertaron en Jesús, los enfermos. Su sufrimiento no quedó en el silencio ni en la indiferencia. Asimismo, se confirma que la Iglesia Católica siguiendo a Jesús, pide que tanto católicos como el mundo en general, brinden una especial atención a los enfermos.

En el siguiente capítulo, el lector tendrá la oportunidad de acercarse a dos figuras muy importantes en el ámbito del trato a pacientes: la doctora Elisabeth Kübler-Ross por sus aportes en el campo de Tanatología, específicamente al tratar el tema de la muerte y cuidado de los moribundos; y del doctor Viktor Frankl, conocido por el desarrollo de la Logoterapia y Análisis Existencial que busca encontrar el sentido de la vida que es motivador para enfrentar dificultades.

Finalmente, se estarán dando elementos a considerarse para la formación de la persona que acompaña a enfermos terminales, enfatizando su crecimiento en el aspecto humano y espiritual necesario para realizar su trabajo.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad, el sufrimiento ha estado presente. Ha sido algo tan real como ineludible. Y cuando este es provocado por una situación de fragilidad extrema (que para efectos de este trabajo se considera como aquella que se genera al enfrentar una enfermedad terminal) el deterioro general, en muchos casos, es muy rápido.

Por lo tanto, la tarea o el deseo de disponerse a acompañar a alguien que se encuentra en esta situación no es nada fácil, porque hacerlo implica participar de sus sentimientos y del sufrimiento ocasionado por el dolor físico y emocional que también puede llevar una fuerte carga espiritual, al constatar que la vida terminará pronto y que Dios no realiza el milagro de detener la “injusticia” de estar padeciendo algo inmerecido.

Sin embargo, estar con aquellos que enfrentan procesos de muerte, con actitudes que les ayuden a transitar por esos duros momentos, no es solo realizar una obra de misericordia sino acoger una necesidad profundamente humana. Es permanecer al lado de quien sufre tratando de mostrar el verdadero rostro de Dios, cercano y sufriendo con el que sufre.

Es, por lo tanto, vital que se promueva la formación para las personas que acompañan a quienes han recibido el diagnóstico de una enfermedad terminal, de manera que desarrollen o potencien actitudes que les permitan apoyar a quien de manera inminente y sin esperarlo se enfrenta a la muerte.

Se busca que este estudio sea un aporte a una pastoral transformante, integradora y liberadora cimentada sobre el humanismo que resaltan tanto Viktor Frankl como Elisabeth Klüber-Ross, profesionales de la Psiquiatría a quienes se les reconoce mundialmente por el impacto que han tenido sus escritos en materias sobre el sentido de la vida y tanatología, que han puesto al servicio de la humanidad.

Esta propuesta surge a partir de una experiencia personal, ante la impotencia de saber que no se puede hacer nada por salvar la vida de las personas, especialmente cuando se está vinculada a ellas por el amor, ya que la existencia es limitada. Unido a esto, surge la imperiosa necesidad de preparación para hacer frente a una realidad existente pero que no ha sido lo suficientemente trabajada de manera sistemática. Es importante reconocer que cada ser humano debe hacer su propio camino de crecimiento y aceptación, ante una muerte inaplazable; por lo que la asistencia, no solo clínica, en esos momentos es muy importante y valiosa.

El objetivo general es determinar algunos elementos que deben incluirse en la formación personal y espiritual de las personas que acompañan a quienes están a punto de morir, para ayudarles a aceptar y vivir la muerte como un proceso natural. Para sustentar este trabajo monográfico, se han desarrollado cuatro capítulos.

En el capítulo uno se hará un recorrido por la realidad del sufrimiento y finitud del ser humano que ante la enfermedad suele experimentar sentimientos tan dolorosos que necesitan ser reconocidos y aceptados como preparación a ese momento final. Va sentando las bases para valorizar la necesidad de un contar con un acompañamiento lleno de humanidad.

El capítulo dos presenta la actitud de Jesús al encontrarse con personas enfermas. Su comportamiento tanto verbal como no verbal, que siempre fue eficaz. Se resalta su modo de proceder: cercano, atento, de escucha e interés profundo por el ser humano, deseoso de transformarlo desde lo más íntimo de sí mismo. Asimismo, incluye un apartado de lo que el Magisterio de la Iglesia (San Juan Pablo II, Benedicto XVI y Francisco) dice a y de los enfermos, como a quienes les cuidan, tratando así de dar alguna respuesta ante el misterio del dolor que contiene tanto el sufrimiento como la muerte.

En el capítulo tres se presentarán a las posiciones de la doctora Elisabeth Klüber-Ross y del doctor Viktor Frankl, exponentes pioneros en sus respectivos campos de acción: Tanatología y Logoterapia, respectivamente, que servirán de punto de apoyo para sustentar y delinear las pautas para la propuesta de formación que aquí se pretende. Se toman estos autores por su experiencia ante situaciones existenciales extremas de sufrimiento y muerte; así como por su acercamiento, caracterizado por su atención prioritaria a la humanidad de cada persona ante estas realidades complejas y que suelen evitarse.

Finalmente, en el último capítulo, el número cuatro, se plantearán los aspectos sugeridos de formación para personas que acompañan a enfermos terminales, los cuales abarcarán tanto la dimensión personal como la espiritual y que partirán del descubrimiento y aceptación de que se está respondiendo a una vocación que tiene como meta realizar una labor humanitaria que se caracteriza por la cercanía a la realidad de la muerte. Finalmente se expondrán las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Como nota aclaratoria, se desea hacer de la consideración del lector, que por aspectos de redundancia y cansancio que pudiera producir en el lector, para referirse al enfermo terminal se podrán utilizar los términos de paciente, enfermo, moribundo, persona que está a punto de morir, enfermo incurable o paciente desahuciado.

CAPÍTULO I

EL SENTIDO HUMANO DEL SUFRIMIENTO Y LA FINITUD

1. LA ENFERMEDAD, UNA VISITANTE INESPERADA

Según el ciclo normal de la vida, las personas nacen, crecen, se reproducen y mueren. Asimismo, es usual que la expectativa de las personas sea el gozar de buena salud para vivir muchos años y morir en la ancianidad. ¿Tiene, entonces, algún espacio en este ciclo y expectativa, la enfermedad? La respuesta puede ser afirmativa aunque cuando llega se le rechaza: “En la cultura actual no cabe la muerte y, ante su realidad, se trata de ocultarla” (CELAM, 2007, número 419).

La enfermedad altera tanto a la persona que la sufre como a quienes la rodean, de manera física, emocional o espiritual. Se le define como “el trastorno o alteración del cuerpo o de la mente que provocará un malestar de las funciones vitales normales” (Diccionario ABC). Por otro lado, la salud implica un estado de bienestar y equilibrio que es lo que se desea.

Ahora bien, ningún individuo está libre de sufrir algún padecimiento, por mucho que procure prevenirlo. Este puede ir desde una simple gripe hasta un cáncer terminal. En cualquiera de los casos, aunque a una escala muy diferente con respecto al sufrimiento que conllevan, la vida del enfermo cambia. Es así como se reafirma la fragilidad y temporalidad de la existencia humana.

2. SENTIMIENTOS QUE RONDAN AL ENFERMO TERMINAL

Son diversos los sentimientos que se apoderan de quien sufre un trastorno en su salud, desde la ira hasta la aceptación de la realidad enfrentada. Sin embargo, en este apartado se tratarán los sentimientos negativos por ser los que usualmente se tratan de evitar, negándose a reconocer que se viven con fuerte intensidad. Se proponen 7, a raíz de la propia experiencia y como signo de un completo sufrimiento.

2.1. Desorientación

Básicamente es la sensación de duda y de no entender el porqué de la afección diagnosticada. Es como cuando no se sabe qué camino tomar para llegar al destino, sobre todo si la ruta normal de acceso está bloqueada y no se conoce otra o bien, las alternativas implican más tiempo de trayecto y, quizás, transitar por un área desconocida. Es quedarse estático y sentir que el mundo se viene encima. Surgen las preguntas de ¿por qué a mí? ¿Qué hice para merecer esto? ¿Por qué nadie me da una explicación satisfactoria y valedera? ¿Y, ahora qué hacer?

Puede acrecentarse más la sensación cuando se empiezan a escuchar historias de situaciones similares, con insistencia sobre la manera de enfrentar la dolencia: a quién acudir, los medicamentos efectivos y otras cosas más.

2.2. Enojo o Ira

“El enojo es un estado emocional que varía en intensidad.” (Centro de apoyo APA. Cómo controlar el enojo). Surge del hecho de no poder controlar algo, “que genera una profunda decepción o frustración” (Monbourquette & Lussier-Russell, 2005, p.50) y cuando es muy fuerte puede generar violencia, física o psíquica e incluso perjudicar relaciones que pudieran nunca volver a reestablecerse. Difícilmente alguien no la ha experimentado en algún momento de su vida. Puede sentirse hacia otras personas, hacia sí misma, hacia la situación en particular de la enfermedad e incluso hacia Dios.

Según la doctora Kübler-Ross la ira es una fase difícil para la familia porque “se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar -- dice que el encuentro puede ser violento con lo que posteriormente hay sentimientos de -- “dolor y lágrimas, culpabilidad o vergüenza” (Kübler-Ross, 1972, p.256-257).

2.3. Abandono

Usualmente a un enfermo terminal no se le abandona físicamente; sin embargo, emocionalmente puede llegar a sentirse abandonado, lo que implica soledad y otros sentimientos relacionados tales como la tristeza, desesperación, miedo ante la posibilidad de quedarse solo y, conforme pasan los días, le angustia al constatar que los demás siguen su vida, que cada vez las visitas se espacian más y que, aunque quiera, no puede recuperar el ritmo de vida que solía llevar.

2.4. Desesperación

Aparece cuando poco a poco se pierde la esperanza de recuperar la salud, que permita retomar su vida anterior. Pierde la paciencia ante la impotencia de no poder cambiar la situación, de haber puesto todo de su parte para ello y, sin embargo, el final se acerca cada vez más. Mientras que el enojo se expresa externamente, la desesperación atormenta interiormente. Es asfixiarse y como toparse contra un muro. Es prácticamente claudicar y vivir de manera angustiante, pues la posibilidad de un futuro se cierne como la noche más oscura que no tendrá amanecer. Es sentirse derrotado y fracasado.

2.5. Miedo

El miedo es otra emoción que tiene gran fuerza por el nivel de angustia y ansiedad que genera, que, como consecuencia, paraliza o empuja al paciente desahuciado que la siente ante la realidad incierta y concreta que enfrenta. Es “el desconocimiento, el miedo irracional a aquello que no conocemos, hace aflorar a nuestro alrededor toda una cohorte de monstruos que no son más que esa ignorancia tomando forma” (Medina Domínguez & Robles Carrascosa, 2013, p.30).

En efecto, una afección cualquiera que sea, pero en especial la terminal, no se sabe a ciencia cierta cómo evolucionará, puede generar ese miedo irracional porque, al fin y al cabo, es encontrarse inesperadamente ante un abismo. Es sentir interna e incluso

corporalmente, la danza incontrolada de la angustia como reacción ante la perspectiva de que ya no habrá más tiempo para concluir proyectos, recomponer relaciones; ejerciendo una mayor presión emocional al enfermo terminal, que le va restando las energías y generando un deterioro físico como monstruos que le acosan sin piedad.

