

El dolor humano: una respuesta de las ciencias de la salud y una reflexión del dolor espiritual para la formación de los cuidadores paliativos¹

Human Pain: A Response of Medical Sciences and some Considerations concerning Spiritual Pain for the Training of Palliative Care Professionals

A dor humana: uma resposta das ciências da saúde e uma reflexão da dor espiritual para a formação dos cuidadores paliativos

Camilo Andrés Gálvez Lopera*
Verónica Naranjo Quintero**

1 Este artículo es un producto relacionado con el proyecto de investigación “La salud espiritual en los cuidados paliativos” presentado a la convocatoria UPB, INNOVA 2016.

* Doctor en Filosofía de la Universidad Pontificia Bolivariana. Además realizó estudios de Filosofía y Teología en el Instituto Aristotélico Tomista de la ciudad de Sao Paulo, Brasil. Licenciado en Filosofía y Educación Religiosa de la Universidad Santo Tomás. Docente Investigador del Instituto de Humanismo Cristiano. Universidad Pontificia Bolivariana. Grupo de Investigación Humanismo, Sociedad y Organizaciones (HUSO). Actualmente se desempeña como Coordinador Académico del Postgrado en Teología de la misma universidad.

Correo electrónico: camilo.galvez@upb.edu.co.

ORCID: 0000-0003-1529-5158.

** Magíster en Teología de la Universidad Pontificia Bolivariana (2014). Teóloga de la Universidad Católica Luis Amigó (2010). Docente Investigadora del Instituto de Humanismo Cristiano. Universidad Pontificia Bolivariana. Perteneciente al grupo de Investigación en Ética y Bioética (GIEB) y al Grupo de Investigación Humanismo, Sociedad y Organizaciones (HUSO).

Correo electrónico: veronica.naranjoqu@upb.edu.co.

ORCID: 0000-0002-9371-1009.

Artículo recibido el 31 mayo de 2016 y aprobado para su publicación el 6 mayo de 2017.

Atribución – Sin Derivar – No comercial: El material creado por usted puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial. No se pueden realizar obras derivadas



RESUMEN

Este artículo hace una reflexión acerca del dolor humano, a partir de tres momentos: primero, se analiza el dolor como realidad antropológica, luego, se busca dar a entender cómo las ciencias de la salud han aportado a esta realidad, y por último, se hace un análisis del dolor espiritual reconociendo que es importante en el acompañamiento de la persona, sobre todo en los cuidados paliativos. Siendo el objetivo del texto invitar a pensar la forma en que se podría atender el dolor humano de una manera integral.

Palabras clave

Tratamientos médicos, Cuidados paliativos, Antropología, Dolor, Dolor espiritual.

ABSTRACT

The article takes into consideration human pain from a threefold approach. First, it considers pain as an anthropological reality; second, it shows how medical sciences have contributed to such a reality; and finally, it addresses spiritual pain, recognizing how relevant the latter is for the care of patients, mainly for palliative care. Thus, the aim of the article is to motivate a reflection on how to treat human pain in a comprehensive way.

Key words

Medical Treatment, Palliative Care, Anthropology, Pain, Spiritual Pain.

RESUMO

Este artigo faz uma reflexão sobre a dor humana, a partir de três momentos: primeiro, analisa-se a dor como realidade antropológica, depois, procura-se dar a entender a maneira em que as ciências da saúde têm contribuído nessa realidade, e, por último, faz-se uma análise da dor espiritual reconhecendo que é importante o acompanhamento da pessoa, sobretudo nos cuidados paliativos. Sendo o objetivo do texto convidar a pensar na forma em que poderia ser atendida a dor humana de uma maneira integral.

Palavras-chave

Tratamentos médicos, Cuidados paliativos, Antropologia, Dor, Dor espiritual.

1. El dolor como realidad antropológica

Al contemplar el cosmos, en sus realidades sensibles e imponderables, tenemos la oportunidad de sorprendernos con el fenómeno del dolor. Podemos pensar en él como un obstáculo para la realización humana, como una herramienta para la superación personal rumbo a la perfección –catarsis o purificación hacia la plenitud- o simplemente como un acontecimiento inherente a la condición humana que no contiene ningún «valor agregado» para la superación de este complejo y variado estado de cosas llamado vida.

Son tres posiciones igualmente válidas pero no igualmente importantes. Es cierto que el dolor puede convertirse en un obstáculo para llevar adelante muchos planes en la vida, pero eso no quiere decir que el dolor sea «negativo» absolutamente hablando; el dolor puede llegar a ser un elemento útil para alcanzar la realización personal e inclusive la perfección. Esto es verdad, pero tampoco es el único elemento útil, y mucho menos es indispensable para ser feliz o alcanzar la plenitud.

