

El Sentido de la Vida, la Espiritualidad y la Relación Médico - Paciente

Dra. Elena Luego, Ph. D.

Introducción

Desde sus inicios en la Antigüedad, la práctica médica entraña un secreto o misterio; es decir, una sabiduría propia que el médico ha de cultivar deliberada o al menos descubrir intuitivamente en el curso de su práctica médica. Para encontrar su centro personal, cada médico debe aportar el contenido de su propia experiencia asumida y valorada. Así lo exige su compromiso profesional con el cuidado que dispensa. En su calidad de ciencia y técnica, el cuidado requiere:

1. *Conocer*

Estar presente con alma y vida, atento a todas las necesidades del paciente, a fin de comunicar su respeto a la dignidad humana.

2. *Personalizar*

Elaborar un plan de cuidado, interpretando la terapia o acciones clínicas a tomar en consonancia con la individualidad del paciente.

3. *Intervenir*

Actuar eficiente y eficazmente con el conocimiento científico y arte propios de la clínica, pero orientados a la persona en su totalidad.

4. *Evaluar*

Comparar los resultados positivos y los riesgos de la terapia, y ayudar a estimar intervenciones futuras.

5. *Interactuar*

Promover la recuperación, bienestar, autosuficiencia, autoestima y esperanza del paciente por medio de la cordialidad, la simpatía, la empatía y el servicio.

El *status quo* de la práctica clínica (al igual que el de la orientación curricular prevaleciente hasta nuestros días en las escuelas de medicina tanto en las de mi país como en las de los EE.UU.) no hace justicia a los componentes esenciales del cuidado. Esto ocurre así por el modelo científico de enfermedad, por la supuesta neutralidad afectiva del médico, la orientación técnica de la terapia, la concepción de la comunicación como mera destreza y la falta de profundidad en el cultivo de las virtudes personales.

Algunas corrientes internas de la práctica clínica del siglo pasado nos apartan aún más de la interacción con el paciente. Por ejemplo, del cuidado en el hogar se ha

pasado al cuidado en la institución; de la atención por parte de un médico conocido a otra por parte de uno extraño; de un médico generalista atento a la totalidad de la persona a un especialista concentrado en un sistema en particular del cuerpo.

A su vez la influencia de la genética y de la posibilidad de predecir enfermedades antes de que se manifiesten los síntomas, contribuye a la serie de reducciones ya presentes en la práctica actual. Se reduce al ser humano, a la persona, al paciente, a unos síntomas, y estos a lo genéticamente previsible.

La tendencia actual de aplicar las normas del mercado a la distribución de los recursos para el cuidado de la salud, anteponiendo el costo a la necesidad clínica del paciente, o las estadísticas de población a la condición del paciente, afectará adversamente las características que personalizan el cuidado.

La informática o teleconsulta -por más eficiente que pueda ser- distanciará aún más al médico de su paciente; hay comunicación, pero no hay contacto ni cuidado personal.

En la medida en que la cultura contemporánea en general subestime la función formativa y el cultivo de la solidaridad por medio de la familia y la comunidad, se irá perdiendo el contexto y el apoyo educativo para el profesional médico en su calidad de persona. Se abandonará así la formación integral de personas con fidelidad y espíritu de servicio en las relaciones interpersonales.

Regresemos a nuestro punto de partida: la medicina no es sólo ciencia aplicada o técnica sofisticada, pero tampoco es sólo arte y destreza de comunicación. La medicina es esencialmente cultivo de una ética orientada al cuidado integral de la persona considerada como ser dotado de espíritu. Esta ética invita asimismo al médico a explorar sus recursos espirituales, su interioridad o subjetividad. Tarde o temprano, ignorar o desestimar en la práctica clínica una ética orientada hacia la persona, desestimarla en la resolución de tensiones y rutinas diarias, puede conducir a la sensación de "*burn out*" (agotamiento) o retiro prematuro de la profesión y, muy probablemente, a brindar mensajes negativos a los aspirantes a la carrera de medicina.

La ética en la medicina rescata el valor del paciente como persona. Reconoce en él un secreto o misterio del cual es depositario también el médico. Ambos son depositarios de espíritu, de una dimensión que llamamos *espiritualidad*.

Confío en poder demostrar que la espiritualidad desempeña un papel esencial en la práctica clínica en general; pero muy especialmente en lo que hace a la capacidad de captar, atender e interpretar el sufrimiento, sin lo cual la medicina ignoraría uno de sus objetivos de aceptación mundial: *aliviar el sufrimiento* (Hastings Center Report) y se apartaría de una de sus definiciones más conocidas: "*La medicina, al igual que la ciencia y el arte, dan respuesta al sufrimiento*". (Eric Cassell). Si el sufrimiento no tiene un significado espiritual, dudo entonces de que la espiritualidad, en general, llegue a ser factor efectivo en el cuidado de la salud.