Con razón, como menciona Larrañaga, las causas del miedo deben buscarse dentro de la misma persona porque esta es una “reacción interna a causas externas” (Larrañaga, 2013, p.154). En consecuencia, se puede decir que cada quien responderá de manera diferente ante la misma causa.

2.6. Soledad

Las diferentes emociones y sentimientos que el paciente desahuciado pueda sentir son propias. Nadie, sino sólo él lo viven. Por mucho que otras personas hayan experimentado algo similar, nadie sabrá exactamente lo que alberga en su interior por lo que poco a poco va percatándose de la llegada de la soledad. Paulatinamente se dará cuenta que las amistades van disminuyendo porque tienen más propios compromisos que les reclaman y van quedando escasas personas a su alrededor, principalmente la familia más cercana. Esta realidad enfrenta la soledad en el sentido más directo: el estar solo, sin compañía.

Sin embargo, también este sentimiento supone otros tales como la tristeza o añoranza por la falta de aquel círculo más amplio en el que se desenvolvía: amigos, compañeros de trabajo, de comunidad, de vecindario y demás. Necesidad de compañía.

La soledad es “una experiencia subjetiva, ya que uno puede estar solo sin sentirse solo, y sentirse solo estando en grupo” (Larrañaga, 2013, p.182); sin embargo, cuando el enfermo terminal sabe que sus días están contados y que finalmente su enfermedad no tiene otro desenlace más que la muerte, experimentar la soledad es también una plataforma para lograr la serenidad y aceptación de lo irremediable. Esta soledad puede estar acompañada de silencio como oportunidad de introyección y crecimiento personal, aunque también de

mucho retraimiento y amargura que llevan al aislamiento generando más dolor personal, angustia y negatividad en el ambiente que le rodea.

2.7. Dolor

Quizás, el dolor es la sensación más identificable que las personas enfermas desahuciadas tienen debido a su intensidad y al hecho que es muy común experimentarlo desde temprana edad. Es desagradable, amargo y por su magnitud puede ocasionar fuerte angustia emocional. Con un dolor de cabeza, por muy leve que sea, es difícil concentrar la atención en algo. Es por eso que se hace indispensable procurar tratarlo para que desaparezca y poder reanudar las actividades.

Aunque al principio, el enfermo terminal se enfoca en poner los medios necesarios para eliminar el mal, conforme este avanza también el dolor aumenta y la persona va perdiendo control de la situación. Es por eso que a esta percepción sensorial se le separa en: corporal y emocional.

Un enfermo terminal sufre tanto dolor corporal como psíquico o emocional. Por lo tanto, para eliminarlo, las personas se apoyan en la medicina, que tal como lo indica el documento titulado *Los fines de la medicina* de The Hastings Center de Nueva York, cada día es más potente y está en beneficio del paciente porque busca aliviar el dolor y el sufrimiento; sin embargo,

El alivio del dolor y del sufrimiento se encuentra entre los deberes más antiguos del médico y entre los fines más tradicionales de la medicina... Aunque se conocen métodos farmacológicos eficaces para el alivio del dolor, el sufrimiento mental y emocional que acompaña en ocasiones a la enfermedad no se suele detectar ni tratar de forma adecuada. Con demasiada frecuencia se confía a los fármacos la labor que mejor correspondería a la terapia psicológica y la conmiseración. (Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2005, p.19, 40-41).

El dolor en general, siguiendo la analogía es como un “aguijón que pica y quema noche y día” (Larrañaga, 2013, p.139). Puede aliviarse o curarse con medicamento. Pero, el del alma, como se dice algunas veces, ¿cómo? ¿Qué analgésico es eficaz si cuando menos lo espera el paciente desahuciado se le presenta recordándole que ya no hay tiempo y que el ocaso se aproxima? Este hace más daño que el primero ya que un analgésico no lo elimina. Para eliminar el dolor emocional, se requiere de un trabajo personal que provoque la necesidad de enfrentar las realidades internas que lo han causado, para sanarlas y no olvidarlas a través de la evasión.

3. LA REALIDAD DEL SUFRIMIENTO Y LA FINITUD

Es un hecho que a nadie le gusta sufrir. Esta realidad se ve reforzada por algunas propuestas sociales globalizadas, que promueven el sentido de una felicidad superflua donde el sufrimiento no tiene cabida, pues es el gran enemigo que rivaliza con el deseo de ser felices. Por esta razón, cuando llega una enfermedad se produce un conflicto profundo, pues esta contradice lo que las nuevas tendencias dicen y ofrecen. Sin embargo, el trago amargo que provoca una enfermedad no necesariamente es inútil.

A lo largo de la historia se ha buscado sentido al agobio que genera. A muchas personas les provoca profundizar y tratar de dar alguna respuesta que recoja la vivencia de quienes se enfrentan a ella, ya sea desde la óptica filosófica, teológica, psicológica, antropológica, médica y demás.

3.1. Aspecto cultural

El ser humano está inserto en un ambiente específico. Hay tanta semejanza corporal y psíquica como células en el organismo. Sin embargo, a pesar de las diferencias existentes, se sabe que la persona es social por naturaleza y siempre ha sentido la necesidad de agruparse como forma de supervivencia y de lograr identidad social.

De este convivir surge lo que se conoce como cultura que es todo aquello que se va conformando y transmitiendo a lo largo de los años: forma de vida, lenguaje, arte, estudio, costumbres, formas de enfrentar diferentes situaciones. Por ejemplo, según la historia en el mundo griego, los espartanos tenían inclinación hacia lo militar mientras que los atenienses a la cultura. Los espartanos se deshacían de aquellos niños que consideraban defectuosos por alguna malformación física o algún retraso mental, lo que resultaría perjudicial para el Estado y, sin ningún remordimiento, eran abandonados o lanzados en el monte Taigeto. Los niños sanos, eran entregados a nodrizas para empezar desde pequeños su preparación para la milicia. Por su lado, los atenienses no hacían distinción entre unos y otros.

Bíblicamente se tiene el caso de Job. Su cultura y la de sus amigos, responden a una lógica de la época, donde el tema de la retribución estaba presente; están convencidos que el sufrimiento es consecuencia de las malas acciones y pecados personales, sin embargo, Job, lo ve de distinta manera.¹

Y así, cada época y región tiene su propia particularidad. El informe Hasting, resume esto:

Las diferencias culturales, religiosas, ideológicas, hacen que el tratamiento de la enfermedad y las opciones sobre el nacimiento y la muerte no puedan ser contempladas ni discutidas con neutralidad, sino desde puntos de vista marcados por creencias y sentimientos muy arraigados y profundamente discrepantes. (Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2005, p.6).

Las personas pues, responderán ante una situación de enfermedad y muerte, a partir de lo aprendido en su entorno, es decir, en la cultura donde han crecido y les ha moldeado su forma de pensar y actuar.

¹ “Hay que situarlo en el contexto global de la doctrina sobre la “retribución””, “Pues bien, el autor del libro de Job se va a atrever a cuestionar los planteamientos tradicionales en Israel acerca de la “retribución””. “Reconoce que Dios es más fuerte que el hombre y es inútil pedirle cuentas. Quizá por eso debería tener más consideración con el débil y no basar su justicia en una fuerza que aniquila al hombre.” (Casa de la Biblia, 1997, (4ta. Ed), p.559ss)

3.2. Fin del ciclo de la vida

Ahora bien, a pesar de todo, universalmente hablando hay interés en conservar la salud. Mucho dinero se invierte en investigaciones con este fin. La Organización Mundial de la Salud establece entre los objetivos relacionados a la salud el de “asegurar vidas saludables y promover el bienestar para todos en todas las edades” (Way, 2015, p.50).

Por su lado el documento del Centro Hastings, hace notar que

La tendencia en las sociedades desarrolladas, a medicalizar todos los problemas debe ser corregida. – y que, siempre debería mantenerse un sano conflicto con el deber de la medicina de aceptar la muerte como el destino de todos los seres humanos. Lamentablemente, con demasiada frecuencia, la medicina contemporánea considera la muerte como enemiga suprema. (Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2005, p.6, 45).

La es un hecho ineludible. La vida del ser humano tiene un tiempo específico que no corresponde al tiempo de la humanidad ya que según la ciencia y la historia, la vida se inició dos millones de años antes de Cristo, pero el tiempo promedio de vida de una persona según el (Banco Mundial, 2014) es entre 69.39 en el caso de los hombres y 73.601 para las mujeres. Las personas esperan que concluya con la vejez, luego de haberse logrado los objetivos personales tales como: estudiar, trabajar, formar parte de una familia y dejar herencia (no necesariamente económica), como una manera de trascender en el tiempo y en la historia.

Lo anterior es un deseo propio del ser humano, sin embargo, la realidad es otra, pues el “ciclo lógico” de la vida muchas veces enfrenta la posibilidad de terminar prematuramente, sin haber concluido sus objetivos. Una posibilidad que no sabe distinguir clases sociales, edad, ni situación económica.

3.3. Rechazo y aceptación

Existen dos reacciones naturales en las personas ante la fragilidad del ciclo de la vida: el rechazo y la aceptación. Pasar de uno a otro, algunas veces, supone un proceso doloroso que, con el tiempo y un buen acompañamiento, se puede transformar en una liberación ante lo inevitable. Sin embargo, otras veces el rechazo no logrará ser superado y llevará a la persona a hundirse en la depresión y la impotencia, al no poder cambiar el rumbo de su vida y la realización de sus proyectos.

Ambas situaciones, enfrentarán a la persona con emociones y sensaciones que quizás nunca habían concientizado que fuera posible experimentar. Es preciso enfatizar el valor de un acompañamiento cualificado que oriente en ambas reacciones, anteriormente descritas, el encuentro interno consigo mismo y su potencialidad que le sostendrán en los momentos difíciles y le ayudará a trascender.

Un padecimiento terminal se desarrolla durante un tiempo prolongado que, de alguna manera, ayuda al paciente a prepararse para el final de su vida y aceptarlo con paz, serenidad, tranquilidad, reconciliación personal y con otros. Es establecer un sentido pleno a un ciclo de vida que se rompe prematuramente y también volver los ojos a la Trascendencia, para encontrar consuelo y fuerza. Para los cristianos, la figura de Jesús, buscarlo o dejarse encontrar con Él es vital.

CAPÍTULO II

ACTITUD DE JESÚS Y EL MAGISTERIO DE LA IGLESIA EN EL CUIDADO DEL ENFERMO

Para iniciar este capítulo, vamos a partir de que “La primera mirada de Jesús no se dirige hacia los pecadores que necesitan ser llamados a conversión, sino hacia los que sufren la enfermedad o el desvalimiento y anhelan más vida y salud” (Pagola, 2007, p.155-156).