Este existe y es una realidad que debemos asumir con seriedad y madurez. No podemos despreciarlo como un acontecimiento aislado y «egoísta» dentro de nuestro itinerario peregrinante en la vida. De todo hay un poco, y, de esos pocos, construiremos una visión enriquecedora en este artículo sobre las diferentes dimensiones humanas afectadas por el dolor. Paso a paso iremos desgranando la realidad dolorosa en nuestras vidas y como este *dolor* puede ayudarnos a construir una ruta de trabajo exitosa hacia nuestra realización plena como personas humanas.

Todas las sociedades humanas integran el dolor dentro de su visión del mundo. La asignan un valor –positivo o negativo- y un espacio privilegiado en la vida mortal. El dolor contribuye, como bien lo comenta Le Breton, a definir el hombre, y termina por dar sentido a su vida bajo muchos aspectos que son considerados como trascendentales (112); es así como el esfuerzo y sacrificio por alcanzar las metas y la donación al otro para alcanzar un fin meritorio, cuando involucran el dolor, adquieren un barniz todo especial que aquilata el proceder humano dándole una tonalidad especialmente atrayente y duradera.

Ejemplo típico dentro de la cultura occidental es el papel de Jesús en la historia como redentor y salvador, a partir de una entrega desinteresada a las garras del dolor y de la muerte.

A cada grupo social la cultura le ofrece una serie de explicaciones sobre la causalidad del dolor, como también los elementos –sean simbólicos o prácticos– de vivirlo, paliarlo o eliminarlo por completo. La experiencia de cada pueblo y las expectativas relativas al sufrimiento y la muerte enriquecen la formación física y moral de los individuos.

Dando una mirada a los remotos tiempos de la antigüedad donde los pueblos nómadas y semi-nómadas luchaban incansablemente por subsistir, percibimos que el dolor y la muerte ya eran parte de una realidad vital en su cotidianidad. El dolor físico y espiritual se convertía muchas veces en estímulo para atravesar grandes distancias sorteando dificultades, tanto o más fuertes, que el propio dolor de no tener una tierra donde reposar tranquilamente por el resto de sus vidas. Se sumaban dolores y esperanzas que terminaban llevándolos a la búsqueda de aquella «tierra prometida» anhelada por su corazón desde antiguos tiempos, como sucedió con el pueblo de Israel. En el judaísmo, el dolor se convierte en un mal incomprensible a la persona humana y sobreviene de un castigo propio al pecado del hombre; tiene el sentido de recordar al sufriente su condición pecadora y reincorporarle a la conducta adecuada. Convierte la propia condición humana en depositaria de una realidad fatal, como lo comenta Ignacio Lucero en la *Enciclopedia de bioética* en línea:

El sufrimiento se considera un intruso, que quizá desmiente la bondad del Creador y hunde en la desesperación. Se lo ve como una maldición. Se lo hace coincidir con la absurdidad. Por otra parte, se advierte una pérdida del sentido humanizante y trascendente del dolor, lo que urge recuperar, porque se olvida que el dolor tiene una dimensión perfecta y misteriosa. Huyendo del dolor padecemos doblemente. Según Polaino-Llorente el dolor es una cuestión que interpela a cada persona, El sufrimiento resulta inevitable. Ningún hombre puede zafarse de la experiencia del sufrimiento (Lucero).

A partir de la Reforma de Lutero se rechaza el dolor como una fuerza redentora y debe ser combatido a toda costa. Por otro lado, para el musulmán, la realidad del dolor son probaciones de Alá de las cuales el hombre no puede

huir; y para las diferentes espiritualidades orientales, como el budismo e hinduismo, encontramos un dolor que es merecido por la condición humana y que se erradica cuando se cultiva la disciplina, la sabiduría, el conocimiento y la espiritualidad. Es así como algunas religiones y filosofías proporcionan un sistema de valores morales que repercuten en el significado del dolor, su experiencia y erradicación.

Al hacer un recorrido por su historia podemos verificar que el dolor está limitado a las condiciones sociales e históricas de los individuos. Cada uno reacciona de manera diferente de cara a una misma situación dramática de la vida. Existen múltiples reacciones frente al dolor y todas ellas condicionadas por el contexto y la cultura. El dolor se vive personalmente y solo cada individuo puede *leerlo* en su interior para luego exteriorizarlo. La debilidad o la resistencia propia a cada organismo se asocian al contexto para dar origen a un acontecimiento experiencial llamado dolor.