En primer lugar examinaremos diversas interpretaciones del sufrimiento basadas en contextos clínicos. Reconoceremos la complejidad del sufrimiento y la falta de una atención adecuada a su naturaleza por parte de muchos médicos. Este

examen confirmará lo que el sentido común reconoce: que es preciso entender lo que significa ser persona o precisar el sentido de la vida para poder comprender (no explicar) el sufrimiento como *misterio* en el sentido de Gabriel Marcel. Marcel distingue el orden de los problemas que admiten solución (técnica) del orden del misterio, el cual exige respuestas en términos de interioridad, compromisos y convicciones personales. Asuntos como la vida, el amor, el sufrimiento y la muerte se entienden mejor como misterio que como problema.

En segundo lugar, demostraré la función esencial y positiva de la espiritualidad - sea esta religiosa o secular - para generar empatía hacia el sufrimiento y encauzar una compasión y misericordia dignas del paciente.

Finalmente ofreceré algunas recomendaciones para una nueva pedagogía en la formación de médicos competentes e íntegros que atiendan a sus pacientes contemplando la totalidad de su persona. Esto supone aceptar la responsabilidad de suscitar y apoyar la espiritualidad en su paciente y reconocer la función de ésta en su propia persona.

I

Algunas reflexiones sobre el sufrimiento

A. Trasfondo

El término *sufrimiento/sufrir* proviene del latín *sufferre* (sub + ferre = soportar una carga). El sufrimiento es una experiencia humana universal; nos afecta a todos de manera profunda y radical. El sufrir (también cuando se lo asocia al dolor en cuanto experiencia básicamente fisiológico/neurológica) puede ser objeto del escrutinio científico y de la intervención técnica.

El dolor tiene su centro en el cuerpo, mientras que el sufrimiento es una experiencia psicosocial altamente personalizada y sin *centros* en la persona. Esto exige respuestas sustentadas en la empatía, la compasión y la atención a la dimensión espiritual tanto del paciente como del profesional que busca aliviar el sufrimiento.

Examinemos en primera instancia la interacción entre el dolor y el sufrimiento para luego intentar definir el sufrimiento y responder a la tesis posmoderna de que el sufrimiento no tiene explicación ni justificación.

B. Hechos clínicos

La práctica demuestra que el sufrimiento aumenta:

1. Cuando el paciente cree que su dolor es de gran intensidad.
2. Cuando el paciente cree que su dolor está fuera de control, bien sea de otros como de sí mismo (autonomía).
3. Cuando se desconoce la causa o procedencia del dolor (significado).
4. Cuando su dolor se presenta sin posibilidad de alivio (duración).

De cara a las experiencias aquí brevemente mencionadas, muchos médicos interpretan el sufrimiento como problema médico, lo reducen a datos empíricos y ensayan diversos métodos para controlarlo o manejarlo. Pero, ¿son suficientes estos recursos técnicos y científicos para aliviar el sufrimiento? No lo creo. La práctica clínica misma muestra que el sufrimiento aumenta cuando éste se presenta sin valor aparente o sin importancia personal (existencial/espiritual).

Algunos interpretan el sufrimiento como desgracia, desorden, carencia de valor o tragedia sin explicación ni justificación. Esto redundante en una experiencia que es radicalmente negativa y que lesiona esa orientación humana hacia la felicidad.

¿Responden los médicos restaurando la gracia, el orden, indicando el valor del sufrimiento precisamente en cuanto misterio? Algunos derivan la responsabilidad o atención del sufrimiento a otro profesional de la salud: enfermero, asistente social, familia del paciente o ministro religioso que el paciente escoja.

Como ya indiqué más arriba, otros médicos reducen el sufrimiento a su dimensión fisiológica e intervienen científica y técnicamente. Hay también quienes lo ignoran considerándolo un fenómeno subjetivo y de carácter afectivo al cual no se tiene acceso, arguyendo que el médico, al atender al paciente, debe cumplir un papel afectivamente neutral, sin compromiso de su propia persona.

Afortunadamente en algunos círculos de los EE.UU. y de Puerto Rico se manifiesta una preocupación y sensibilidad por el sufrimiento concebido como dimensión específica de la experiencia del paciente. Ante esta situación el médico debe redescubrir la raíz de su práctica clínica en la sabiduría práctica, en la aceptación del misterio del sufrimiento, y formarse en el plano de la espiritualidad para practicar con competencia e integridad su profesión.

Se trata de un enfoque existencial que pone el acento en la interioridad de la persona, a fin de encontrar en esa interioridad una referencia al significado y dirección de la vida. Se trata de buscar por esta vía un contacto con la trascendencia, para enfrentarse con la experiencia de la incapacidad, la inseguridad, el desaliento y la ansiedad en su propia persona y en la de su paciente, y por ese camino superarlas.

C. Descripción del sufrimiento

¿Cómo definir sufrimiento? Resumo los aspectos distintivos del sufrimiento humano basándome en los trabajos de Eric Cassell.