Su actitud de misericordia y cercanía hacía que las personas lo buscaran anhelando un gesto, mirada o palabra que derramara sobre sus vidas esperanza, comprensión, pero sobre todo curación. Esto no ha cambiado porque ante la impotencia de la enfermedad y muerte, en Jesús se puede encontrar el apoyo que tanto se necesita.

Él es ejemplo a seguir porque cuidar a alguien que sufre una enfermedad y sobre todo que tiene como único desenlace posible la muerte, no es nada fácil. Requiere una preparación.

1. ACTITUDES DE JESÚS EN SU ENCUENTRO CON LOS ENFERMOS

Jesús se muestra como una persona accesible y compasible. En los siguientes pasajes del Evangelio se puede constatar su forma de proceder: mira, escucha, entra en contacto con la persona, se deja tocar por su sufrimiento, se compadece y sana. Con su modo de proceder enseña que el cuidado de la persona es fundamental, por eso, se le va a descubrir solícito, diligente y dispuesto a transformar la vida y el corazón de la humanidad.

Ni los curados ni los testigos de las sanaciones fueron iguales después. Algo pasó en su interior. Algunos le creyeron y siguieron. Otros no, pero Jesús no se desanimó y permaneció fiel al Padre, que le envió a curar los corazones rotos, a liberar a los cautivos y

oprimidos, a devolver la vista a los ciegos, anunciándoles la Buena Nueva que Dios no los ha olvidado (cf. Lc 4; 14-21)

1.1. Jesús y la suegra de Pedro (Mt 8,14-15; Lucas 4,38-41)

El pasaje de la curación de la suegra de Pedro se encuentra tanto en el Evangelio de Mateo como en el de Lucas. En ninguno se especifica cuál era la enfermedad que sufría, sólo mencionan que tenía fiebre. Hoy día, se sabe que la fiebre es signo de cómo el organismo se defiende contra bacterias y virus que pueden causar infecciones leves y severamente mortales.²

En Mateo el texto sobre la curación se encuentra en dos versículos (cf. Mt 8, 14-15) que resaltan la fuerza de la palabra de Jesús, así como la actitud que los discípulos deberían tener al ponerse al servicio de Jesús, siendo ésta de cercanía y atención hacia quienes sufren y necesitan de una palabra o una acción que les ayude a sanar.

Es de notar que aquí Jesús toma la iniciativa. Él llega, se acerca al lugar en donde está la enferma: “*Al llegar Jesús a la casa de Pedro*” (cf. Mt 8, 14). Se aproxima y descubre el problema. Acaso en otras ocasiones, ella saldría a saludar y a atenderles como una manera de mostrar hospitalidad. Pero en esta ocasión, quizás Jesús se extraña de que no lo haga y pregunta por ella, se preocupa por ella. Al conocer sobre su enfermedad, la busca, llega hasta ella, la toca y en ese momento su poder sanador se pone en evidencia porque “*la fiebre desapareció*” (cf. Mt 8, 15). El resultado fue que ella se levantó y volvió a su vida normal de manera inmediata. El peligro de la fiebre desapareció.

Son cuatro los verbos en este pasaje, que denotan una acción continua: la *vio*, la *tocó*, la fiebre la *dejó* y ella se *levantó*. Esto hace suponer que la suegra de Pedro, al sentirse tocada y sanada por Jesús, no duda en servirle como signo de agradecimiento. Jesús permanece allí un rato más, celebrando la vida, la vitalidad y dejándose sorprender más por

² Se pueden consultar diferentes documentos médicos que explican lo aquí expuesto, tales como: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003090.htm> , <http://alvarezrad.mx/web/index.php/para-el-paciente/57-ipor-que-nos-da-fiebre-1>

la fe de los sencillos que por las atenciones que recibía él, pues entre amigos se da una correspondencia de amor y agradecimiento incondicional.

Lucas, por su parte resalta la fuerza de Jesús: “y conminó a la fiebre” (cf. Lc 4,39) y que la salvación alcanza a la totalidad de la personal, según Casa de la Biblia (1995, p.190 y 202), quien se mueve hacia un futuro pleno poniéndose a su servicio como agradecimiento al bien recibido.

1.2. Jesús, la hija de Jairo y la mujer hemorroísa (Mt 9, 18-26 y Mc 5, 21-43)

En el camino a atender el llamado de un padre que sufre ante el doloroso desenlace que veía llegar como consecuencia de la enfermedad que padecía su hija, Jesús se encuentra con la mujer hemorroísa, quien le sale al encuentro con la profunda fe de que, con sólo tocar su manto, podría salvarse (cf. Mt. 9,21).

Jesús entró en contacto con las dos mujeres: la hemorroísa y la hija de Jairo transmitiéndoles así la proximidad de Dios atento a las necesidades de quienes sufren. Se dejó tocar por el dolor: tocó su manto la mujer hemorroísa y la atendió; un momento después, Él se acerca a la niña, la toca y ella se levanta (cf. Mt.9,25, cf. Mc.5,42).

Pero Jesús, también resaltó la fe de quienes sufrían: A la mujer hemorroísa le dijo: “¡Ánimo!, hija, tu fe te ha salvado” (cf. Mt 9, 22); y a Jairo: “No temas, basta con que tengas fe.” (cf. Mc 5,36). Por lo que vale la pena resaltar que, tomado como base estas palabras de Él, puede decirse que es la persona quien hace viable la sanación de su cuerpo o de sus circunstancias.

Ambos pasajes concluyen con la divulgación de lo sucedido ya que acontecimientos de tal envergadura no podían permanecer ocultos. Recuperar la vida, aunque no necesariamente de forma física, tiene una fuerza que no puede callarse.

1.3 Jesús, el centurión romano y el ciego de nacimiento

En ambos casos Jesús sigue generando controversia, pues escucha la necesidad de unas personas que, según los preceptos sociales y religiosos, están excluidos del favor de Dios: el centurión romano, considerado un pagano (cf. Mt 8, 5-13, Lc 7, 1-10 y cf. Jn 4,46-54); y de aquél a quien el pecado de sus padres y/o el propio, lo hizo nacer ciego (cf. Jn 9, 1-41).

Jesús, de nuevo, hace sentir su protección y ternura lo que permite que el angustiado recobre sus fuerzas para enfrentar el asedio de una enfermedad y el comportamiento humano injusto. Lo que prevalece en las personas que han sido curadas por la misericordia y la justicia de Dios, es su confianza absoluta en Jesús y la certeza que su obrar es don gratuito de Aquél que lo envió. Jesús, por lo tanto, nunca va a reparar si las personas pertenecen o no al pueblo elegido, solo ve la disponibilidad de su corazón, su fe humilde y sincera. Así, a la vista de todos el Reino de Dios se hace presente.

2. MÉTODO TERAPÉUTICO DE JESÚS

Jesús tomó en cuenta los métodos de enseñanza de su tiempo; sin embargo, la novedad de su propuesta formativa fue sumamente eficaz, ya que supo armonizar la enseñanza tradicional de los maestros con su pedagogía para anunciar el mensaje de salvación que cautivó y convirtió a muchos de sus seguidores. Lo hizo través de su lenguaje verbal y corporal.

2.1. Su lenguaje verbal

Dentro del lenguaje verbal sobresalen sus parábolas, que son una “*terapia de conversación*” (Grün, 2014, p.7) y mucho más eficaces que solo enseñar sobre el perdón. Las parábolas son narraciones que transmiten la misericordia del Padre, pues el proyecto de Jesús era que las personas redescubrieran que Dios es “*compasivo y misericordioso, lento a la ira, y pródigo en amor y fidelidad*” (Ex 34,6), por lo que tomaba sucesos de la

cotidianidad para ejemplificar que al Padre le interesan todas las personas. Dios no quiere dejar a nadie fuera de la oportunidad de alcanzar la plenitud posible, durante el tiempo de su vida terrenal y antes de alcanzar la plenitud de la Vida Eterna.

A Jesús le preocupa la imagen desvirtuada de Dios que se ha ido generando, debido al volumen de ritos, reglas e imposiciones de los que interpretaban la Ley, agobiando al pueblo (cf. Lc 11, 45-46). Por lo tanto, pretende humanizarla, porque la realidad grave del pecado no debía alejar a las personas de la posibilidad de restablecer su relación con el Padre, a través del perdón y curación (cf. Lc 7, 36-50; Lc 13,10-17).

Dice el Papa Francisco (2015) al convocar al Jubileo Extraordinario de la Misericordia: *“La misericordia siempre será más grande que cualquier pecado y nadie podrá poner un límite al amor de Dios que perdona.”* Así pues, con las parábolas, Jesús provoca e invita a romper paradigmas: quiere que las personas descubran que están llamadas a vivir con libertad, atreviéndose a romper las imágenes equivocadas que se van formando sobre Dios, producto de la dureza de corazón y, quizás, de la poca experiencia relacional con Él.

Hay que recordar que las heridas sufridas, sobre todo en el interior de la persona humana tiende a deshumanizar y a acorazar su trato con los demás, lo cual ya no permite abrirse a la posibilidad del perdón y a creer que se puede empezar de nuevo.

Quizás fue por eso que Jesús utilizó las parábolas para enseñar, éstas “no son obras de arte” (Jeremías, 2016, p.23), sino que fueron pronunciadas en una situación y momento específicos, dirigidas a hombres y mujeres de carne y hueso, por lo tanto, el reto es preguntarse constantemente ¿Cuál es el mensaje y auditorio de las parábolas? Estas han sido adornadas y reinterpretadas porque se busca encontrar el sentido profundo a *“las sencillas palabras de Jesús”* (p.13). Sencillas palabras...para seguir exhortando a poner la mirada en el Dios misericordioso que cuida con esmero a sus hijos, especialmente a los que sufren. Un Dios que no abandona al que le necesita (cf. Is 49,15), siempre fiel, siempre misericordia y ternura.

Por ejemplo, en la parábola de los obreros de la viña. (cf. Mt 20, 1-16), se resaltan algunos puntos mencionados por Jeremías (2016) que permiten descubrir lo que verdaderamente Jesús quería decir:

- a. No hay diferencia entre primeros y últimos. La recompensa es igual en el reino de Dios.
- b. En el propietario resalta la generosidad sin límites que ve más allá de lo inmediato, todos recibirán lo necesario.
- c. La parábola quiere presentar la bondad y el ser compasivo de Dios, que se goza en ofrecer su gracia sin distinción de personas; pero también corrige a los que intenta apropiarse de la Buena Noticia del Reino, porque fueron los primeros.

Por su lado, Pagola (2007) dice que Jesús con las parábolas utilizó el lenguaje de los poetas, para capturar la atención de todos los hombres, mujeres y niños, sanos y enfermos de su época y las venideras; para hacer presente al Dios de la Vida dentro de su pueblo; acompañando su dolor, solidarizándose con su sufrimiento por puro amor. Se descubre así a través de Jesús al Dios de la compasión.

2.2. Su lenguaje corporal

Pero Jesús no se conformó con hablar. Él actuó, se acercó al sufriente, lo tocó, lo animó. Su lenguaje corporal fue clave para curar. No tuvo miedo al contacto físico. Extendía la mano. Y, ¿qué es extender una mano? Es dar la oportunidad de aferrarse a alguien y tomar el impulso para levantarse, sabiendo que quien le ha ofrecido la mano puede ayudarlo a no desmayar, a ponerse en pie en el proceso de recuperación.