Es así como desde Aristóteles – y por mucho tiempo – el dolor era concebido como una emoción particular (*Ética a Nicómaco*, Libro II) que afectaba al individuo en su intimidad. A partir del siglo XVII la visión materialista de Descartes toma la batuta dando un significado pendularmente opuesto a lo explicitado por la tradición aristotélica. La «máquina del cuerpo» es la culpable del dolor y solo sus partes integrantes son las únicas responsables de él. Ahora bien, la persona humana es un complejo microuniverso donde tiene cabida tanto las emociones íntimas como las manifestaciones biológicas propias a una situación contraria a la felicidad o la tranquilidad, como lo es el dolor. Es, sobre todo, cuerpo y alma. Es necesario sumar la complejidad del contexto a la historia personal para lograr llegar a una comprensión satisfactoria sobre lo que puede significar el dolor en la vida del hombre.

El conjunto de emociones humanas, relacionadas con el dolor, se condicionan de manera singular en las diferentes religiones y culturas, dando significado a lo que el hombre se pregunta en torno a su existencia. Tomando en consideración estos presupuestos básicos y partiendo de que el hombre no es solo cuerpo o solo alma, podemos ampliar nuestro límite de acción investigativa, y, a la vez, deslumbrarnos con las posibilidades que podemos encontrar con respecto a un discurso que sea objetivo y coherente sobre el dolor.

El dolor es una experiencia penosa y ardua; es la experiencia del desplacer intenso y variable que afecta alma y cuerpo, al hombre en su totalidad. El dolor clama por recuerdos y anhelos, es universal y no distingue raza o edad. Se extiende por otras especies animales y se convierte en un ejemplo paradigmático dentro de las experiencias aterradoras y pedagógicas² al interior de la cultura de los pueblos. Todo hombre se ve afectado por el dolor a lo largo de su vida y son múltiples las repercusiones comportamentales causadas por él.

Ahora bien, si el dolor existe como una realidad antropológica del cuerpo y del espíritu, también es cierto que hay una resonancia de ese dolor humano en el mundo. El dolor se convierte de esta manera en un problema no solo para la biología y la medicina, sino también, en una «experiencia emocional» que llama la atención a la teología, la filosofía y a las ciencias humanas en general. Son variados los factores –internos o externos- que pueden modificar la experiencia del dolor, aumentando o reduciendo su intensidad y su duración, como es el dolor agudo que determina los estados de inquietud, miedo y excitación; o el dolor crónico que se relaciona con la resignación y la depresión.

Como *emoción negativa*, el dolor es una de las mayores fuerzas que moldean el comportamiento humano, junto con el placer; de ahí el interés del tema, sus raíces, su acompañamiento, su cura y su punto terminal dentro de la vida humana. Y por esto abordar el dolor y el sufrimiento, como problema y realidad antropológica, constituye hoy uno de los grandes desafíos del pensamiento humano. La ciencia proporciona técnicas de neutralización, o por lo menos paliativas, casi a la velocidad de la demanda mundial. Así como se logra disminuir en muchos casos, el dolor continúa a transformarse a cada instante encontrando mayores albergues donde reposar y afectar la vida del hombre.

Por lo anterior, para el filósofo contemporáneo el dolor interpela la ética, la epistemología, la metafísica y hasta la estética y la política. Como intelectual tiene capacidad de contribuir en la «lucha contra», aportando un discurso coherente, que lleve a reflexionar sobre las diversas posibilidades de

2 Al respecto podríamos analizar la capacidad de aprendizaje del hombre cuando es alcanzado por la experiencia del dolor.

comprensión y adaptación propias a este fenómeno existencial, exponiendo razones fundamentadas para promover trabajos interdisciplinarios conjuntos relativos al tema.

El dolor se ubica en el cerne de la relación individuo-mundo y penetrando las experiencias personales, no se reduce a un simple diagnóstico médico que puede ser monitoreado y controlado con ayuda de la medicina. Es quizá la experiencia popular más compartida por el hombre. Es un elemento que posibilita o imposibilita la comunicación con la totalidad del mundo y en la mayoría de casos con la propia estructura interna del individuo. Podemos identificar también la sensación satisfactoria y agradable de la cura y sus resonancias sociales y culturales; en fin, se nos abre un universo paradigmático en torno a esta emoción inherente a la persona humana, su libertad y su dignidad.

Cabe ahora pensar en el dolor no como estación fija o inmóvil, sino, más bien, como etapa transitoria, sea para la salud y recuperación o como paso para la muerte del individuo –que bien podría ser llamada su clímax–. El trabajo de la medicina se autodefine prácticamente en acciones propias para paliar el dolor o erradicarlo por completo; sin embargo existen múltiples casos en que lo único posible para la ciencia es brindar un acompañamiento que contribuya a mejorar la calidad de vida del paciente, produciendo la inconciencia o preservando la lucidez para que enfrente con dignidad su encuentro con la muerte. Además de toda la preocupación existente en torno de la erradicación o disminución de los síntomas dolorosos, propios a la enfermedad, es imprescindible elaborar herramientas que asistan al paciente en medio de su drama interior con respecto a la vida, la existencia, la responsabilidad, la resignación y demás realidades presentes en la interioridad de la persona humana.