Sufrir sólo es posible para la *persona*. Por persona se entiende una forma de ser que es unidad sustancial de espíritu y cuerpo, caracterizado por un sentido del “yo” o de interioridad (autoconciencia); por una conciencia de la historia propia o desarrollo de sí mismo en el tiempo (proyecto existencial; pasado, presente, futuro). Supone asimismo una reflexión y capacidad para decidir en términos de ideas, creencias y conceptos del bien, a la vez que un desafío a tomar decisiones basadas en una rica gama de tendencias impulsivas, emotivas y hasta compulsivas.

La persona, además de ser individual, es intrínsecamente comunitaria, por lo cual necesita fomentar vínculos personales particulares con una cultura y ambiente frecuentemente caracterizados por la diversidad de valores.

La persona es también un ser de trascendencia; busca darle un sentido a la vida como totalidad, más allá de las preferencias egocéntricas o de los intereses específicamente individuales.

Estos rasgos distintivos de la persona, su trascendencia y vinculación esencial a otros, resultan particularmente relevantes para el tema que nos ocupa: el sentido espiritual del sufrimiento. Precisamente porque se trata de rasgos presentes en toda persona, independientemente de su condición, capacidad o diferencias individuales.

De acuerdo a la definición dada de persona, el sufrimiento puede caracterizarse como un estado específico de malestar severo experimentado a modo de pérdida de integridad (quiebre de la unidad espíritu - cuerpo), pérdida de coherencia en la vivencia de la propia historia, pérdida del sentido de la totalidad y autopertenencia.

Sufrir supone un quebranto o interrupción imprevista e inexplicable de algún aspecto de la unidad e integridad personales. Se ve amenazada la integridad de la persona, el sentido propio de la dignidad, al menos en cuanto a autoestima. La persona que sufre se ve en peligro de experimentar aislamiento, incertidumbre sobre su condición general de salud y tentación de caer en un posible silencio depresivo. Asimismo, y a consecuencia de una falta o disminución de la libertad, puede asumir una actitud de pasividad y tal vez de desesperación. Su universo cotidiano se desintegra, tiene dudas sobre su futuro y centra su atención en el presente, en su dolencia. Desconfía de su propio cuerpo, al cual se ve como traidor, y sufre una pérdida de orientación ante la vida misma.

Al sufrir se experimenta de modo dramático el límite de la condición humana, los límites de su competencia, fortaleza, valentía, paciencia y energía vital. Pero este límite anuncia el horizonte ilimitado de la trascendencia, en el más allá (según la cosmovisión humanística o religiosa que se cultive).

Aún cuando este sufrimiento sea una experiencia universal, las reacciones ante el mismo constituyen una vivencia individual y, a veces, solitaria. Estas pueden depender de la historia personal, de la cultura social y étnica, de las preferencias individuales, de las circunstancias particulares, tales como la tradición religiosa (cuando existe alguna) o de la visión que tengamos de la meta final de la vida. Casi siempre el sufrimiento suscita un anhelo de una explicación profunda y radical, de reconocerlo como intrínseco a la existencia humana o como indicador de una dimensión que trasciende el orden cotidiano y el plano natural de la vida.

Si el sufrimiento es inherente a la existencia humana, entonces su esclarecimiento forma parte de la búsqueda del sentido y propósito de la vida. Una perspectiva naturalista e inmanentista aseverará que lo único que existe o es real se reduce a esta vida tal como la interpreta la razón natural científica y humanista, sin referencia a un orden superior. En este caso se acepta el sufrimiento ya que no se puede eliminar o eludir, pero sin asignarle significado o valor positivo. Designamos secularista esta perspectiva. Se niega entonces el sufrimiento o se lo trata con medicamentos, con la expectativa de eliminarlo por medios científicos o tecnológicos.

Pero si en contraste con el naturalismo respondemos adhiriendo a la opinión de Víctor E. Frankl, para quien "el ser humano apunta, en todo momento, por encima de sí mismo, hacia algo que no es él mismo, hacia algo o hacia un sentido que hay que cumplir, o hacia otro ser humano, a cuyo encuentro vamos con amor"¹, entonces nuestro panorama cambia radicalmente.

Se trata tanto de una voluntad forjadora de su propio sentido ante la experiencia paradójica de la condición finita y contingente de vida sino más bien del

¹ Frankl, Víctor, **Ante el vacío existencial**, Herder, 1986, p. 17.

anhelo de lo infinito y necesario. No se trata de explicar ni justificar, sino de revelar la base existencial del sufrimiento sin reducirlo a razones instrumentales de la ciencia y de la técnica.

