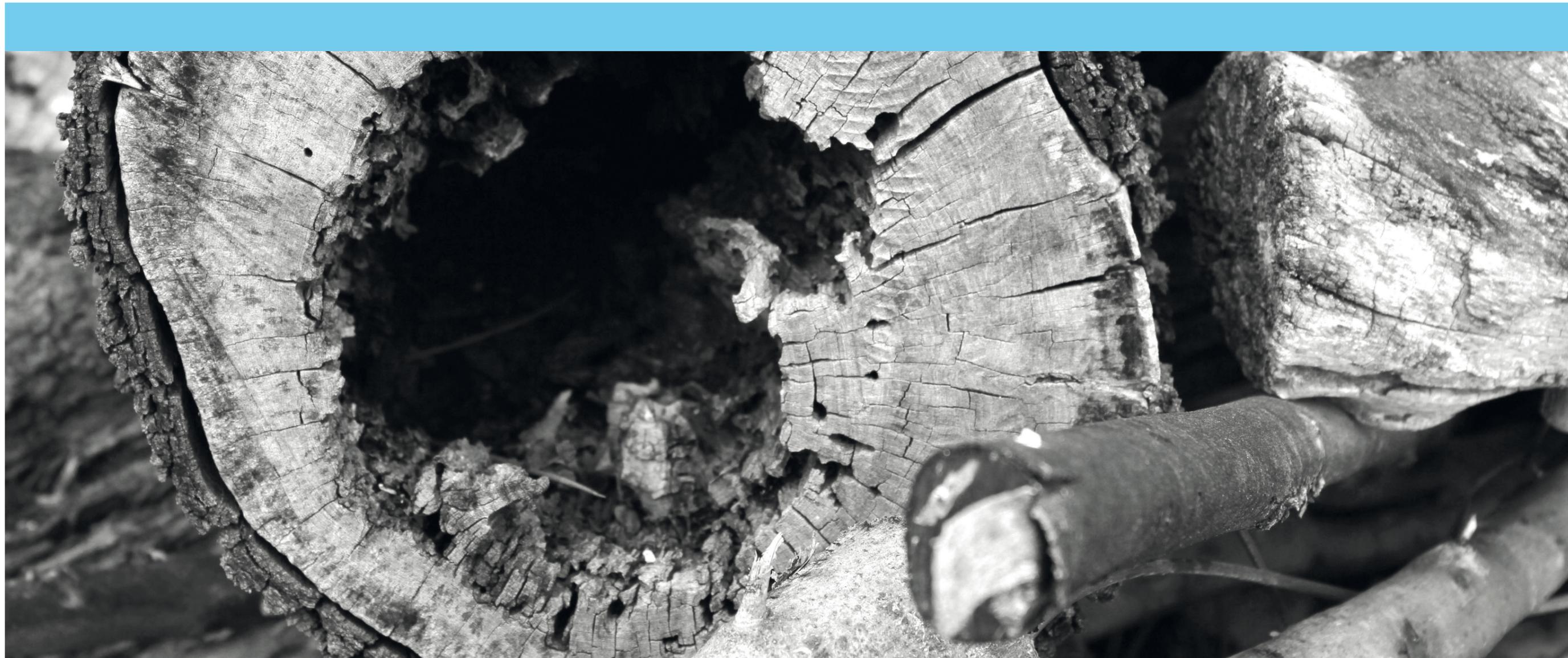


10/ Experiencias



10/1

Acompañar desde la espiritualidad el final de la vida.

Estibaliz Diego Álvarez,
Responsable SAER.
Fundación Instituto San José. Madrid

El final de la vida, ¿cómo será?, ¿qué cosas pasarán?, ¿quiero que me pase?, ¿por qué a mí?, ¿por qué voy a morir? Preguntas existenciales y propias del ser humano que surgen en este proceso. Más fáciles de hacer-se, que de darles respuesta, suelen vagar con libertad en el pensamiento y, sin embargo, ponerles palabras, sacarlas del silencio, es una tarea costosa y dolorosa, aunque liberadora.