Al respecto realizaremos a continuación una revisión más bien sumaria, pero enriquecedora, de lo que la ciencia ha logrado en materia de medición del dolor y elaboración de tratamientos y medicamentos en las etapas de la enfermedad donde el dolor es pieza fundamental dentro del proceso de evolución clínica de los enfermos terminales y crónicos. El hecho es que el dolor existe en medio de un verdadero enmarañado de historias personales y las relaciones con el cuerpo y su fisiología.

2. Cómo medir el dolor: un buen trabajo de las ciencias de la salud

La cultura moderna le teme al dolor y esto es comprensible debido a que el dolor no es fácil de enfrentar, pero si podemos ser conscientes que una experiencia de dolor emocional, familiar, académica, o cualquier experiencia que genere un sentido significativo en nuestra vida, nos ayudará a emancipar y aprender de lo ocurrido ¿Qué pasaría si en nuestra existencia no tuviéramos la experiencia del dolor? ¿Será que nos perderíamos de la posibilidad de ser medidos con nuestra propia realidad? Lo que si somos conscientes es que:

El sufrimiento que aparece con fuerza en la enfermedad, crea una situación existencial difícil extrema de desesperanza. Se corta la vida normal del hombre, la sensación de ser útil a los demás, se rompen los proyectos de la vida. Independientemente de las causas cada vez más conocidas y variadas, el dolor y sus consecuencias permanecen en la esfera del misterio, que no implica irracionalidad o desconocimiento, sino algo que sobrepasa la pura experimentación (Vásquez 287).

En la actualidad hay muchos casos que el Doctor Víctor Tortorici, experto en medicina del dolor, menciona como casos de analgesia congénita quiere decir que la persona no siente ningún tipo de dolor.

Ahora bien, la realidad es que no se puede medir el dolor; sin embargo, los ingenieros biomédicos hacen todo lo posible por cambiar esta realidad, incluso cuando esta es más *agresiva*, como el dolor neuropático, que es “un trastorno neurológico en el que las personas experimentan dolor crónico intenso debido a un nervio dañado” (Medtronic). De lo anterior se puede comprender la importancia de medir el dolor y realizar una lectura de nuestro propio cuerpo; de allí que un dolor agudo pueda tratarse con tiempo para que no se convierta en dolor crónico.

Pero ¿qué hacer cuando el dolor no avisa? Cuestionó el Doctor Víctor Tortorici en el Congreso de Medicina del dolor que se llevó a cabo en el año 2015 en la ciudad de Bogotá. Su aporte fue mostrar las diversas formas que hoy la biomedicina ofrece como ayuda frente al dolor físico. Entre ellas encontramos: fármacos, cuestionario DN4 –para poder medir el dolor-, MODA QST –

estimulación sensorial cuantitativa- y equipos que ayudan a detectar el umbral. Lo complejo de todo esto es que siendo el dolor algo subjetivo “depende no sólo de la patología que lo provoca si no de múltiples factores asociados: culturales, sociales, personales (edad, estado emotivo, situación cognitiva) y las experiencias dolorosas previas” (Dra. Herraiz: médico y paciente).

Ahora bien, como el dolor es subjetivo es importante que el especialista evalúe este aspecto en su paciente y le ayude a tolerarlo, sin tratar de generalizar lo que se ha dicho de la enfermedad. Para ello se pueden aplicar las escalas numérica, categórica y analógica.

En la escala verbal ordinal, el paciente selecciona el grado de dolor entre una serie de categorías que se le ofrecen. La más antigua consta de cuatro grados de dolor: ninguno, leve, moderado e intenso. Es fácil que estos cuatro niveles se queden cortos en relación con las necesidades del paciente para expresar su dolor y además algunos pacientes dicen que la diferencia entre leve y moderado es menor que entre moderado e intenso. Por ello se han utilizado otras escalas similares pero en las que se han ampliado las categorías a elegir, como la de 5 puntos (sin dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso, el peor dolor imaginable) o la de 8 puntos (sin dolor, apenas se nota, muy leve, leve, moderado, intenso, muy intenso, insoportable) (Métode).