El sufrimiento sólo es posible porque somos seres dignos y anhelantes de significado. Desde el punto de vista existencial,

1. se sufre cada vez que nos experimentamos como seres finitos pero a la vez dotados con el don de la libertad que nos orienta hacia lo infinito e indeterminado. Nos cuesta limitarnos a una selección o decisión concreta.
2. Se sufre ante el dolor porque este nos obliga a enfocar nuestra vulnerabilidad y fragilidad revelando un horizonte de posible desintegración.
3. Se sufre cuando experimentamos restricciones y controles tanto externos como internos, tales como las compulsiones psíquicas. La deficiencia o pérdida del autocontrol nos revela la insuficiencia propia y la dependencia de una dimensión trascendental.
4. Se sufre por cada enfermedad o dolencia porque estas nos hacen anticipar la incapacidad y la muerte como expresiones de infinidad.
5. Se sufre en el despliegue de nuestra historia personal, que es una serie sucesiva y repetitiva de apego, separación y pérdida. La vida es un fluctuar entre acoger en cercanía e intimidad (seguridad) y distanciamiento e independencia (libertad.). La finalidad es el mensaje y la enfermedad es el mensajero.

D. Breve referencia histórica

En su artículo "*The Meaning of Suffering*"², Stan van Hooft nos ofrece una narrativa de una serie de intentos para asignar un significado al sufrimiento.

En la Antigüedad con frecuencia se interpretaba el sufrimiento como negativo pero inevitable y necesario en un mundo de cambio, variabilidad e incertidumbre generativa de desorden. El sistema metafísico de Platón era la respuesta de un hombre que anhela Verdad, Bien y Belleza en medio del peligro, fragilidad y pena de la existencia humana en un mundo cambiante y diverso. El acceso a lo permanente y universal en la Verdad por medio de la filosofía era un consuelo para el hombre platónico. Podría decirse que el sufrir era el resultado de la ruptura del orden o justicia cósmica cuando el hombre se aparta de la búsqueda de los trascendentales platónicos.

El cristianismo, en su etapa inicial, acentuó el sufrimiento como medio de reparación y purificación. El pecado original y la secuencia de pecados personales

² Cf. *Hastings Center Report*, setiembre de 1998.

marcan la existencia humana y hacen que necesite una reparación divina. En el ámbito contemplativo, la persona cristiana reconoce el sentido de su vida integrándolo orgánicamente a la historia de una persona divina, incorporándose a una realidad enraizada en la acción Creadora y Providencial de una divinidad, reconociéndose perteneciente a un orden que trasciende su individualidad.

Al interpretar positivamente el sufrimiento a la luz de la Encarnación y de la Redención, el cristiano trasciende la experiencia negativa del sufrimiento. El sufrir es entonces consecuencia del pecado, pero es un recurso educativo de autopurificación siempre y cuando se una en vínculo personal amoroso a la figura divina que se ofrece para reparar todos los pecados.

Ahora bien, Hooft insiste en señalar que el cristiano auténtico continúa experimentando el sufrimiento como negativo, aún cuando la espiritualidad cristiana le otorgue una finalidad. Antes de explorar esa espiritualidad y su inserción en una práctica clínica competente, veamos como interpreta el sufrimiento la época posmoderna, en la cual se realiza gran parte de la formación médica.

El posmodernismo considera que el sufrimiento puede ser de tal magnitud que excluye la explicación y justificación en términos de sistemas racionales y abarcadores de toda la realidad. Levinas propone una interpretación moral sin pretensión sistemática, a saber: el sufrir del otro despierta compasión. Lejos de suponer una explicación, aquí se trata más bien de una vivencia de empatía capaz de superar el aislamiento egocéntrico del individuo en una cultura narcisista.

Este filósofo distingue el sufrimiento propio del ajeno. En la propia persona, el sufrimiento resulta extraño y alienante pues reduce a la persona a la pasividad, cuando su estar en el mundo se distingue por la intervención activa y creativa. El sufrimiento desintegra y afecta adversamente la autoposesión y satisfacción personal en la vida. Esta experiencia estimula la capacidad intersubjetiva de la simpatía, la empatía y la compasión, sin las cuales no se produciría ese volverse hacia el otro que sufre y el impulso a socorrerle. He aquí para Levinas la experiencia moral que la ética estudia. Es decir, la negatividad y carencia de sentido del sufrimiento genera el espacio para percibir al otro como capaz de sufrir, como vulnerable y necesitado, obligándome a ser solícito.

El posmodernismo carece de fe religiosa, es secular porque no le adjudica a las creencias religiosas una función o papel en la vida social, política, educativa o pública en general. Además carece de una fe humanista. Por todo ello no encuentra sentido, plan ni finalidad a la existencia en sí. Por ende el sufrimiento es sencillamente trágico. Es preciso aceptarlo sin tratar de explicarlo o incorporarlo a otro nivel de significado trascendente que vaya más allá de la vida cotidiana.