Jesús con este gesto, establece una relación cercana y de confianza, provocando una respuesta de fe del que recibe su mano: del enfermo y excluido que se admite necesitado de su ayuda, de su solidaridad y de su misericordia. Jesús se deja afectar, sana sus dolencias y se conmueve al verlos cansados y decaídos (cf. Mt 9, 35-38).

A Jesús lo buscan para que cure. Él se deja encontrar por el dolor y la tristeza de los más pequeños, haciendo efectiva su sanación física y espiritual a través de la fe que experimenta el doliente. Para Jesús cuidar a su pueblo era vital: “*Curad enfermos, resucitad muertos, purificad leprosos, expulsad demonios. Gratis lo recibisteis; dadlo gratis*” (cf. Mt.10, 8). Porque la salud y vida son generadores de alegría, paz, trabajo. El sufrimiento y la muerte producen tristeza, desolación. Él mismo lo experimentó con todo el acontecimiento en torno a su amigo Lázaro: “*Viéndola llorar Jesús...se turbó*” (cf. Jn 11, 33); “*Jesús se conmovió entre lágrimas*” (cf. Jn 11, 35).

La historia tiene para la fe cristiana un valor teologal ya que Dios entró en ella, la vivió y la sufrió porque Jesús, siendo Dios, vivió como uno más. Supo lo que era sufrir y llorar por los demás. Se conmovió hasta las entrañas y ejerció su poder sanador para el bienestar de quienes más sufrían, aun sabiendo que la vida terrenal es sólo un paso. Demostró que a Dios le duele y se preocupa por el sufrimiento de los que más sufren y están más desposeídos.

Con la actitud desafiante de Jesús de acercarse al enfermo y de devolverles su dignidad a través de su curación, está mostrando que el Padre también les bendice. Tanto los hombres como las mujeres pueden aún aportar a la sociedad. También quienes disfrutan de sanidad, pueden hacerlo siguiendo el ejemplo del Curador por excelencia: Jesús “*Reconstruye al enfermo desde su raíz*” (Pagola (2007,p.166), Pero sí se necesita tanto fe, para hacer posible la curación, como que Dios sea acogido en el corazón del enfermo.

Jesús en su camino de anunciar el Reino está consciente que en algún momento, las personas se enfrentarán a la realidad de la muerte como consecuencia normal del proceso de la vida; sin embargo, al realizar las curaciones no busca presentar la posibilidad de la vida eterna, sino mostrar el camino a quienes quieran seguirle; específicamente, tener fe y velar por los más necesitados.

Pagola (2007) dice que el actuar de Jesús en curar a enfermos, no se limitó solo a aliviarles sino a anunciar la victoria final de su misericordia a un mundo marcado fatalmente por el sufrimiento, la desgracia y el dolor. Las curaciones que hizo liberaron y con esta liberación, las mujeres y los hombres se levantaron de su miseria. Eso es lo que Jesús pretendió y pretende: sanar integralmente para hacer presente el Reino de Dios.

3. EL MAGISTERIO DE LA IGLESIA

La Iglesia que se iba conformando con los primeros cristianos se interesó en las obras de misericordia, siguiendo siempre el ejemplo del Maestro. Fue así como surgieron los primeros hospitales en donde monjes y monjas cristianos, hacían voluntariado para servir a Cristo en quienes sufrían algún malestar respecto a su salud. Lo hacían con gozo, entrega y amor. El mismo Jesús dijo que para el momento del juicio final, el único examen (si así se le puede llamar) será que cada quien constate qué tanto vivió entregado hacia los y las demás: *“Entonces dirá el Rey a los de su derecha: ‘Venid, benditos de mi Padre, recibid la herencia del Reino...porque estaba desnudo y me vestisteis, enfermo y me visitasteis,’”* (Mt 26, 34, 36).

Los diferentes Pontífices que ha tenido la Iglesia Católica se han pronunciado al respecto del sufrimiento y la atención al enfermo. De hecho, este interés se remonta hasta los Padres de la Iglesia. El padre Cremona (1997), periodista vaticanista, dice que con ellos se dio continuidad a la verdadera interpretación del mensaje de Cristo, quien buscaba la sanación tanto corporal como espiritual de las personas, según Cremona (1997). Ambos aspectos son sensibles para la Redención porque el ser humano es integral.

A continuación, se presentará la aportación que los últimos tres pontífices han planteado con respecto a este tema, iniciando con San Juan Pablo II, siguiendo con el Papa Emérito Benedicto XVI y terminando con el Papa Francisco.

2.1 San Juan Pablo II

San Juan Pablo II, aludió a la ética hipocrática desde 1978, defendiendo el apego a la ética cristiana y natural en el actuar de quienes aplican la medicina. Durante su pontificado emitió varios documentos sobre el tema de la enfermedad. Uno de ellos es la carta apostólica *Salvifici Doloris* (1984), la cual inicia mencionando una frase de San Pablo: “*Completo en mi cuerpo lo que falta a las tribulaciones de Cristo, en favor de su cuerpo, que es la Iglesia*” (Col 1,24) debido a que allí abordó el tema del sufrimiento humano, el cual, a su criterio, debe provocar “compasión y respeto” (Juan Pablo II, 1984, núm.4) a pesar de la salvedad que atemoriza porque es mucho más complejo de lo que se podría pensar. Esta realidad afecta a la persona tanto física como moralmente. Sin embargo, sugiere que debe servir para la conversión, para descubrir la misericordia divina y sentirse como una oportunidad para la reconstrucción del bien en la persona misma. Resalta el valor de la cercanía al sufriente porque ninguna institución puede sustituir “el corazón humano, la compasión humana, el amor humano, la iniciativa humana, cuando se trata de salir al encuentro del sufrimiento ajeno” (núm.4).

En el año 1992, San Juan Pablo II, siendo aún Papa instituyó la Jornada Mundial del enfermo demostrando al mundo que quien padece de alguna enfermedad tiene mucho que decir a la humanidad. Él mismo dio ejemplo al haber resistido y haberse mostrado a la humanidad en su padecimiento.

2.2 Papa Emérito Benedicto XVI

Para el Papa Emérito Benedicto XVI, el amor es un tema fundamental. En la primera de las tres encíclicas que escribió titulada *Deus Caritas Est -Dios es Amor-*, se refiere que se enfoca en “la comprensión y la praxis del amor en la Sagrada Escritura y Tradición de la Iglesia” (Benedicto XVI, 2005, núm.2). Hace ver que dado lo fundamental que es para la vida el inmenso amor de Dios por cada persona, la manera de corresponder por parte del ser humano es viviendo el mandamiento del amor hacia el prójimo. Y, por consecuencia, la comunidad y la Iglesia hacen lo mismo.

También dice en esta encíclica que: “La naturaleza íntima de la Iglesia se expresa en una triple tarea: anuncio de la Palabra de Dios (kerygma-martyria), celebración de los Sacramentos (leiturgia) y servicio de la caridad (diakonia). Son tareas que se implican mutuamente y no pueden separarse una de otra” (núm.25.a). Significando que se da una unión tan fuerte e integradora, que el servicio a los más necesitados se produce a través de un compromiso serio, humano y profesional en donde la justicia y el amor tienen el lugar predominante. La Iglesia, por su misma condición de estar llamada a seguir el camino de Jesús, no puede dejar de actuar de manera coherente con este seguimiento ante situaciones de dolor y sufrimiento.

Cada año, desde que asumió el pontificado (2006) hasta que dimitió (2013) continuó publicando mensajes para las Jornadas Mundiales del Enfermo. En 2007, los destinatarios principales fueron los enfermos incurables para quienes reclamó políticas justas, que pudieran ayudar a eliminar las causas de muchas enfermedades y pidió, una mejor asistencia tanto a moribundos como a quienes no pueden recibir atención médica. En 2011, instó a no olvidar ni marginar a nadie, principalmente asumiendo que cada diócesis tiene iniciativas que promueven la asistencia a quienes sufren. Benedicto XVI (2007), haciendo referencia a su encíclica *Spe Salvi* (núm.38), manifiesta que una sociedad es cruel e inhumana si no tiene la sensibilidad de aceptar y compadecerse del sufrimiento.

2.1. Papa Francisco

El papa Francisco, en una de las primeras invitaciones, la Exhortación Apostólica *Evangelii Gaudium* (2013, núm.19-49), hizo un llamado a la Iglesia para que se pusiera en salida, como punto de partida para su transformación misionera. Es necesario salir de la comodidad y atreverse a llegar a las periferias. Pide involucramiento, acompañamiento, toma de iniciativa sin miedo, salir al encuentro de los demás, a cuidar la fragilidad en sus diferentes formas.

En diciembre de 2013, en el mensaje por la Jornada Mundial del Enfermo 2014, el papa Francisco señaló que la Iglesia ve en los enfermos, la presencia de Cristo sufriente y que al atenderles se está llevando la esperanza y la sonrisa de Dios. Durante una audiencia general mencionó una frase preciosa: “caricias de Dios - al enfatizar los beneficios alcanzados cuando una familia fomenta la comprensión, afecto y atención ante la enfermedad, la cual va más allá del entorno alcanzando a la parroquia y que - hace comprender el reino de Dios mejor que muchos discursos” (Papa Francisco, 2015).

Entorno al Año de la Misericordia, en la audiencia general del 12 de octubre 2016, se refiere concretamente a las obras de misericordia como “rasgos del Rostro de Jesucristo que cuida a sus hermanos más pequeños para llevar a cada uno la ternura y la cercanía de Dios”. (Papa Francisco, 2016). Es un llamado contra la indiferencia y el desamor hacia los más frágiles que sufren por diferente situación; a no dejarse llevar por lo que dentro de las sociedades es más conveniente hacer.

Reconocer su rostro en el de quien está en la necesidad es un verdadero desafío hacia la indiferencia. Nos permite estar siempre vigilantes, evitando que Cristo nos pase al lado sin que lo reconozcamos. Vuelve a la mente la frase de san Agustín: “Timeo Iesum transeuntem” (Serm., 88, 14, 13). Tengo miedo de que el Señor pase y yo no lo reconozca. Que el Señor pase delante de mí en una de estas personas pequeñas, necesitadas, y yo no me dé cuenta de que es Jesús. Tengo miedo de que el Señor pase y yo no lo reconozca. Me he preguntado por qué san Agustín ha dicho de temer el paso de Jesús. La respuesta, lamentablemente, está en nuestros comportamientos: porque a menudo estamos distraídos, somos indiferentes, y cuando el Señor pasa cerca de nosotros perdemos la ocasión de encuentro con Él. (Papa Francisco, 2016).

Así pues, se puede constatar que los tres últimos Papas de los siglos XX y XXI que han dirigido la Iglesia Católica, también han manifestado su sensibilidad por la persona enferma. Entre sus múltiples ocupaciones y temas que son necesarios tratar para fomentar un mundo más humano, sostenido por el amor, la realidad de quienes sufren no ha quedado relegada. Al contrario, son situaciones que son expuestas con claridad, que son sacadas a la

luz como una denuncia ante la indiferencia y egoísmo que muchas veces, se infiltran para ocultar el dolor, la tristeza, el sufrimiento del pobre, enfermo, necesitado.