El diagnóstico acerca del dolor puede ser más complejo en personas con dificultades comunicativas; entre ellas, se encuentra limitaciones diversas como: enfermedad mental, edad, discapacidad, etc. En estos casos también se puede utilizar otra herramienta de medición de dolor, como la McGill:

Entre las herramientas que valoran el dolor desde un punto de vista multidimensional, una de las más reconocidas y utilizadas es el cuestionario del dolor de McGill. Es un cuestionario que se puede autoadministrar, es decir, no necesita de un encuestador, y está traducido al castellano y evaluado en pacientes españoles. En su versión completa, propuesta por Melzack (1975), comprende 78 adjetivos distribuidos en veinte grupos. Generalmente se usa una versión reducida que recoge 62 aspectos diferentes (descriptores) que se distribuyen en quince apartados, que a su vez, se clasifican en tres clases dependiendo de la dimensión específica que evalúen (sensorial, afectiva y evaluativa o temporal). Además tiene una escala visual analógica para la

intensidad del dolor, una categórica y una representación de la figura humana en la que debe señalarse exactamente el lugar en que se localiza el dolor. Cada categoría tiene asignada una puntuación que permite obtener un valor para cada una de las dimensiones y al ir sumando estas puntuaciones parciales, se obtiene un valor numérico final denominado «índice de valoración del dolor» (o PRI en sus siglas en inglés) (Metode).

En los diferentes master del dolor se han analizado formas de ayudar a las personas a identificar su proceso. El Pro. Muriel y la Doc. Llorca Diez, en su producción “Objetivos del área de la evaluación del dolor crónico”, hacen alusión a las técnicas más usadas para hacer medición del dolor, entre las cuales encontramos:

- Radiografía convencional: es el escaneo del esqueleto.
- Tomografía Axial Computarizada (TAC): se da a partir de radiaciones ionizantes.
- Resonancia magnética (RM): se obtiene la imagen con una serie de componentes: campo magnético estático, gradientes de campo magnéticos y pulsos de radio frecuencia.
- Gammagrafía ósea: se logra obtener la imagen mediante el uso combinado de isótopos y un agente que ayuda a fijarse en el hueso (radiofármaco), valorándose el sistema óseo a partir de la liberación de material radiactivo.
- Ecografía: es una técnica no invasiva basada en los ultrasonidos.
- Estudio neurofisiológico: a partir de descargas eléctricas se comprueba si el miembro está afectado o comprimido.
- Termografía: comprueba visualmente la temperatura de las áreas corporales. Las imágenes son recogidas por procedimientos electrónicos o de cristal líquido.
- También existen los Test farmacológicos: su objetivo es identificar el diagnóstico y la posibilidad del tratamiento (Master del dolor).

Las anteriores son las técnicas más conocidas que ayudan a detectar el dolor, sobre todo cuando este no avisa o empeora. Asimismo, en medio de esta variedad de técnicas, la disciplina de la ingeniería biomédica habla del T.E.N.S. DL 3155BIO10 el cual emplea un mecanismo a partir de pulsos eléctricos, desempeñando efectos analgésicos; no detecta el dolor si no que lo sana. Su funcionamiento se da por una:

Estimulación Eléctrica Transcutánea de los Nervios, es una forma de onda de baja frecuencia que, una vez aplicada a través de electrodos en el área de proyección cutánea del dolor (área de disparadores), permite una reducción casi inmediata y de larga duración de la sensibilidad dolorosa. Por esta razón, es una terapia efectiva, segura e inócua para el tratamiento de todos los dolores musculares y del esqueleto, neuralgias, dolores reumáticos, articulares, de cabeza, lumbares, ciáticos y otras afecciones (Ingeniería biomédica de Lorenzo).

Otro ejemplo, de los últimos avances en la reflexión del dolor, ha sido la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, en donde los científicos llevaron a cabo escáneres cerebrales con personas que tenían dolor y otras que no lo tenían. Los resultados fueron analizados por algoritmos informáticos. Ese mismo proceso se volvió a realizar con 8 personas con el objetivo de “crear un algoritmo informático a partir de los datos recogidos, referentes al dolor, de un conjunto de individuos, y luego usar ese modelo para clasificar con precisión el dolor en un conjunto completamente nuevo de individuos” (20 minutos). El científico Mackey manifestó que él le tenía confianza a los autoinformes de los pacientes, pero que hay un número de pacientes que no pueden comunicar ese dolor, y es, desde allí, que ellos como científicos han querido dar:

Un primer paso hacia el desarrollo de una herramienta de diagnóstico que podría eliminar un obstáculo importante en la medicina del dolor: la dependencia de los autoinformes para medir la presencia o ausencia de dolor [...]. La nueva herramienta utiliza patrones de actividad cerebral para ofrecer una evaluación objetiva fisiológica sobre el dolor. Los científicos utilizaron resonancias magnéticas funcionales del cerebro junto con algoritmos informáticos avanzados para predecir, con exactitud, el dolor térmico en un 81% de las veces en sujetos sanos (20 minutos).