En el espíritu de Nietzsche, y hablando estoicamente, el sufrir ni daña ni ennoblece a la persona siempre y cuando se mantenga ecuánime y no quebrante la libertad y la paz interior ante el sufrimiento. Se trata de un sufrimiento en términos de proyecto individual, es decir, por medio del sufrimiento surge un nuevo ser humano de compromiso y autodisciplina más allá del placer y de la mera autoafirmación egocéntrica. Es un compromiso voluntario que integra a la persona,

por fuerza interior, independientemente del propósito o carencia de propósito o plan providente de la vida en sí misma.

Pero ni las formas de Platón, ni un plan divino abstracto, ni la posibilidad de sustentar una ética de la compasión, ni la indiferencia estoica, ni tampoco el proyecto existencial de ennoblecer el espíritu humano explican realmente la gran pregunta del que sufre: ¿Porqué yo? o bien, ¿porqué formular la pregunta sobre el sentido del sufrimiento?

II

Análisis existencial del sufrimiento. La perspectiva de la espiritualidad

Replanteamiento

¿Por qué yo? ¿Cuál es la función de la espiritualidad en relación con el sentido del sufrimiento? Recordemos que no hay recetas ni procedimiento terapéutico espiritual infalible. Dentro del misterio mismo de la existencia humana, el sufrimiento es solamente una cara de la moneda. El sufrimiento constituye un planteamiento existencial que exige reflexión sobre el sentido de la vida.

Desde luego no se puede responder en términos de conceptos biológicos o genéticos de la vida tal como pretenden hacerlo algunos defensores del Genoma Humano, si bien el factor incide en varios grados de relevancia sobre los diversos planos de la existencia humana, desde el físico (mayor influencia) hasta el espiritual (menor influencia).

Aclaremos la función de la espiritualidad en relación con el significado de la vida y, luego, en relación con el sufrimiento. Finalmente fijaremos la responsabilidad del médico ante su paciente considerado como *homo patiens*.

Recientemente, la bibliografía sobre ética clínica acentúa la influencia positiva y negativa que las creencias espirituales pueden tener en la relación médico – paciente: aseveraciones en torno del sentido y propósito de la vida humana, etc. Veamos las diferentes opiniones sobre el concepto de espiritualidad:

1. La espiritualidad supone liturgia y ritos religiosos practicados por denominaciones específicas.
2. La espiritualidad equivale a creencias religiosas sujetas a experiencias personales de la cercanía de alguna entidad divina o sobrenatural.
3. La espiritualidad está referida a experiencias interpersonales de determinada intensidad e intimidad.
4. La espiritualidad es todo contacto con lo no material en la naturaleza: el orden, la belleza, la magnitud o apariencia infinita de algún aspecto de la naturaleza.
5. Para quienes tienen dotes de artista, la espiritualidad es la experiencia de su creatividad, por la cual se ponen en contacto consigo mismos. La música, el arte o sencillamente la experiencia estética en sí misma, se define como espiritual.

En estas diversas descripciones de la experiencia espiritual se denota una función integradora, a saber: la espiritualidad opera integrando el yo individual o la esencia - alma de la persona, a una dimensión que la trasciende en valor, que orienta y da continuidad a cada segmento o episodio de la vida. Asimismo, cuando esa dimensión es compartida por la comunidad, le confiere a la persona un sentido de pertenencia o de integración a una red de relaciones o vínculos a otras personas.

Pasando a nuestro contexto clínico del tema, la espiritualidad opera como búsqueda individual del sentido y propósito de la vida particularmente ante situaciones críticas como lo es el sufrimiento en sí, o bien, como diría K. Jaspers, las experiencias límites que apuntan a una dimensión que trasciende las capacidades individuales en la experiencia cotidiana.

Evidencia Clínica

Según indica un estudio que estoy realizando, algunos médicos reconocen los efectos positivos de la propia espiritualidad (de carácter religioso – cristiano) de las siguientes maneras:

1. Me proyecta más allá de una relación contractual o comercial con mis pacientes, inspirándome una generosidad especial hacia ellos.
2. Me hace pensar menos en el cálculo de beneficio y riesgo propios y más en el servicio abnegado.
3. Motiva el corazón a lo afectivo, enfatizando la empatía y la compasión en la relación médico – paciente, a la vez que personaliza el proceso del consentimiento ilustrado.
4. Promueve la gratitud y la fidelidad hacia el paciente, fortaleciendo la relación médico - paciente más allá de lo que supone un contrato por servicio específico y tiempo predeterminado.
5. Afirma y me ayuda a perseverar en el cuidado del paciente crónico o terminal cuando ya no hay cura posible.
6. Fomenta la atención a la persona en su totalidad y me ayuda a no concentrarme solamente en un cuadro de síntomas (de singular pertenencia a nuestro tema).
7. Me permite ver el sufrimiento desde un punto de vista positivo sin negar la experiencia en sí misma, sin negar aspectos de nuestra experiencia humana cotidiana. Fortalece mi carácter haciéndome solidario con la humanidad y vinculándome a un ser divino. Esto último lo vemos, en el cristianismo, en el caso de Cristo Crucificado, quien vence el sufrimiento y la muerte por amor al ser humano, cuya naturaleza integra a su persona divina.