Esta experiencia humana de final de vida, posee las características que conforman al ser humano (Benito et al., 2008; Román, 2014), por lo que es una experiencia única (irrepetible, con valor en sí misma), compleja (conformada, entrela-

zada y desarrollándose a la vez y entre sí junto a todas las dimensiones de la persona); dinámica (cambia y avanza de manera imparable); y que se vive en relación (con uno mismo, con los demás y con lo Otro); es por ello que con una sutil delicadeza y extremo respeto, hay que acompañarla.

Si la vivencia de la enfermedad genera sufrimiento, puesto que se ve amenazada la existencia y sin recursos para hacer frente a dicha amenaza, cuando la vida se va acercando a su final, esta experiencia de sufrimiento puede aumentar llegando a un límite de finitud y frontera (Benito y Barbero, 2014).

Es en estas situaciones límites cuando la dimensión espiritual se hace más presente, de manera intensa e incluso ruidosa, con palabras o desde el silencio, y convirtiéndose en una puerta a nuestra interioridad, que invita a mirar la vida y recorrerla de nuevo.

“El encuentro con la propia vulnerabilidad, con el propio sufrimiento, es vivido de modo muy diferente por cada persona. Y cada modo nos interpela a quienes queremos prestar una ayuda eficaz” (Bermejo, 2009, p.39).

Una ayuda que nace ya en esa relación, puesto que “toda vida real es encuentro” entre un yo y un tú (Buber, 2013),

“Porque sólo en la medida que se comprende en referencia a un “tú” puede pronunciar un “yo” (Bermejo y Álvarez, 2009, p.1342).

Cuanta inmensidad puede aparecer ante la persona. Tendrá que escoger entre traspasar esa puerta, con el tiempo que haya y hacerlo sig-

nificativo, acompañado de una mano confiable que le sostenga en ese caminar, o no traspasarla. Puesto que, adentrarse en las profundidades, e intentar llevar luz a espacios aparentemente oscuros y vacíos, es parte de la experiencia de la espiritualidad en el final de la vida.

Es elegir adentrarse en lo hondo, en lo insondable de uno, acercarse a ese Misterio, divinidad o infinito del que estamos atravesados. La experiencia de sufrimiento que se genera al final de vida, que no puede desaparecer ni ser evitada, pueda ser atravesada, transformada y trascendida en una vivencia que dé respuesta a un latido interno que despierta, que incita a buscar y dar sentido y significado a su vida hasta el final.

La espiritualidad de cada uno de nosotros queda expuesta, anhelante de un re-encuentro, que permita sanar interiormente y marcharse todo lo en paz que sea posible.

La atención espiritual al final de la vida supone explorar y acompañar de manera individualizada y específica una serie de cuestiones que forman parte del ámbito de la espiritualidad y que conducen a ese re-encuentro, según sean significativas para la persona. Podrían estar relacionadas con:

- Creencias propias sobre la existencia, el ser humano y su filosofía de vida.
- Cuestiones de ámbito religioso que reflejan la relación con el Misterio, tanto personal como en unión a la comunidad que pertenece y que, a través del culto, dando tiempo y espacio celebrativo, se “ritualiza la dimensión sagrada, se comunica y hace experiencia de presencia del Dios en quien confía” (Bermejo, 2009, p.52), cuidando así la expresión de sentimientos y experiencias religiosas.
- Recorrer el camino para trascender aquello que hace sufrir e ir más allá de uno mismo, del aquí y el ahora, y conectar con experiencias a través de la naturaleza, el arte, el culto religioso, que den apertura a la trascendencia.