2.2. Jornadas Mundiales de los Enfermos

Instituidas por San Juan Pablo II en el año de 1992, con motivo de la memoria litúrgica de la virgen de Lourdes. Se celebra desde entonces el día 11 de febrero, en un santuario mariano y la temática gira en torno a diferentes tópicos.

El objetivo de haber pensado en Nuestra Señora de Lourdes fue para sensibilizar a las personas de todo el mundo, principalmente a quienes profesan la fe Católica, tanto individuales como instituciones sanitarias, de la necesidad de mejorar la atención a los indispuestos. Asimismo, para ayudar a que quien sufre de y en la enfermedad valore el sufrimiento en el plano humano y en el sobrenatural. Los mensajes de cada Jornada reclaman una asistencia integral entendiéndose esta en el plano médico, religioso, social, psicológico y cualquier otra área que afecte a los sufrientes como a familiares y amistades. Por su importancia trascendental, el aspecto religioso no puede relegarse a un segundo plano, debe procurarse que la formación de los agentes sanitarios llene estas expectativas.

En esta línea y por la fuerza que transmite, vale la pena presentar lo que resalta el primer mensaje para la I Jornada Mundial del Enfermo, en donde se lee:

La primera Jornada mundial del enfermo, en cuanto ocasión peculiar para crecer en la actitud de escucha, de reflexión y de compromiso real ante el gran misterio del dolor y de la enfermedad.” Asimismo, que la Jornada “pretende implicar a todos los hombres de buena voluntad, pues las preguntas de fondo que se plantean ante la realidad del sufrimiento y la llamada a aportar alivio, tanto desde el punto de vista físico como espiritual, a quien está enfermo, no afectan solamente a los creyentes, sino que interpelan a toda la humanidad, marcada con los límites de la condición mortal. (Juan Pablo II, 1992, núm.1).

4. EL SUFRIMIENTO NO ES CASTIGO DE DIOS

El tema de la retribución sigue estando presente: si hay buen comportamiento, Dios bendice; si no lo hay, viene el castigo: llegan enfermedades y otros males. La Carta Apostólica Salvifici Doloris, dice que “La convicción de quienes explican el sufrimiento como castigo del pecado, halla su apoyo en el orden de la justicia” (Juan Pablo II, 1984, núm.10). Por otro lado, señala que: “debe servir para la conversión, es decir para la reconstrucción del bien en el sujeto” (núm.12). Y más adelante, da un mayor paso mencionando que: “El Amor es también la fuente más plena de la respuesta a la pregunta sobre el sentido del sufrimiento” (núm.13).

El libro de Job lo plantea de manera extraordinaria: un inocente es el sujeto del padecimiento y quien desde su obscuridad opta por aceptar su fragilidad y temporalidad, dueño de mucho y luego de nada, proclama con profundo dolor: “Desnudo salí del seno materno y desnudo volveré a él. Yahvé me lo ha dado y Yahvé me lo ha quitado. Bendito sea el nombre de Yahvé.” (Job 1, 21).

El ser humano ante lo inevitable preguntará “¿Por qué?”. Tiene derecho a hacerlo y a querer evitarlo. El mismo Jesús desde su condición de hombre exclamó: “Padre, si quieres, aparta de mí esta copa; pero no se haga mi voluntad, sino la tuya” (Lc 22,42). Sin embargo, quiso asumir lo que se avecinaba por amor a la humanidad.

Según Larrañaga (2015), refiriéndose al siervo doliente, dice que “Los sufrimientos del Siervo no sólo son solidarios y sustitutivos, sino que son *causa de salvación* para los demás - y que, quien sufre con Cristo ‘completa con su sufrimiento lo que falta a los padecimientos del Señor’ (Col 1,24), por lo que los por qué - pierden su aguijón” (Larrañaga, 2005, p.217, 235, 238).

En este capítulo se pudo constatar la especial sensibilidad de Jesús al encontrarse con los enfermos y del posicionamiento de la Iglesia, según los últimos tres pontífices con respecto a ellos. A continuación, se presentarán a dos médicos psiquiatras quienes, por el

contacto tan directo con el sufrimiento, desarrollaron propuestas revolucionarias que permiten enfrentarlo con un sentido diferente para rescatar el valor del ser humano y de la vida.

CAPÍTULO III

EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO DESDE EL PENSAMIENTO DE ELISABETH KÜBLER-ROSS Y VIKTOR FRANKL

1. ELISABETH KÜBLER-ROSS

1.1 Breve biografía

Elisabeth Kübler-Ross nació en la ciudad de Zúrich (Austria) el 8 de julio de 1926 y murió en Scottsdale, Arizona (USA) el 24 de agosto de 2004. Se graduó en medicina en la Universidad de Zúrich, y de psiquiatra en la Universidad de Colorado. Recibió 23 doctorados honoríficos. Se le considera una de las personas más influyentes del siglo XX en el campo de la Psiquiatría y la Tanatología, por su decidida dedicación al tratar el tema de la muerte y del cuidado que deberían recibir las personas. Ayudó a muchísimas personas enfermas y a sus familiares a enfrentar la caducidad de la vida. Su motivación tuvo origen al darse cuenta, y horrorizarse, del trato que se daba a los moribundos en los hospitales. Así que ella optó por brindarles un trato diferente, a pesar de la oposición de sus compañeros y les dedicó tiempo para atenderlos, escucharles, acompañarles.

Tomó a la mariposa³ como su emblema de trabajo pues observó que en las paredes de los barracones de algunos campos de exterminio nazi de la II Guerra Mundial había dibujos de ellas. Decidió que sería su símbolo porque la muerte es un renacimiento a un estado de vida superior.

Se dedicó a crear una nueva cultura sobre la muerte (Kübler-Ross, 1972), que plasmó en diferentes publicaciones.



Figura 1

³ Figura 1: <https://nisu.blogia.com/upload/externo-fe3d18497a7d4696d3f08972dec9dd25.jpg>, recuperada octubre/2016.

1.2 Algunas de sus obras⁴

- *Sobre el duelo y el dolor (2005)*: último libro escrito por la doctora Kübler-Ross, con la ayuda de David Kessler. Retoma las cinco fases de la aceptación de la muerte, pero adaptadas al proceso de duelo equilibrando el aspecto personal con el espiritual.
- *Lecciones de vida (2001)*: escrito tanto por la doctora Kübler-Ross y David Kessler. Ambos expertos en los temas de la muerte y el morir resaltan que, al enfrentar una pérdida, el amor es el sentimiento que está por encima de cualquier cosa. Enfatiza el saber vivir para no recordar lo importante que es hacerlo antes de que llegue el final de la existencia.
- *La rueda de la vida (1997)*: memorias propias de Elisabeth Kübler-Ross quien decidió escribir luego de 72 años de vida cuando ya intuía que ésta pronto terminaría (murió a los 78 años). Abarca desde su infancia en Suiza, así como su trayectoria personal y profesional, incluyendo su determinación por estudiar medicina, su traslado a Estados Unidos, su labor con enfermos mentales, su incursión en la tanatología, sus cátedras en universidades de Estados Unidos.
- *Morir es de vital importancia (1995)*: recopilación de 6 charlas realizadas en Suecia, Estados Unidos y España. Trata sobre el aprendizaje del trabajo de la doctora Kübler-Ross con enfermos terminales, su trayectoria vital y su concepción sobre la inmortalidad del alma.
- *La muerte, un amanecer (1989)*: libro que contiene 3 temas titulados de la siguiente manera: Vivir y Morir, La muerte no existe y La vida, la muerte y la vida después de la muerte; plantea los puntos de vista de la doctora Kübler-Ross en el sentido de su convicción de una vida después de la muerte. En el prólogo del mismo, en la edición de 1989, Magda Catalá invita a leer con atención y humildad las experiencias que la

⁴ Las obras se presentan de la más reciente a la más antigua, según http://www.muscaria.com/k_ross.htm#Llibres, recuperado el 20 de agosto de 2017.

doctora Kübler decidió compartir y resalta que tanto este libro como la obra en general de la doctora Kübler es “un testimonio del amor incondicional que ella pregona”.

- *Los niños y la muerte (1985)*: llamado también “Una luz que se apaga” (versión mexicana). La doctora Kübler-Ross se enfoca en los familiares (mamá y papá) de los niños o niñas enfermos o que ya fallecieron; aborda los sentimientos de miedo, duda, confusión y angustia presentes en el padre y la madre.
- *Carta para un niño con cáncer (1979)*: Es un texto sencillo que corresponde a una carta que la doctora Kübler-Ross escribió a un niño de 10 años.
- *Vivir hasta despedirnos (1978)*: texto que incluye imágenes como testimonio gráfico de pacientes y las enseñanzas que Elisabeth Kübler-Ross tiene para compartir familiares y con personas que acompañan a personas que acompañan a pacientes que partirán en el viaje hacia la muerte.
- *Sobre la muerte y los moribundos (1969)*: primer libro escrito por la doctora Kübler-Ross. Aborda las etapas que ella denominó las 5 fases por quienes enfrentan enfermedades graves: negación, ira, pacto, depresión y aceptación; que ella, observó eran común en todas las personas a quienes acompañó.

1.3 Sobre la muerte y los moribundos

Es un hecho que la muerte siempre ha sido algo desagradable. Y también es terrible y aterradora, lo cual se puede constatar al estudiar u observar la forma de enfrentar a los muertos en diversas culturas, tanto antiguas como presentes. Para tener la capacidad de afrontar esta etapa de la vida con tranquilidad y naturalidad ahonda en el pasado para determinar en qué momento se le empezó a temer tanto. La doctora Kübler-Ross sugiere que quizás en la actualidad el temor surge por la soledad y deshumanización que el enfermo terminal debe afrontar, pues muchas veces es apartado de su ambiente familiar y llevado a

un hospital para ser tratado, sin considerarle con derecho a opinar como si él o ella ya no existieran.

Cuestiona pues el hecho del cuidado de la enfermedad y de, alguna manera, la obsesión por aquello que pudiera eliminarla, quizás como una posible evasión a ver cara a cara al que sufre porque, al hacerlo, probablemente el rostro por el sufrimiento recordaría la limitación humana. Hay una fuerte negación a aceptar la propia mortalidad.

Muchos médicos aprenden a prolongar la vida, pero no a tener conciencia del concepto de ella. Hay personas a quienes se les salva, aunque queden postrados en una cama, sin poderse mover, hablar y valerse por sí mismas. Es importante dialogar con ellas pues cabría la posibilidad de que no le tengan tanto miedo a la muerte, como quienes están a su alrededor tratando de que sobrevivan sin importar en qué condiciones.