No desestimo el hecho de que algunas experiencias espirituales pueden degenerar en mera superstición, prejuicio, fanatismo y dogmatismo, o bien en convicciones que se trate de imponer a los pacientes. Esto nos motiva a discernir y ser prudentes en relación con la espiritualidad en la práctica clínica.

Interpretación Personal

Paso ahora a presentar un concepto de la vida, a destacar un aspecto del concepto de persona que puede sustentar las experiencias espirituales según quedan señaladas en el segmento anterior. Y lo ofrezco a la vez como preludeo de unas recomendaciones prácticas con las cuales concluiré mi ponencia.

Víctor Frankl distingue el *homo faber* del *homo patiens*³ de la siguiente manera: el *homo faber* (que coincide con el médico científico – técnico) es “lo que solemos llamar una persona que triunfa, un hombre que cosecha éxitos. Para él solo hay dos categorías y sólo piensa en ellas: triunfo o fracaso. Pero para el *homo patiens* las cosas son diferentes: sus categorías no son éxito o fracaso, sino cumplimiento o desesperación”.

En relación con el sentido del sufrimiento, la visión que el *homo patiens* de Frankl tiene ante la vida nos resulta iluminadora. Frankl nos dice que el *homo patiens* adopta una posición nueva en cuanto a lo que es éxito. El cumplimiento y la desesperación se introducen, de forma muy efectiva, en otra dimensión. El *homo patiens* puede realizarse incluso en el fracaso más estrepitoso. La experiencia enseña que son perfectamente compatibles el cumplimiento y el fracaso. Si encuadramos en el sufrimiento el triunfo del *homo patiens*, su cumplimiento del sentido y su autorrealización... ante los ojos del *homo faber* el triunfo del *homo patiens* será entonces necedad y escándalo.

Se trata de aceptar con sencilla resignación la condición finita y contingente de la existencia humana. El *homo patiens* cumple su condición por medio de un padecimiento auténtico y marcado por un destino verdadero: el posible sentido de un sufrimiento necesario e inevitable.

Tal vez se trata de un suprasentido, es decir, de algo que desborda la capacidad de la comprensión humana, más allá de los límites de toda temática psicoterapéutica legítima. Nos percatamos, con Frankl, de que la espiritualidad no es equivalente a la voluntad de sentido - a la manera nietzchiana o posmoderna - sino que es equivalente a captación del significado del sufrimiento enmarcado en el sentido trascendental de la vida que se revela en la aceptación de las limitaciones.

Aplicando la noción de *homo faber* de Frankl a la reflexión de Stephen G. Post, reconocemos que este último definiría al *homo faber* como una persona de vastos conocimientos que asocia la dignidad humana con el pleno ejercicio de la vida

³ Frankl, Víctor, op. cit., pág. 95.

intelectual y el dominio de la voluntad. Ambas explicarían y controlarían toda experiencia humana.

Ya anticipamos que de cara al sufrimiento la persona de vastos conocimientos encuentra un límite que no logra superar ni trascender. En cambio quien posee menos destrezas cognitivas es capaz de lograr lo que se dijo en el caso del *homo patiens*: articular el sentido en una red de vinculaciones intensamente humanas y de marcada tonalidad afectiva. En la medida en que disminuye la capacidad de expresión verbal, se hace más significativo el gesto emotivo de afirmación y de aceptación. Así los demuestran estudios recientes realizados a pacientes de Alzheimer.

Quizás para el florecimiento de la vida espiritual frente a los desafíos del sufrimiento no se dependa tanto de la autoconciencia reflexiva, sino más bien de la vinculación afectiva de apoyo. Como dice Marta Holstein: “*La dignidad de la persona en cuanto a su entidad espiritual se nutre del creer que otras personas nos valoran y nos estiman por el mero hecho de existir*”.

Las referencias a las obras de Frankl y Post nos indican que la espiritualidad como fuente de sentido ante el sufrimiento presupone una concepción de la persona rica y amplia, no reducida al *homo faber* ni a grandes destrezas cognitivas.

Sin pretender exponer una antropología filosófica podemos reconocer una serie de rasgos inherentes al ser persona que merecen la atención de quienes nos preocupamos por la dimensión espiritual que el médico ha de cultivar en sí mismo como parte integral de su relación con el paciente que sufre.

En primer lugar destacamos que la persona, al menos en su contexto cristiano, cuenta con un alma en la cual opera una interacción o vínculo con Dios. La persona se abre a la gracia divina, aún cuando las facultades de conocimiento y voluntad estén atrofiadas o sus funciones disminuidas. Para dar lugar a la espiritualidad, no podemos vernos sólo como seres autosuficientes de pura razón y de pura voluntad. La receptividad de esta alma en la esfera afectiva - intuitiva a la influencia divina (vida sacramental, ritos, oraciones, liturgias) se presenta como el triunfo del *homo patiens* que sabe que el sentido de la vida no necesariamente se forja sino que se recibe.