- La necesidad de **releer su propia vida**, mirar lo vivido y ponerlo en valor.
- Reconocer, re-encontrar el sentido de su vida, y descubrir el **sentido** en su final, pudiendo dar un **propósito** al último caminar (encontrar el sentido último a las cosas, autorrealización)
- Ofrecer **consuelo** y soporte en la desolación y el sufrimiento.
- El **ser reconocido como persona** (mantener su autonomía y tomar decisiones sobre su propio proceso de muerte)
- La necesidad de **amar**, ser y sentirse amado por los suyos y quienes le cuidan.
- Buscar una **pacificación** auténtica y profunda encontrando coherencia interna.
- El proceso de **reconciliación** con uno mismo, los demás y el Misterio, con la capacidad de perdonar, pedir perdón y sentirse perdonado.
- Dar **continuidad** a su vida y poner **orden** en él mismo, en su final y en lo que queda (dejar un legado, traspasar un testigo)
- Anclarse en la **esperanza** auténtica, y no en falsas ilusiones.
- Ordenar cuestiones morales y de **valores** que guían el caminar en la vida y den soporte.
- Acompañar aspectos relacionales como la soledad no deseada.

La vivencia de este tiempo es intensa, y en ocasiones se hace insoportable pensar que la vida está llegando a su fin y duele tan adentro, que el sufrimiento se hace insoportable. ¿Por qué pasar por ello? ¿Por qué recorrer un camino tan doloroso? Vivimos en una sociedad en la que se niega la necesidad de aceptación del dolor, la enfermedad y la muerte, (Gómez y Ojeda, 2016),

LH n.331

“quieren un hombre que muera sin darse cuenta de que la muerte se está acercando” (Nouwen, 2017, p.85).

Tratamos de posponer su llegada y, cuando nos alcanza, nos resignamos con sentimientos de fracaso, vergüenza, derrota o agotamiento (Benito et al., 2008).

Es posible que algunas personas no vean el porqué de atravesar esta situación, no encuentren un sentido que les sostenga y hablen sobre su deseo de adelantar la muerte (DAM) como salida al sufrimiento que provoca el contexto de enfermedad que amenaza la vida (Bonafonte, 2018).

Cuando una persona expresa estos deseos, hay que explorar si se trata de un deseo de muerte inmediato o un deseo de morir de forma natural, aunque preferiblemente pronto. Algunos autores, refieren que este DAM puede entenderse como un grito de ayuda, como un deseo de vivir, aunque no de ese modo, como un medio de acabar con el sufrimiento o como una forma de control de la situación (Guerrero, et al., 2018).

Es aquí cuando acompañar este sufrimiento espiritual de manera específica, dará soporte para decidir cómo vivir su proceso de morir.

“Acompañar comporta hacerse cargo de la experiencia ajena. Dar hospedaje en uno mismo al sufrimiento del prójimo, así como disponerse a recorrer el incierto camino espiritual de cada persona con la confianza de que la compañía sana, (que significa también saber no estar), ayudará a superar la soledad, y generará comunión y salud” (Bermejo, 2009, p.8).

Quizás la pregunta sería ¿para qué adentrarse en las profundidades y atravesar la experiencia

de sufrimiento? Quizás para mirar nuestra vida también con los ojos de otros que nos acompañan, poder ir más allá de ella y salir a nuestro propio re-encuentro, para descubrirnos en la mirada del Otro, del Ser, de la Divinidad y vivir hasta el final, de la mano de los que queremos y nos quieren, de la mano del equipo interdisciplinar que acompaña en conjunto, ya que

“Cuando alguien sufre, lo que más desea es que sus seres queridos estén junto a él, no sentirse solo, y que los profesionales no le abandonemos, que le escuchemos y que estemos disponibles” (Bátiz, 2021, p.56).

Quizás para hacer significativo este tiempo final, evitando el sufrimiento innecesario, desde donde contemplar y agradecer lo vivido.