De sus observaciones y conversaciones con los enfermos terminales, definió el modelo Kübler-Ross (1972, edición de bolsillo, p.196-649) que detalla las fases por las que la persona enferma atraviesa hasta llegar a su muerte: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, que se resumen a continuación:

- a. La negación, fase que permite amortiguar el dolor cuando se conoce la noticia impresionante de la inminente muerte.
- b. La ira que sustituye a la negación. Aparecen también sentimientos de envidia y de resentimiento y aparecen todos los por qué. Este profundo enojo va en todas direcciones: hacia padres, amistades, esposo, esposa, hijos, hijas. El enfermo terminal tiende a quejarse por todo y de todo. La recomendación para quien acompaña es no reaccionar de la misma manera porque no es algo personal, sino es esa sensación de no comprender por qué tiene que vivir la situación en ese momento, cuando jamás se lo esperaba.

- c. La negociación la cual consiste en tratar de llegar a un acuerdo, para superar lo que se está viviendo ante la realidad que se presenta y el enojo que se tiene hacia la gente en general y hacia Dios.
- d. La depresión llega luego porque el enfermo terminal se debilita, adelgaza, empieza a tener otros malestares. Se entristece. En esta etapa se requiere de mucha comunicación, de hacerle saber y sentir que se le acepta. Es contraproducente una excesiva atención para animarle.
- e. Aceptación. No se trata de esperar que quien está muriendo, empiece a manifestar síntomas de gran alegría como signo que ha admitido su condición. Más bien empieza a sentir más tranquilidad, cierta paz. No reclama compañía, puede estar en soledad o no. Ya no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor.

Una nueva cultura de la muerte, según la doctora Kübler-Ross, implica vivir bien, aprender a amar, dialogar sin temor y expresar los sentimientos. Reconocer que el saber es útil pero que, para ayudar realmente a alguien, es necesario utilizar el corazón y el alma. Aceptar que el ser humano caduca, lo que no significa que todo termina, al contrario, es el paso hacia un nuevo estado.

Reconoce como valor ineludible la dignidad del moribundo. Su ejemplo e insistencia permitió que le autorizaran entrevistar y grabar a aquellos/as enfrentando la muerte. Junto a un grupo de estudiantes y teólogos dedicó tiempo para escucharles con atención. No estaba de acuerdo con que a los moribundos se les aislara, se les abusara o se les callara. Tuvieron mucho para aportar a los seminarios que se implementaron para abordar el tema de la muerte y ayudar a vivir con menos miedo hasta el momento final.

También se enfocó en los familiares a quienes instaba a apoyar al enfermo terminal en agonía: qué hacer y qué no hacer. Reconoce que al paciente desahuciado no se le puede ayudar si no se tiene en cuenta a la familia.

Prácticamente desde el inicio del libro que se ha venido tratando en este apartado, la doctora Elizabeth recuerda que el enfermo terminal es un ser humano; por lo tanto, tratarlo implica hacerle participar a través de diálogos y de aprender de él/ella sobre lo positivo y lo no tan positivo con respecto al trato que recibe en un hospital. No es un objeto ni inversión financiera.

La persona humana puede ser maestra aún en sus últimos momentos porque está enfrentando las etapas finales de la vida a la que tarde o temprano todos los seres humanos encararán, deduciéndose de esto el gran valor que implica tener la oportunidad de asistirles⁵ en sus últimas horas. Para la doctora Kübler-Ross, escuchar lo que el moribundo quiere decir sobre lo que necesita es vital.



Figura 2

2. VIKTOR FRANKL

2.1 Breve biografía

Viktor Emil Frankl, proveniente de una familia judía, nació el 26 de marzo de 1905 en Viena (Austria) y muere en esa misma ciudad el 2 de septiembre de 1997. Tuvo contacto con Sigmund Freud, pero se alejó de la corriente psicoanalítica como también lo hizo de la psicología individual de Alfred Adler. Fue neurólogo y psiquiatra, fundador de la logoterapia. Sobrevivió al holocausto en varios campos de concentración, entre ellos Auschwitz y Dachau (1942- 1945).

El doctor Frankl, a través del desarrollo de la Logoterapia y Análisis Existencial, considerada como la tercera escuela vienesa de Psicoterapia, propone que la motivación en la búsqueda de sentido de la vida provoca en la persona un estímulo que le permite

⁵ Figura 2: http://verleih.polyfilm.at/elisabeth_kuebler_ross/ekr_01.jpg recuperado octubre/2016

enfrentar las dificultades de tal manera que se responsabiliza de su vida y logra recuperar la estabilidad perdida.

Más de una vez y ante historias de hombres y mujeres que no se dejan doblegar por los problemas, por más terribles que sean, surge la pregunta de ¿Qué hacen para sobreponerse y ser capaces de considerar que su existencia tiene valor?

2.2 Algunas de sus obras ⁶

- *Lo que no está escrito en mis libros – memorias (1995)*: escrito por el doctor Frankl a los 90 años retomando aquello que impactó su vida y pensamiento desde su niñez. Describe, también, su relación con Freud y Adler y la influencia de ambos en la logoterapia.
- *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia (1980)*: el doctor Frankl aborda la frustración existencial como una realidad que implica falta de sentido y un gran sentimiento de vacío; sin embargo, la persona humana tiende a buscarle sentido a su vida y consecuentemente llenarla de sentido.
- *Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene un sentido la vida? (1978)*: consiste en ensayos sobre los principales postulados de la logoterapia.
- *La presencia ignorada de Dios. Psicoterapia y religión (1977)*: obra en la que el doctor Frankl muestra que en la persona humana hay una espiritualidad inconsciente. Parte del modelo de la conciencia y la interpretación de los sueños.

⁶ Las obras se presentan de la más reciente a la más antigua, según http://www.viktorfrankl.org/e/books_by_vf.html#Spanish_recuperado 20/agosto/2017

- *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia (1975)*: el doctor Frankl presenta una imagen global del hombre; presenta esta obra pautas para iluminar los problemas actuales y permanentes del ser humano.
- *Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia*: surge de conferencias dictadas en 1966. Explicación del sistema de logoterapia, ubicándola con respecto a las psicoterapias existencialistas, desarrolla los fundamentos del sistema de logoterapia, aborda la relación logoterapia-teología.
- *Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos sobre logoterapia*: consiste en una colección de escritos que el doctor Frankl realizó y publicó durante los años 50s y 60s. Fueron seleccionados por él para aportar mayor claridad a los principios de la logoterapia y sus aplicaciones terapéuticas.
- *El hombre en busca de sentido*: este libro fue editado en 1946 con el nombre de: un psicólogo en el campo de concentración y cuenta las experiencias del doctor Frankl durante su permanencia en los campos de concentración durante la II Guerra Mundial (1939-1945) y lección existencial que da al ser humano encontrar un sentido a su vida apoyándose en su capacidad de enfrentar y superar las dificultades.
- *La psicoterapia al alcance de todos. Conferencias radiofónicas sobre terapéutica psíquica*: otra obra que recopila conferencias dictadas por el doctor Frankl en la sección científica de la emisora vienesa Rot – Weiss – Rot, sobre temas psicoterapéuticos desde 1951-1955.
- *A pesar de todo, decir si a la vida – tres conferencias (1947)*: recopilación de las 3 conferencias que pronunció en 1946, cuando ya se había incorporado a la Policlínica Neurológica de Viena después de ser liberado en 1945 al finalizar la II Guerra Mundial.
- *Sincronización en Birkenwald. Una conferencia metafísica*: obra de teatro que realizó poco después de su experiencia (1939-1945) en los campos de concentración. Escenifica diálogos humanos de vivencias con las cuales cada persona puede

identificarse. Birkenwald significa bosque de abedules los cuales son árboles que pueden generar vida a pesar de que el terreno pueda estar devastado.

- *Escritos de juventud 1923-1942*: comprende la actividad de Frankl entre 1920-1930: asesoramiento juvenil y prevención de suicidios.

2.3 El hombre en busca de sentido

“¿Por qué no se suicida usted?” (Frankl, 1991, p.1 del Prefacio) era la pregunta que se dice hacía algunas veces a sus pacientes. En este libro plasma su experiencia en los campos de concentración de la II Guerra Mundial tanto sistematizando sus observaciones hacia los prisioneros como planteando su propuesta de logoterapia. Allí él afirma que el ser humano necesita encontrarle sentido a su vida para ser feliz o para encontrarle sentido al sufrimiento pues éste en sí mismo, no es lo que hace madurar al hombre sino el hecho de encontrarle sentido. Cada persona está llamada a hacerlo, lo que le implicará esfuerzo, interiorización y aprendizaje. No es un algo que se le otorga o que se le crea, sino que debe ser descubierto por sí mismo.

Viktor Frankl (1991, p.133) considera 3 cauces para encontrar el sentido a la vida: realizar una acción, acoger las donaciones de la vida y aceptar el sufrimiento cuyo valor radica precisamente, en la actitud que se asuma no en el hecho de padecerlo.

Ninguna persona está exenta de sufrir. Es parte de la naturaleza misma del ser humano. La diferencia será la forma en que decida vivir la angustia de un destino irrevocable, como lo es una enfermedad terminal. A partir de este punto, tiene la oportunidad de cambiar su postura ante ella.

El doctor Frankl (1991, p.135) cita un ejemplo que permite constatar la liberación que la persona puede vivir al encontrarle sentido a su dolor. Se trataba de un médico general con una gran depresión por el fallecimiento de su esposa, con quien había compartido un matrimonio feliz. Ella había muerto dos años antes. Señala que luego de escucharle,

preguntó sobre su opinión de lo que habría sucedido si el muerto hubiera sido él y la esposa le hubiese sobrevivido. “*Bueno – dijo – para ella habría sido terrible, ¡sufriría muchísimo!*”. En ese momento, el médico general ya no dijo nada; el hecho de haber muerto ella primero, la liberó de un gran pesar. Quizás en ese momento, encontró el sentido a su pena.

No se trata de ser masoquistas porque cuando el sufrimiento es evitable, hay que hacer todo lo posible por eliminarlo. Se trata de que cuando no lo es, “*al aceptar el desafío de sufrir con entereza, la vida mantiene su sentido hasta el último instante y lo conserva hasta el final*” (p.136).

Mucho del fundamento para esta declaración se debe al deseo de placer y de poder que se apodera de manera desbordante en muchísimas personas y, que, según este renombrado psiquiatra, surgen ante la frustración del sentido. El vacío existencial, dice se extendió mucho durante el siglo XX (p.128) y se manifiesta en un estadio de aburrimiento.

Es tanta la propaganda para fomentar la cultura del consumismo que al final del día nada llena. Puede generar satisfacción en el momento, pero al mismo tiempo va cavando más hondo hasta hacer constatar que el vacío cada vez se siente más, lleva a niveles muy altos de descontento. Así el ciclo se envicia más y más: en lugar de llenar, se abre más el abismo.

Propone que son dos causas (p.129) que provocan el vacío existencial:

- a. *Pérdida del instinto*: se explica afirmando que al comienzo de la historia, la persona pierde los instintos básicos de la vida animal que la impulsaban a determinadas conductas que le generaban seguridad.
- b. *Pérdida de la tradición*: es el hecho del abandono de las tradiciones que le marcaban los comportamientos socialmente aceptados. Por lo que, las alternativas o consecuencias que se le presentan, son el deseo de hacer lo que

otras hacen o hacer lo que otras quieren que haga: asumir el conformismo, totalitarismo o bien, enfrentarse al neuroticismo que se conoce también como neurosis que es la “*tendencia psicológica a mantener ciertas dificultades para el control y la gestión emocional*” (Molina, párr..1). Es posible que haya quien ignore lo que le gustaría hacer.