Aún en estados de dependencia e incapacidad se vive con la dignidad de ser persona. Es preciso recordar esto cuando el médico se encuentra ante pacientes con impedimentos neurológicos o mentales.

Así las cosas, la espiritualidad puede muy bien ser un don de Dios, quien existe independientemente del empeño y esfuerzo conscientes de la persona que cuenta solamente con sus capacidades naturales (la espiritualidad no es algo que generamos al hacer o emprender tareas espirituales).

En segundo lugar, reconocemos que ser persona incluye la historia o proceso temporal de la existencia propia. Es decir, aun en el trato con la persona discapacitada se debe mostrar respeto y reverencia ante las experiencias adquiridas que forman parte de su ser, independientemente de su condición actual. Cada persona es su historia, la cual incluye su narración individual y la interpretación de

las experiencias únicas que configuran su trayectoria vital. Esa historia revela en su narración la interdependencia de prácticamente toda experiencia humana. El ideal del autocontrol y autosuficiencia, propio del individualismo liberal, no concuerda con esta visión de la persona solidaria con la humanidad tanto en el sufrimiento propio como ante el sufrimiento ajeno. Se trata de compartir la condición de vulnerabilidad frente al sufrimiento y de ser solícitos para con el que sufre; precisamente porque esa actitud infunde sentido no sólo en el plano individual sino también universal.

Basándonos en Frankl reconocemos que el hombre, además de tender a la búsqueda de un sentido y al cumplimiento del mismo, tiende asimismo al encuentro con otro ser humano al cual amar como un tú.

¿Cómo puede el médico, en el marco integral de la ética profesional, cumplir con ese sentido y colaborar en el encuentro con el tú? ¿Cómo responder al paciente que se presenta afectado por el vacío existencial o falta de sentido de la vida, acentuado por el sufrimiento?

Goethe nos advertía que “*no existe ninguna situación que no pueda ser ennoblecida por el servicio o la paciencia*”. Por vía de la compasión el médico supera su propia finitud y roza el infinito en su paciente, tendiendo un puente entre el sufrir finito y solitario y la trascendencia comunitaria, brindando la comprensión y el respeto que brotan de la compasión. Dios mismo manifestó su compasión mediante la Encarnación del Verbo Eterno...

Es preciso ayudar al paciente, *homo patiens*, a cumplir el sentido de su sufrimiento. De esa forma el profesional ayudará al paciente a reconocer la dimensión espiritual de su dolencia.

Sugiero ahora algunas recomendaciones para realizar un *historial espiritual* del paciente. Pero aclaro de antemano que es preciso que el mismo médico se formule estas preguntas a sí mismo.

III

Recomendaciones prácticas

Luego de reconocer que la espiritualidad es un proceso continuo y no un producto final, se puede abordar las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la dinámica interior que lleva a cultivar las virtudes? ¿Qué grado de conciencia tiene el paciente sobre la sacralidad de la vida?
2. ¿Cómo percibe el paciente la Providencia de Dios?
3. ¿Cuál es la dinámica de la fe en el paciente?
4. ¿Cómo entiende el paciente la gracia?
5. ¿Cómo entiende el paciente el arrepentimiento?
6. ¿Cuál es su sentido de la vida en comunidad?
7. ¿Cómo estimula su fe, su sentido para hallar una finalidad, su vocación ante las situaciones inesperadas y críticas?
8. ¿Cómo capta e interpreta el paciente su condición de dependencia e incapacidad en una cultura que fomenta la independencia y sus logros?
9. ¿Cómo se sabe y se siente percibido y tratado como individuo único e irremplazable?

Ante la dimensión espiritual de su paciente, el médico competente cultiva la asistencia personal y el dar testimonio del carácter único del sufrimiento; cultiva asimismo la valentía y el respeto. Su asistencia no se fundamenta en el deber sino en el amor responsable ante la vulnerabilidad y necesidad real del otro, es decir, en la misericordia.

Según Levinas, misericordia es *“un estar para el otro”* a modo de conexión sin reciprocidad y orientada hacia el cuidado total del otro más allá de contratos u observación de reglas semijurídicas. Precisamente es el sufrimiento del otro lo que suscita ese pasar del yo centrado en sí mismo al yo que se dedica a la atención del prójimo.

La misericordia no se ajusta a la función oficial del médico ni al contexto de una institución de beneficencia, sino que surge del encuentro de un ser humano con otro, en virtud del espíritu solícito de uno y del espíritu agobiado del otro. Se trata de un nivel existencial previo a las funciones profesionales, más básico aún que la relación médico - paciente articulada por la ética reflexiva. Se trata de una interrelación de seres únicos enfrentados a la posibilidad común de sufrir, morir, y anhelantes de una existencia en paz y seguridad. Esto le infunde cierta autenticidad a la relación entre los profesionales de la salud y sus pacientes. Nos hallamos pues en el orden del amor compasivo que trasciende la finitud de cada uno, porque el amor, por definición, no

tiene límites. El sufrimiento supone finitud y limitación, pero el amor representa lo infinito y la liberación ante los límites.