Bibliografía

- ▶ **Bátiz, J. (2021).** *Mientras llega la muerte. Reflexiones en torno al final de la vida.* Fundación San Juan de Dios.
- ▶ **Benito, E., Barbero, J., y Payás, A., (2008).** *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta.* SECPAL. Arán.
- ▶ **Benito, E. y Barbero, J. (2014).** *El sufrimiento en clínica.* En Benito, E. (Eds.). *Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados paliativos.* SECPAL Monografías 6 (pp. 45-58). SIOSI punto gráfico.
- ▶ **Bermejo, J.C. (2009).** *Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos.* Sal Terrae.
- ▶ **Bermejo, J.C., y Álvarez, F. (Eds.) (2009).** *Pastoral de la Salud y Bioética.* Diccionarios San Pablo. San Pablo.
- ▶ **Bonafonte, J.L. (Eds) (2018).** *Reflexiones por sufrimiento espiritual y/o existencial.* Ediciones San Juan de Dios-Campus Docent
- ▶ **Buber, M. (2013).** *Yo y tú. Y otros ensayos.* 2ª ed. Prometeo Libros.
- ▶ **Guerrero, M., Rodríguez, A., Monforte, C. y Porta, J. (2018).** *Responder al deseo de adelantar la muerte*

en pacientes al final de la vida: síntesis de recomendaciones y guías clínicas. Medicina Paliativa, 25(3), 121-129. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.09.002>

▶ **Gómez, M. y Ojeda, M. (2016).** *Muerte, cultura y cuidados paliativos.* En Barbero, J., Gómez-Batiste, X., Maté, J., y Mateo, D. *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas.* (pp. 47-63). Obra Social la Caixa.

▶ **Nouwen, H.J.M. (2017)** *El sanador herido.* (12ª ed.). PPC.

10/2

Influencia de la familia y el entorno social en los deseos de acelerar la muerte.

Victòria Saura Quesada,

Trabajadora social. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Las personas con enfermedades graves y avanzadas que tienen por delante un futuro incierto y desesperanzador frente al cual consideran que disponen de escasos recursos para afrontarlo, padecen un importante sufrimiento.⁽¹⁾

Esta situación se suele vivir en un contexto determinado que en el mayor número de los casos y especialmente en nuestro entorno sociocultural es la familia.

Ambos, paciente y familia, afrontarán juntos el proceso de enfermedad donde normalmente los síntomas y el sufrimiento de la persona enferma se transformarán en sufrimiento para la familia que lo cuida y viceversa.^{(2) (3)}

Este sufrimiento del paciente y de la familia tiene componentes diversos para ambos; algunos de ellos son de índole psicosocial o social como el sentimiento del paciente de ser una carga para los demás⁽³⁾ así como las motivaciones para el cuidado que pueden afectar a la capacidad de cuidar de las familias⁽⁴⁾.

En este texto presentamos una breve reflexión alrededor de ambos condicionantes.

1/

Incidencia del sentimiento de ser una carga para los otros en el deseo de adelantar la muerte.

Las personas con procesos de enfermedad avanzados que provocan o pueden provocar una alta dependencia y la necesidad de recibir cuidados por parte de otras personas, con cierta frecuencia pueden desarrollar el sentimiento de ser una carga para los otros (**SCO**). Algunos autores afirman que de entre el 19% y el 65% de los pacientes con enfermedades avanzadas declaran en algún momento dicho sentimiento⁽⁵⁾.

Esta autopercepción -“carga autopercibida”⁽⁶⁾- es un fenómeno complejo en que el intervienen factores físicos, emocionales, sociales, culturales, etc.^{(7) (8)} no puede por tanto reducirse su explicación a factores relacionales sino que influirán “el estado físico, psicológico/emocional

1.El estado de Oregón legalizó la eutanasia en 1994 siendo el primer estado en el mundo con esta legislación.

2. Las preocupaciones al final de la vida recogidas por el informe de Oregón 2020 son: Sentirse sin capacidad de participar en actividades que hacen agradable la vida (94,3%); la pérdida de autonomía (93,1%); la pérdida de la dignidad (71,8%) la carga para la familia, amigos/cuidadores (53,1%); la pérdida del control de las funciones corporales (37,5%); el control inadecuado del dolor o preocupación por el mismo (32,7%); las consecuencias financieras del tratamiento (6,1%).

y existencial del paciente”⁽⁷⁾ Se hace difícil pues establecer en qué medida la familia o el entorno social son influencia directa y causal para que se de este sentimiento en el paciente. Sería necesario desarrollar nuevos estudios que valoraran de forma específica variables familiares con este fenómeno.