Puede surgir también la neurosis, producto de una pobreza espiritual, catalogada como noógena pues surge de los conflictos entre principios morales distintos, que en términos generales son los problemas espirituales.

El tema del vacío existencial se extiende en la producción intelectual del doctor Frankl. Es así como en otra de sus obras (Frankl, 2009, p.17 y 18) menciona que el profesor L.L.Klitzke en un informe titulado *Students in Emerging Africa-Logotherapy in Tanzania*, afirma que el vacío existencial se hace presente también en el Tercer Mundo, principalmente entre los jóvenes académicos. Pero no sólo se circunscribe a esta población ya que en otros ambientes y otras realidades también se da; el autor de la logoterapia realizó un estudio estadístico entre los asistentes a una de sus clases, en la Universidad de Viena y el 40% de los estudiantes había experimentado la sensación de falta de sentido; sin embargo, para los estudiantes de nacionalidad americana, el resultado fue de 81%.

La propuesta del doctor Frankl para contrarrestar este vacío existencial es ayudar al paciente a encontrarle sentido a su vida.

Tanto la doctora Kúbler-Ross como el doctor Frankl demuestran que escuchar y comprender las necesidades de los pacientes es indispensable para que encuentren un sentido a su sufrimiento y que descubran en su situación particular la posibilidad de darle sentido. Para ambos médicos, el ser humano es prioritario y toda la complejidad por la que atraviesa por situaciones como las aquí presentadas pueden ser provocadores de crecimiento interior.

CAPÍTULO IV

ELEMENTOS PARA CONSIDERARSE EN UNA PROPUESTA DE FORMACIÓN PARA QUIEN ACOMPAÑA A ENFERMOS TERMINALES

A continuación se dan algunos lineamientos que consideramos valiosos para las personas que deben (por necesidad o eventualidad) enfrentarse a la tarea de cuidar a personas que sufren de una enfermedad terminal, tomando como base para ello la postura de la doctora Kübler-Ross y el doctor Frankl en el sentido de que la persona humana tiene prioridad tanto en el trato, en la escucha, en el respeto que se le tenga ante su sentir, como en su proceso para aceptar su muerte y de encontrarle un sentido a su sufrimiento, reconociendo también que Dios toma un lugar sumamente importante en todo este acontecer.

Es necesario recordar que la medicina tiene un tope, pues no llegará nunca a ocupar el lugar de quien puede tener el privilegio de atender a un moribundo y de ayudarlo a enfrentar la etapa final. Una atención personalizada puede hacerle sentir, con seguridad, que no está solo, sino todo lo contrario y que, además, se le acoge con amor, proveyéndole un ambiente propicio para su crecimiento personal y espiritual.

Pero, algo que entorpece esta labor es que el mundo occidental, del que recibimos una considerable influencia, tiene una predilección por fomentar la cultura del bienestar material; demeritando otras realidades vitales que rodean y sacuden al ser humano, como es el caso de la muerte inminente causada por una enfermedad terminal, la cual es rechazada, hasta el extremo de querer negarla intentando desmesuradamente conservar la vida biológica, a costa de lo que sea.

Es preciso pues, abordar esta realidad desde una visión diferente ya que, aunque la muerte implica concluir y llegar al fin de la vida terrenal; encararla desde la perspectiva de un enfermo terminal es una oportunidad de abordar la existencia finita en pos de la

transcendencia, hacia la que está llamada cada mujer y cada hombre desde el principio de la humanidad. Enfrentar la enfermedad terminal y la muerte, no es un castigo ni una maldición.

1. MOTIVACIONES PARA ACOMPAÑAR A UN ENFERMO TERMINAL

Las motivaciones son factores que inducen a una persona a hacer algo ya sea de forma voluntaria, obligatoria o bien, como respuesta fiel e ineludible al llamado que surge desde el interior de sí misma y que perfectamente puede catalogarse como la “misión” personal. La misión “atrae y atemoriza - pero - es una orientación hacia alguna acción social, que está inscrita en el alma de cada persona. En otras palabras, designa nuestra necesidad de encontrar la realización en una actividad que corresponda a nuestra identidad y que le sirva a la comunidad” (Monbourquette, 2009, p.15, 24-25). Descubrirla no es tarea fácil; sin embargo, aunque no exista claridad, ese empuje interno hace que se camine.

Con una lectura de la propia historia se puede constatar el rumbo que va tomado la vida. Por lo tanto, leer la propia historia personal implicará un descubrirse, una constante escucha y aprendizaje de sí mismo. Por ejemplo, revisando los casos de Elisabeth Kübler-Ross y Viktor Frankl se constata que ambos, desde muy jóvenes sintieron interés, una por la muerte, y el otro por los estados emocionales de las personas – por eso su acercamiento al Psicoanálisis; tanto la una como el otro, a través de sus estudios empezaron a profundizar en lo que les interesaba. Pero, quizás si la doctora Kübler-Ross no hubiese creído en lo que la movía, no hubiera logrado convencer a muchos de sus colegas de que el acompañamiento a enfermos terminales debería ser más humano, enriqueciendo así el campo de la Tanatología; y, en el caso del doctor Frankl, si no hubiese sido recluido en un campo de concentración su trabajo como psiquiatra a lo mejor no hubiese alcanzado la profundidad a la que llegó y no se tendrían hoy sus aportes en Logoterapia.

Estas historias muestran cómo situaciones muy concretas pueden cambiar o redireccionar o desarrollar el camino que se ha tomado en la vida. Quizás Kübler-Ross y

Frankl nunca se imaginaron hasta donde llegarían sus aportes, pero gracias a que fueron fieles a sí mismos y su misión, sus estudios son significativos y de gran ayuda.

Ahora bien, con respecto al acompañamiento de un enfermo terminal, si esa labor se realiza respondiendo a la misión, la tarea puede llegar a ser muy positiva y significativa, tanto para quien acompaña como para quien está pronto a morir. Sin embargo, también hay que estar consciente que esta tarea no siempre se realiza con la motivación de cumplir la propia misión.

2. ACOMPAÑAMIENTO COMO VOCACIÓN

Lo ideal es que la tarea de acompañar en la fase terminal sea producto de una vocación para dar sentido a la vida, y cumplir así la propia misión, lo cual no evita reconocer que se requiera de una formación que ayude a que las capacidades y habilidades de quien acompaña a enfermos terminales se desarrollen más, y que ella o él pueda sostenerse personal y emocionalmente para realizar la labor a la que se siente llamado, sin que ésta se convierta en una carga pesada pues no hay que olvidar que en nuestra cultura, muy influenciada por la occidental (como ya se mencionó anteriormente), la muerte es una realidad que no se acepta con facilidad.

Es por ello, que para que esta vocación siga potenciándose, es inevitable que el acompañante a enfermos terminales se prepare de manera permanente y constante tanto a nivel personal como espiritual.

2.1. Formación Personal

Cuando aparece la necesidad de apoyar a alguien que se enfrenta a una dolencia que no tiene cura, puede que salgan a flote capacidades nunca consideradas, y, como invita la Parábola de los Talentos, si se tienen aptitudes para hacer algo, se espera que den fruto: “Porque a todo el que tiene se le dará y le sobrá.” (cf. Mt 25,29).

Por lo tanto, es importante descubrir y/o impulsar las competencias para acompañar a una persona que sufre una enfermedad terminal. Ahora bien, quizás la pregunta crítica sería y, ¿cuáles son esas competencias o aptitudes requeridas? En este trabajo de investigación se propone lo siguiente:

- Lo primero es concientizar si se está respondiendo a una vocación, ya que esto motivará a buscar el propio crecimiento personal y cognitivo que le permitirá realizar su misión de mejor forma.
- Asimismo, será indispensable desarrollar la capacidad de una escucha atenta y profunda, para que el enfermo terminal pueda externar con libertad y tranquilidad lo que tiene en su interior: a lo mejor su enojo y todos aquellos sentimientos que lo rodean y que se trataron en el capítulo I.
- Desarrollar un trato humano caracterizado por la suavidad y el respeto para saber cuándo y cuánto tiempo es necesario dejar solo al moribundo, cuándo necesita de un abrazo o sonrisa, cuándo de compañía silenciosa.
- Dialogar con el moribundo sin juzgarle y sin querer que avance más rápido en el proceso de aceptación de su muerte inminente, pues a través de una conversación el enfermo terminal pueda encontrarle sentido a su propio sufrimiento, pese a toda lógica como bien lo hace ver el doctor Frankl.
- Empaparse en el modelo Kübler-Ross que aborda las fases que atraviesa el enfermo terminal, que son: negación, ira, negociación, depresión para, finalmente llegar a la aceptación.
- Tener capacidad de saber descansar.
- Tener aptitud para investigar y conocer sobre la enfermedad, así como los efectos adversos, colaterales y secundarios de los medicamentos que debe tomar el moribundo.

- Tener buenas relaciones interpersonales para poderse relacionar con los familiares y amigos del enfermo terminal.

2.1. Formación Espiritual

Ante lo que no se comprende muchas veces sólo queda volver la mirada a Dios. Sin embargo, es importante saber ¿Quién es Dios para mí? y ¿Qué imagen tengo de Dios?, pues muchas veces la relación e imagen de Dios que se tiene se ha desvirtuado debido a: (a) frases que se han escuchado desde la infancia emitidas por los adultos, sociedad y religión, tales como: “Pórtate bien porque si no, Dios te va a castigar”. “Dios todo lo ve, Él está apuntando en su libro tus acciones”. “Si eres buen cristiano, Dios te va a recompensar”. “Dios te va a juzgar”. Y, (b) una educación religiosa distorsionada o que se ha quedado en las formas y no en el fin.

¿En qué Dios cree la persona que se dispone a dar este tipo de acompañamiento? Será oportuno pues, que se disponga a limpiar la imagen que tiene porque si no lo hace, puede perder la gran oportunidad de presentarle al moribundo a un Dios de amor y misericordia, cercano y dispuesto a acogerle. A este aspecto, queremos hacer referencia a Mardones (2006) quien dice que la imagen que muchos creyentes tienen de Dios genera una figura opresora de Él.

Al acercarse el fin, es natural sentir el temor del momento del encuentro con Él. Esto es algo que el que acompaña debe tener muy claro, así como saber qué es lo que cree el moribundo: ¿Cree que será recibido en una sala de un juicio, en donde se le condenará porque no hizo lo que se esperaba, porque dudó, porque lloró ante la impotencia del sufrimiento? Si quien está acompañando al moribundo no sabe reconocer también en qué tipo de Dios cree el enfermo terminal perderá la ocasión de que viva su propia muerte y de que descubra el verdadero rostro de Dios.