Sin embargo, aunque estas herramientas han sido de gran utilidad para el personal de salud que asiste al dolor, no todos estos equipos electrónicos o cuestionarios ayudan a todos los pacientes, pues el fenotipo es diverso según cada persona y no todos los dolores son iguales. Así mismo, es necesario tener en cuenta un elemento fundamental dentro de la condición de la persona humana relacionado con su necesidad existencial de ser acompañado, acogido y escuchado, cuando el dolor lo alcanza en su dimensión más íntima. Bajo este

punto de vista el cuidador, y responsable del paciente con dolor, debe asumir la responsabilidad de analizar profundamente las repercusiones espirituales del drama que vive el individuo y procurar brindar herramientas y métodos de paliación que atiendan esta dimensión humana.

3. Dolor espiritual en los cuidados paliativos

Hoy sabemos que las enfermedades suceden por múltiples acontecimientos; además, todos, cuando logramos reflexionar nuestra existencia, comprendemos que enfermamos y morimos. Y aunque no podemos combatir la muerte, no aún –ni siquiera con la criogenización de cadáveres tenemos la certeza de lo que va a pasar-, si podemos ser conscientes de actitudes que nos hacen cada vez más humanos y que nos ayudan a reconocer el carácter axiológico de cada persona, que es su dignidad. De allí la importancia de los cuidados paliativos como una respuesta a nuestra fragilidad humana y el ejercicio de la caridad con el otro.

La guía de cuidados paliativos de SECPAL asumen que los cuidados paliativos deben darse en:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses (SECPAL).

Hablar de cuidados paliativos es reconocer el esfuerzo humano por comprender, aceptar y ayudar a la experiencia del dolor. Caso concreto ha sido la forma en que las ciencias, cada vez, inventan formas de atender a esta realidad humana. Es claro que el dolor está en la persona, por esta razón, es importante reconocer el dolor desde su integralidad, para conseguir esta comprensión se ha nombrado la categoría de dolor total, este dolor no se logra medir con las pruebas tecnocientíficas, pero esto no indica que no exista o que no se viva. Por eso, a continuación, se muestra la necesidad de pensar en este dolor, como un intento de mirar al ser humano desde su integralidad; asimismo, se hace una invitación para los cuidadores de profesión y todos aquellos que deseen serlo.

Richard Reoch habla de la importancia de la espiritualidad en el momento de morir en su libro *Morir bien: Una guía para afrontar con valor y dignidad la experiencia de la muerte*. En su texto expresa que los cuidados espirituales en los moribundos deben ser una tarea compartida tanto del grupo de profesionales que lo asisten como de sus familiares. No obstante, argumenta que en este momento el arte de saber escuchar es el único saber que genera esperanza al moribundo. Citando a Cicely Saunders, argumenta: “Los moribundos abandonan las máscaras y trivialidades de la vida cotidiana y al hacerlo se vuelven más abiertos y sensibles. Ven más allá de la irrealidad. Recuerdo que un hombre me dijo: ‘No, me lea. Sólo quiero oír lo que hay en su mente y en su corazón.’” (ctd. en Reoch 92).

Richard Reoch explicita los cuidados espirituales en dos momentos: el orbe dorado, y, escuchar y conversar:

El primero, lo sustenta a través de la historia de un joven oficial de la Segunda Guerra Mundial el cual fue arrestado y sometido a palizas y torturas. Y mientras aguantaba los golpes tuvo la impresión de que una luz dorada lo rodeaba y lo llenaba de paz, al final salió del interrogatorio quedando en libertad y con una experiencia especial que lo llevaría a ser el primero en implementar el uso de la luz y el color para el cuidado de alguien que muere, es así, como “las vibraciones de todo tipo, incluidas las frecuencias del espectro luminoso, afectan profundamente a la estructura bioquímica del ser humano” (Reoch 94).

Por ende, el saber escuchar lo manifiesta como un gesto sabio:

La primera reacción de muchas personas que deben afrontar la muerte o acompañar a un moribundo es: “no sé qué decir”. Lo cierto es que no sólo no hay nada que decir, sino que lo que uno diga no ayudará a emprender el viaje. La primera pregunta que debe hacerse es: “Sé escuchar” (Reoch 96).

Estos dos y otros elementos que se alcanza en la lectura del libro de Reoch titulado *Morir bien*, ilustran varias herramientas para un adecuado acompañamiento al moribundo, como él bien lo llama. También hay otras herramientas que demuestran la necesidad de ser creativos en el acompañamiento del final de la vida, entre ellas se encuentran: la música-terapia, los murales –que

transforman el ambiente hospitalario-, los colores en las habitaciones, los masajes corporales, estas y otras herramientas, ya exploradas, ayudan a morir como seres humanos.