Algunos autores⁽⁹⁾, afirman que sentirse una carga para los demás o tener un apoyo social inadecuado puede provocar en los pacientes un “sufrimiento insoportable” y un deseo de acelerar su muerte. Gudat en su estudio nos dice que más del 50% de los pacientes que expresaron el sentimiento de ser una carga para los demás derivaron en el deseo de adelantar la muerte⁽⁵⁾.

Un informe realizado en Oregón sobre la “Ley de Muerte con Dignidad”⁽¹⁾ reveló que un 42,2% de las personas que recibieron ayuda para morir (suicidio asistido) hasta enero de 2016 tenían como preocupación al final de la vida el sentirse una carga para los demás⁽⁷⁾.

Y en el mismo informe del año 2020 aparece la preocupación de ser una carga para los demás en el cuarto lugar del conjunto de preocupaciones al final de la vida con un índice del 53,1%².

No podemos establecer que el sentimiento de ser una carga para sus cuidadores sea un sentimiento compartido por las familias que cuidan pero sí que puede ser un elemento que distorsione y afecte negativamente a la relación entre los pacientes y las familias y al que por lo tanto debemos que atender facilitando la comunicación y ayudando a las familias a que puedan desarrollar su rol de cuidado de forma adecuada⁽⁷⁾

El sentirse una carga para los demás es un fenómeno al que como profesionales asistenciales debemos prestar atención ya que dicha percepción está reflejando la angustia del paciente posiblemente en diferentes ámbitos⁽⁶⁾ que habremos de explorar y atender.

2/

La familia y las motivaciones para el cuidado.

Sabemos que en nuestra sociedad la familia, incluso ante los importantes cambios socioculturales, económicos y demográficos que afectan a su estructura y su organización, sigue siendo el pilar más importante en la atención y cuidado de sus miembros más vulnerables afectados por la enfermedad y la dependencia que requieren a menudo cuidados de larga duración. Es más, la familia y el hogar sigue siendo el lugar preferido de las personas con dependencia y sus cuidadoras donde vivir la enfermedad y dónde deben ser ejercidos dichos cuidados⁽⁹⁾.

La organización de los cuidados se sigue centrando en la familia, preferentemente en la mujer y con una insuficiente red de soporte por parte de los servicios públicos.

Esto, junto con otros factores del propio desarrollo de la enfermedad, la existencia o no de apoyo familiar y las motivaciones para el cuidado⁽¹⁰⁾ pueden generar lo que llamamos una sobrecarga en la familia o en el cuidador principal que asume los cuidados de larga duración o al final de la vida y que impida o dificulte dichos cuidados.

Novellas nos dice que

“En el acto de cuidar a una persona están implícitas las motivaciones de los cuidadores: como símbolo de gratitud por las atenciones que anteriormente habían recibido de la persona enferma; como una expresión de humanidad y

LH n.331

de solidaridad; por el aprecio y compasión hacia la persona enferma; como forma de obtener el reconocimiento por parte de la persona atendida, etc.”⁽¹¹⁾

Las motivaciones que llevan a las personas a ejercer el rol de cuidador son diversas y difíciles de clasificar. En el cuidar y en la motivación subyacente **Rogero García** nos dice que tienen que ver factores como

“La opinión expresada por la persona dependiente, la distribución del poder en la familia, la historia de las relaciones familiares o los valores y creencias con respecto a la salud.”⁽¹²⁾

Algunos autores destacan como motivo principal el sentimiento de responsabilidad de cuidar a su familiar, una responsabilidad que se basa en un sentimiento de “obligación moral” y de “culpabilidad” asociada en caso de no cumplir con ella⁽⁹⁾.