Por lo tanto, son dos vías que se sugieren de formación para el acompañante de un enfermo terminal, las cuales deben ir en el orden que se propone ya que es necesario partir de una buena base:

- Primero: es indispensable que el acompañante limpie las imágenes que tiene de Dios para que sea capaz de experimentarlo como Alguien que está siempre presente, atento y dispuesto a acoger a cada quien desde lo que es, que es lo que Jesús mostró en su trato con los enfermos.
 - Este punto implica saber tratar con Él, manteniendo una relación que permita una profunda experiencia de fe, lo cual puede lograrse a través de la oración, lectura y estudio bíblico, principalmente de los Evangelios o la simple conversación de cosas del Espíritu. Tener fe es creer y confiar en Dios. Es tener la seguridad de dar un paso al vacío (sin que lo sea), es abrirse a la posibilidad de una transformación interior que, en muchas ocasiones, es radical. La fe no es un tema religioso, sino “la fuerza que nos ayuda a superar y salir adelante ante los problemas y situaciones humanas que más nos preocupan” (Castillo, 2014, p.122).
- Segundo: saber reconocer qué tipo de imagen de Dios tiene el moribundo para ayudarlo a limpiarla. Comenta la doctora Kübler-Ross (1972) sobre el caso de una mujer que nunca perdió su enojo contra Dios porque de niña le dijeron que su hermano se lo había llevado Dios porque lo quería mucho.
 - Quizás durante su vida el enfermo terminal deambuló de un lado a otro, sin pensar mucho en la temporalidad de su existencia, sin involucrar a Dios en su vida o teniendo una imagen de Él errónea y al enfrentarse a una enfermedad sin cura, se da cuenta que construyó sobre arena (Lc 6, 48) y siente la necesidad de volver a Él con confianza, con esperanza, con fe, poniendo sus ojos en el Dios de Jesús, el del Amor incondicional.

Limpiar las imágenes de Dios es necesario porque “la comunicación de Dios con el hombre se efectúa a través de las palabras humanas” (Mardones, 2006, p.4-5), lo que aplica tanto para el que acompaña al enfermo terminal como al mismo moribundo ya que, a pesar de experimentar una situación extrema, se puede llegar a ser luz para otros.

Llegados a este punto, se rescata la importancia vital de atender al moribundo desde el convencimiento de estar respondiendo a una misión, que surge de la vocación que tienen las personas que se dedican al cuidado y acompañamiento en esta fase final. Su quehacer debe ser fortalecido por una formación humana-espiritual constante que le permita hacer su tarea con mayor plenitud y ayudar al moribundo a llegar al momento de la muerte con paz, sabiéndose amado y que ni su vida ni su muerte son inútiles. Y en el caso de que la acompañante del moribundo sea una persona atea o agnóstica, se confía en el valor y sabiduría humana ya mostrado de esa persona al acoger esa vocación; como de igual manera se confía en la espiritualidad y sabiduría profunda de alguien que pertenezca a alguna religión no cristiana.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

La enfermedad terminal obliga necesariamente a hablar de la muerte, realidad que es muy rechazada, sobre todo en la cultura occidental.

Tal como lo denunció la doctora Elisabeth Kübler-Ross, la deshumanización que muchas veces los pacientes deben afrontar es porque se brinda una atención sólo desde el aspecto clínico, olvidando lo importante que es brindar compañía, diálogo y comprensión.

Las fases que propuso la doctora Kübler-Ross: negación, ira, negociación, depresión y aceptación permiten comprender mejor lo que el moribundo está viviendo.

Siguiendo la propuesta del doctor Viktor Frankl se puede decir que para quien está experimentando una situación tan crítica, como una enfermedad incurable, es importante que, a pesar de ello, le encuentre el sentido a su propia vida.

Quien acompaña a enfermos terminales deberá tener la disposición de profundizar en su formación personal y espiritual para ser capaz de proveer una atención humana y de transparentar el rostro de amor y misericordia de Dios, libre de imágenes falsas.

2. RECOMENDACIONES

La persona que se dispone a brindar acompañamiento a moribundos debe buscar formación humana y espiritual constante para que su labor se caracterice por la humanización.

Hablar con y desde la verdad.

Dejar a Dios ser Dios y dejarse empapar por su misericordia siguiendo el ejemplo de Jesús, para que en cada momento el enfermo terminal sea capaz de descubrir y sentir que Dios le ama entrañablemente y pueda hacer el camino que se le abre a través de enfrentarse a la muerte física.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Casa de la Biblia. (1995). *Comentarios al Nuevo Testamento* (7a. ed.). Navarra, España: La Casa de la Biblia, PPC, Sígueme, Verbo Divino.
- Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2009). *El hombre doliente*. Barcelona: Herder.
- Fundació Víctor Grifols i Lucas. (2005). *Los fines de la medicina*. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas.
- Grün, A. (2007). *Las fuentes de la energía interior*. Bilbao: Sal Terrae.
- Grün, A. (2014). *Jesús como terapeuta*. Argentina: Ágape-Bonum-Guadaupe-San Pablo.
- Guatemala, C. E. (2007). *Documento Conclusivo V Conferencia General del episcopado Latinoamericano y del Caribe*. Antigua Guatemala: La Copia Fiel.
- Jeremías, J. (2016). *Las parábolas de Jesús*. España: Verbo Divino.
- Larrañaga, I. (2013). *Las fuerzas de la decadencia*. Bogotá: San Pablo.
- Larrañaga, I. (2015). *Del sufrimiento a la Paz*. Bogotá: San Pablo.
- Medina Domínguez, J., & Robles Carrascosa, A. M. (2013). *Cuaderno de Pedagogía Aprender del miedo a lo desconocido*. Madrid: IES Alpajés.
- Monbourquette, J. (1999). *Reconciliarse con la propia sombra* (4 ed.). Bilbao: Sal Terrae.
- Monbourquette, J. (2009). *Cómo descubrir tu misión personal*. Bogotá: San Pablo.
- Pagola, J. A. (2007). *Jesús aproximación histórica*. España: PPC.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Ardon, R. (22 de Octubre de 2009). *Tópicos de Psicología*. Recuperado el 22 de Agosto de 2016, de <http://topicosdepsicologia.blogspot.com/2009/10/dolor-emocional.html>
- Banco Mundial. (s.f.). *Banco Mundial BIRF-AIF*. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.MA.IN>
- Caos, P. (Septiembre de 2011). *Entre el caos y el orden, el magazine más retro de la WEB*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2016, de <http://www.entreelcaosyelorden.com/2011/09/la-historia-de-la-doctora-elisabeth.html>
- Centro de Apoyo. (s.f.). *Cómo controlar el enojo antes dse que lo controle a usted*. Recuperado el 19 de Octubre de 2016, de American Psychological Association: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/enojo.aspx>
- EKR, Fundación. (de). *Elisabeth Klüber-Ross Foundation*. Recuperado el 20 de Abril de 2016, de <http://www.ekrfoundation.org/>
- Equipo directivo del Instituto Viktor Frankl. (Abril de 2016). *Viktor Frankl Institute*. Obtenido de <http://www.viktorfrankl.org/>
- Francisco. (11 de Abril de 2015). *La Santa Sede*. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de <http://w2.vatican.va/content/francesco/es/events/event.dir.html/content/vaticanevents/es/2015/4/11/bollagiubileomisericordia.html>
- Francisco. (s.f.). *La Santa Sede*. Recuperado el 15 de Agosto de 2016, de <http://w2.vatican.va/content/francesco/es/messages/sick.index.html>
- Guatemala, C. E. (2007). *Documento Conclusivo V Conferencia General del episcopado Latinoamericano y del Caribe*. Antigua Guatemala: La Copia Fiel.
- II, J. P. (11 de Febrero de 1984). *La Santa Sede*. Recuperado el 5 de Marzo de 2016, de http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris_sp.html
- II, J. P. (21 de Octubre de 1992). *La Santa Sede*. Recuperado el 10 de Agosto de 2016, de https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/messages/sick/documents/hf_jp-ii_mes_21101992_world-day-of-the-sick-1993.html
- II, J. P. (5 de Mayo de 2016). *La Santa Sede*. Obtenido de <http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/messages/sick.index.html>
- II, J. P. (Marzo de 2016). *La Santa Sede*. Obtenido de http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris_sp.html
- II, J. P. (s.f.). *La Santa Sede*. Recuperado el 5 de Mayo de 2016, de <http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/messages/sick.index.html>

- Klüber-Ross, E. (Junio de 2015). *Web Formativa de católicos hispano-hablantes*. Obtenido de http://www.mercaba.org/K/kubler_ross_elisabeth_la_muerte_un_amanecer.pdf
- Kübler-Ross, E. (07 de Agosto de 2012). Sobre la muerte y los moribundos. v1.0. (victordg, Ed., & N. Daurella, Trad.) ePub. Recuperado el 27 de Junio de 2016, de <https://docs.google.com/file/d/0B5JGoBVRg7zrWHO4aF9JSzRpVVk/edit?pref=2&pli=1>
- Librería Muscaria. (s.f.). *Libería Muscaria*. Recuperado el 20 de Agosto de 2017, de http://www.muscaria.com/k_ross.htm#Libres
- Molina, X. (13 de Marzo de 2016). *Psicología y Mente*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2016, de <https://psicologiamente.net/clinica/neurosis-neuroticismo-causas-sintomas>
- Pérez, J., & Garday, A. (de de 2008). *Definición.de*. Recuperado el 20 de Julio de 2016, de <https://definicion.de/enfermedad/>
- Radaelli, A. (Febrero de 2016). *Sociedad Ecuatorina de Bioética*. Obtenido de <http://www.bioetica.org.ec/FECUPAL.pdf>
- Sanitarios, P. c. (Marzo de 2016). *La Santa Sede*. Obtenido de http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_pro_20051996_sp.html
- Spinsanti, S. (Marzo de 2016). *Web formativa de católico hispano-hablantes*. Obtenido de http://www.mercaba.org/DicTM/TM_salud_enfermedad_muerte.htm
- Thieffrey, J. H. (Febrero de 2016). *Web Informativa de Católicos hispano-hablantes*. Obtenido de http://www.mercaba.org/FICHAS/Muerte/necesidades_espirituales_del_enfermo.htm
- Ucha, F. (20 de Octubre de 2008). *Definición ABC*. Recuperado el 20 de Julio de 2016, de <http://www.definicionabc.com/salud/enfermedad.php>
- VI, P. (7 de Diciembre de 1965). *La Santa Sede*. Recuperado el 20 de Febrero de 2016, de http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_decree_19651207_ad-gentes_sp.html
- VI, P. (Febrero de 2016). *La Santa Sede*. Obtenido de http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_decree_19651207_ad-gentes_sp.html
- Viktor Frankl Institut. (s.f.). Recuperado el 20 de Agosto de 2017, de The Official Website of the Viktor Frankl Institute Vienna: http://www.viktorfrankl.org/e/books_by_vf.html#Spanish
- XVI, B. (25 de Diciembre de 2005). *La Santa Sede*. Recuperado el 20 de Febrero de 2016, de http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/es/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20051225_deus-caritas-est.html
- Zaraín, I. J. (Julio de 2006). *Revista Internacional de Psicología*. Recuperado el 10 de Febrero de 2016, de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/39/36>