La psiquiatra y médica Ana Milena Isaza, encargada de acompañar en cuidados paliativos en el Hospital Méderi de la Universidad del Rosario, también manifiesta la necesidad del acompañamiento espiritual en esta etapa de la vida. Ella fue ponente del Congreso de Medicina del Dolor y, en su aporte académico, confesó que en las terapias con estos pacientes hay una gran dificultad de abordar el tema de la muerte puesto que están a punto de morir. En otros casos no se logran dar las narrativas por parte de estos, los intentos son silenciados debido a la poca aceptación de la muerte del personal encargado. Ella alude a un «modelo de ser» como un posible camino para el acompañamiento espiritual en cuidados paliativos, éste se basa en: 1. La necesidad de ser reconocido como persona. 2. La necesidad de releer la vida. 3. La necesidad de expresar vivencias religiosas. Es así como el consejero espiritual que menciona la psiquiatra Isaza debe ser una persona neutral que ayude a ser intérprete entre el paciente y su propio entorno familiar. Además, ella manifiesta que en el momento en que las estrategias espirituales no funcionen se debe remitir a estrategias terapéuticas.

También se encuentran textos que ilustran un avance en el tema. Entre estos está el de Eric Benito, Javier Barbero, Alba Payás, en su investigación y publicación como libro, *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos una introducción y una propuesta*. Allí presentan la forma en que la mayoría de los profesionales de la salud no le prestan importancia a este tema; no obstante, exhiben encuestas donde las personas de enfermedad terminal solicitan conocimientos de espiritualidad en los cuidados paliativos, pero, los profesionales en la salud no saben abordar los interrogantes espirituales que tienen los pacientes, ocasionando con esto una conspiración del silencio. Ellos también aluden en este proceso la relevancia de las necesidades en el acompañamiento espiritual que ya han mencionado otros expertos en el tema. Estas necesidades son: necesidad de ser reconocido como persona, necesidad de volver a leer su vida, necesidad de encontrar sentido a la existencia y al devenir –la búsqueda de sentido-, necesidad de reconciliación y sentirse perdonado, necesidad de establecer su vida más allá de sí mismo, necesidad de continuidad en un más allá, necesidad de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas –esta última desde la comprensión y conexión con el tiempo-.

Javier Barbero, es otro teórico que investiga acerca de la espiritualidad en los cuidados paliativos, menciona que el apoyo espiritual tiene algunas categorías; según los resultados arrojados de su investigación son:

1. La relación con el cuerpo desde los cuidados un cuidado dado, sin palabra intercambiada, corre el riesgo de ser percibido por él quien lo recibe o más bien lo (sufre), como una negación de su propia condición de persona.
2. La relación dialógica, desde la escucha activa se trata de crear espacios no amenazantes en los que se puedan expresar angustias, miedos, esperanzas, dudas.
3. La relación con el pasado y el presente, desde la reconciliación.
4. La relación con los roles familiares y sociales, desde el reconocimiento.
5. La relación con sus recursos espirituales desde la exploración y potenciación de los mismos (14-15).

Se hace palpable el reconocimiento de las realidades que hoy, con el avance de las disciplinas, podemos atender; entre ellas, el acompañamiento a morir, sobre todo cuando: “La mayoría de las personas que rodean al enfermo carecen de ese *ars moriendi*, que no saben prestar al enfermo la necesaria ayuda; que sus temores y angustias ante su propia muerte les incapacitan para tener esa comunicación” (Gafo 264). Además el contexto en que vivimos no nos invita a hacerle cara a nuestra existencia fatal y: “en el ambiente cultural actual se rechaza la muerte enmascarándola con la enfermedad y se priva al moribundo de su propia muerte” (Lucas 113).

Por eso la actual lectura acerca de la muerte y del sufrimiento, no se dirige a un esfuerzo por valorar el final de la vida de una persona:

Esta cultura del ocultamiento de la muerte ha conducido a una pérdida del sentido humano de la muerte y a un abandono del moribundo. Ya no se muere en familia en la propia casa, circundando del afecto de los seres queridos. Las estructuras sanitarias se han hecho impersonales, y se circunda al moribundo de un blindaje casi impenetrable, también incluso para los familiares más queridos. Cuando la muerte ha hecho su acto de presencia, al muerto se lo transfiere y se elimina cualquier signo suyo en la unidad hospitalaria. Se ha olvidado la dimensión humana de la muerte (Lucas 114).

A partir de lo anterior, y desde esta propuesta investigativa, se apuesta a mayor sensibilización y educación en el tema de la salud espiritual en los cuidados

paliativos, donde se ven involucrados tanto el profesional en salud como los familiares, y toda persona que quiere enriquecer este proceso de la vida. Se reconoce que esta realidad ya ha sido iniciada, pero que indudablemente se podrá hacer algo desde la capacitación en temas espirituales, místicos y mistagógicos que potencien este instrumento dentro de los cuidados paliativos. Estos temas se tendrán que manejar con una armonía polifónica, donde ninguna experiencia de la vida del otro desenchaje en el quehacer del cuidador; antes bien, se partirá de lo que dice el otro para ayudarlo a realizar su viaje escatológico.