Para redondear esta parte de la exposición es preciso insistir en nuestro punto inicial: el médico ha de cultivar su propia espiritualidad a fin de aliviar el sufrimiento de su paciente asistiéndolo con mira a que cumpla existencialmente el significado de ser persona precisamente en el sufrimiento. El médico busca en su espiritualidad su secreto o misterio como una vivencia profunda que facilita la incorporación de una ética de virtudes, principios y bienes a la raíz afectiva del médico persona.

La espiritualidad lo ayudará a interpretar su profesión no tanto como carrera lucrativa sino como vocación al servicio abnegado, como estilo de vida que supone un compromiso del corazón. El médico espiritual se entrega personalmente a la promoción del bien del otro y, simultáneamente, se enriquece con el bien que promueve. Su empatía y compasión se conectan con la generosidad altruista. En este sentido el médico:

1. Acepta la limitación de la terapia en pacientes terminales o moribundos; asume la muerte como evento natural pero no final.
2. Limita la terapia pero no abandona al paciente y lo atiende con esmero.
3. Se mantiene solícito para con el paciente encolerizado, ingrato, agresivo, resistente o depresivo.
4. Es afectuoso, pero con autodominio a la hora de brindar afecto.
5. Acepta sus limitaciones profesionales en lo que hace a sus conocimientos y certezas clínicas.
6. Se mantiene íntegro ante los cambios políticos y económicos que afectan a su paciente.

En el contexto de una espiritualidad cristiana (que no es igual a conocimiento teológico sobre el cristianismo) se podría decir, con E. Pellegrino, que el médico asume la labor de curar como una vocación o *“llamado de un Dios personal a una forma específica de brindarse a otros, una forma especial de amor por la cual se realiza como persona y trabaja por la propia salvación”*⁴.

Como recomendación docente, propongo que se forme al médico aún más en la intuición e introspección existencial, para que tome contacto con la fuente reveladora del sentido de la vida propia, con aquello que lo sostiene en momentos de crisis y frustraciones en la vida cotidiana.

En caso de ser cristiano, convendría que buscarse en la imitación de Cristo la base para su valentía y prudencia, para su confianza y responsabilidad de cara a los planes divinos. De este modo podría a su vez cultivar y transmitir una actitud positiva en relación con el significado del dolor, del sufrir y del morir, sintiéndose privilegiado por poder compartir con el paciente terminal una situación que puede

⁴ Pellegrino, E., **El médico cristiano personal...**

ser fuente de sabiduría en cuanto a cuán transitoria e instrumental es la vida humana en sí.

Creo también importante fomentar una comunidad profesional (entre pares) de acogimiento mutuo, interdependencia, confianza básica, empatía e intimidad.

Si bien aún se necesita investigar más sobre la función que tiene la espiritualidad en la práctica clínica, existe suficiente evidencia al respecto que nos permite identificar algunos efectos positivos:

1. Las creencias espirituales ofrecen un recurso para enfrentar con aplomo y valentía las tensiones emocionales y conflictos comunes en la práctica médica.
2. La espiritualidad acentúa el conocimiento propio y facilita así la autoeducación y aceptación de sí mismo; dirige la mirada hacia la interioridad de la persona como recurso vital para enfrentarse a todo lo externo.
3. Promueve destrezas para la contemplación y reflexión profunda, por ejemplo, para enfocar la vida como una totalidad de continuidad y coherencia.
4. Facilita el contacto e interacción más auténticos de persona a persona, más allá de las funciones oficiales.
5. Conduce a valorar la dependencia y la incapacidad en el marco del respeto a la persona y su correspondiente dignidad.
6. Como queda indicado en esta ponencia, ayuda a enmarcar el sufrimiento en términos de una visión de la vida de la persona más abarcadora y, desde luego, abierta a la trascendencia que otorga significado al sufrimiento, considerándolo parte integrante de la vida individual y comunitaria.
7. Si se trata de un cristiano, sería instructivo explorar las implicaciones clínicas de reconocer en Cristo a un Dios que por amor compasivo asume nuestra condición finita, sufre hasta derramar su sangre en Getsemaní y muere en una cruz. Y por su muerte trasciende todo y para siempre... Una ronda o pasantía clínica puede significar para el médico un Vía Crucis que culmina en resurrección.

La *fe* en Cristo ofrece una visión de la realidad que contrarresta la torpeza, superficialidad y aburrimiento del mundo que nos rodea.

La *esperanza* supone vivir y actuar sustentándose en la seguridad de Dios, tener participación en su poder y gozar del amparo que dicho poder nos garantiza.

El *amor* es la fuerza que configura desde lo más íntimo el obrar con *fe* y *esperanza*.