Partiendo del último reto del cuidador espiritual se debe tener presente su disposición a los intercambios de pensamientos, sentimientos y angustias con el enfermo; para ellos es fundamental una relación de confianza, sinceridad y amistad. En contraposición estaría la idea de no dejarlo hablar:

cuando tapamos la boca a los moribundos antes de que mueran, sucede algo horrible. Entre ellos y nosotros, crece un silencio más profundo que una tumba. Si impedimos que los moribundos hablen antes de partir, la piedra que cae en el foso se hundirá para siempre sin que se oiga el chapoteo de respuesta (Reoch 96).

El sentido del oído es el primero que se desarrolla y en casi todas las teorías se asegura que es el último que se pierde, por eso sintonizarse con el proceso de quien está muriendo es posibilitar que él maneje el ritmo del lenguaje, para esto, la capacidad auditiva y visualización corporal ayudará a saber si se está haciendo una compañía eficaz.

El lenguaje posibilita cantidad de sensaciones y consuelos a la persona, en el caso de que esta no pueda hablar, es importante comprender que ello no es el límite de la comunicación. La siguiente historia ilustra un acompañamiento de un hijo a su mamá cuando ya la comunicación no se podía dar por parte de ella:

Me sentía impotente, pequeño e indefenso, pero también tranquilo, fuerte y sincero. Veía y sentía algo que no había visto ni sentido con anterioridad, una experiencia que sólo podría describirse con palabras aún por descubrir: indefenso, pero fuerte; triste, pero tranquilo, desgarrado, y sin sufrimiento,

íntimamente conectados con su dolor. Nunca sentí con tanta intensidad que la verdad puede hacernos libres (Reoch 97).

Lo que se ha escrito con referencia al tema del dolor espiritual lleva a pensar en unos retos para la persona que deba, y quiera, ser un cuidador del enfermo en cuidados paliativos. Estos podrían ser algunos:

- Debe de ser tolerante.
- No debe tener miedo a las preguntas difíciles.
- Conciencia de sí mismo.
- Conciencia para el otro –alteridad-.
- Capacidad de hacer silencio.
- Superar las adversidades de las edades para la diversidad de acompañamientos.
- Saber diferenciar el acompañamiento en una enfermedad sorpresiva a la de mayor tiempo.
- Creatividad en las estrategias para ayudar al enfermo a sentirse tranquilo.
- Capacidad de escuchar y conversar.
- Capacidad de reconocer la trascendencia en toda religión o filosofía de vida. 

Lista de referencias

- Barbero, Javier. “El apoyo espiritual en cuidados paliativos”. *Labor Hospitalaria*, núm. 263, 2002, pp. 5-24.
- “Dolor neuropático”. *Medtronic*. 8 oct. 2015, <http://www.medtronic.es/su-salud/dolor-neuropatico/index.htm>.
- Dra. Herraiz: médico y paciente. 28 mar. 2016, <http://draherraizmedicoypaciente.com/2014/04/20/dolor-como-se-mide-el-dolor-que-sentimos/>.
- Gafo, Javier. *Bioética teológica*. Desclée De Brouwer, 2003.
- Lucas, Ramón. *Antropología y problemas bioéticos*. Biblioteca de autores cristianos, 2005.
- Lucero, Ignacio T. “El dolor y el sufrimiento humano”. *Enciclopedia de Bioética*, 28 mar. 2016, <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/168-el-dolor-y-el-sufrimiento-humano>.
- Ingeniería biomédica de Lorenzo. 29 mar. 2016, <http://www.delorenzogloba.com/upload/download/1382709713BIOMEDICAL%20SPA.pdf>.
- Le Breton, David. *Antropología del dolor*. Seix Barral, 1999.

- Lucas, Ramón. *Antropología y problemas bioéticos*. Biblioteca de autores cristianos, 2005.
- Máster del dolor*. 26 de mar. 2016, <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%204.pdf>.
- Métode*. 28 mar. 2016, <http://metode.cat/es/Revistas/Monografics/La-cara-del-dolor/Es-possible-mesurar-la-intensitat-del-dolor>.
- Reoch, Richard. *Morir bien*. Oniro, 1998.
- SECPAL. “Guía de cuidados paliativos”. 8 oct. 2015, <http://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER%20Y%20CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf>.
- Torres, Mercedes, y Victoria Campas. *La experiencia del dolor*. Editorial UOC, 2006.
- Vásquez, Carlos. *Nuevo diccionario de bioética*. Monte Carmelo, 2012.
- 20 minutos, 17 sep. 2011, 29 mar. 2016, <http://www.20minutos.es/noticia/1157614/0/medir/dolor/objetivo/>.