Conocer las motivaciones de las familias para el cuidado nos ayudará a entender sus conductas⁽¹³⁾ y poder trabajar por incrementar el bienestar del paciente ayudando a las familias a mejorar su capacidad cuidadora.

La reflexión sobre este tema nos reafirma en la imprescindible necesidad de explorar ampliamente las preocupaciones y necesidades del paciente y la familia al final de la vida o en etapas avanzadas de la enfermedad para atender las posibles fuentes de malestar y sufrimiento.

Se necesita una mirada holística y multidisciplinar que integre el contexto de los pacientes permitiendo una intervención empática y ajustada a la singularidad de cada vivencia.

Bibliografía

1. *Revista de Psicología de la Salud*, 13(2)
2. **Vilchez, M.**
La familia frente a síntomas y situaciones complejas o imprevistos. (2016) Manual de atención psicosocial e intervención social. Edición Obra Social “La Caixa”. Pag. 89-100.
3. **Krikorian, A. Limonero, JT. Maté, J.**
Suffering and distress at the end-of-life. (2011) *Psycho-Oncology* 21(8): 799-808 doi:10.1002/pon.2087
4. **Novellas, A.**
Principales supuestos condicionados por el impacto familiar que requieren atención especial. (2016) En Manual de atención psicosocial e intervención social. Edición Obra Social “La Caixa”. Pag. 73-87
5. **Gudat, H. Ohnsorge, K. Streeck, N. Rehmann-Sutter, C.**
How palliative care patients' feelings of being a burden to others can motivate a wish to die. Moral challenges in clinics and families. (2019) *Bioethics* Vol 33 Issue 4 Pag. 421-430 <https://doi.org/10.1111/bioe.12590>Citations: 9
6. **McPherson CJ, Wilson KG, Murray MA.**
Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2007 Jan 164(2):417-27.

7. **Rodríguez PA, Balaguer A, Crespo I, Monforte RC.**
Feeling like a burden to others and the wish to hasten death in patients with advanced illness: A systematic review. *Bioethics* [Internet]. 2019 May [cited 2021 Aug 22];33(4):411-20.

8. **Krikorian, A. Limonero, JT, Maté, J** (2011)
Suffering and distress at the end-of-life. *Psycho-Oncology*, 21(8). 799-808. Doi:10.1002/pon.2087

9. **Moreno-Colom, S. Recio, C. Borrás, V. Torns, T.**
Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras. (2016). Papeles del CEIC. Vol 2016/1. N°45 CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva) <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15195>

10. **Bermejo, C. Martínez, M. Factores, Necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar.** (2005) (Proyecto de investigación FIS PI 031586. Nure Investigación. N° 11

11. **Novellas, A. Pajuelo, MM.**
Cuidados Paliativos. La familia de la persona enferma. SECPAL. Guías Médicas.

12. **Rogero, J.**
Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Premio IMSERSO “Infanta Cristina” 2009.

Colección Estudios. Serie Dependencia. Ministerio de Sanidad y Política Social.

13. **Munuera, P.**
Entorno sociofamiliar facilitador de bienestar en situaciones de final de vida. (2016) En Manual de atención psicosocial e intervención social. Edición Obra Social “La Caixa”. Pag. 47-72

10/3

Manejo psiquiátrico clínico de la ideación autolítica por enfermedad crónica o por enfermedad terminal.

Melquiades León Macía,
Médico Especialista en Psiquiatría.
Centro Asistencial San Juan de Dios. Málaga.

Hace ya varias décadas [Viktor Frankl](#) nos enseñó que

“La desesperación es el sufrimiento sin sentido”.

Con esta afirmación no se nos pedía que soportásemos éste sin más, sino que se nos animaba a buscarle un “significado”, una “orientación”, un “sentido” que pasa por reconocer las vivencias de sufrimiento de esos momentos e integrarlas en la propia biografía.

Si no se logra esto, el sin-sentido de estas dolorosas experiencias de vida hace que éstas se conviertan, no pocas veces, en una agresión hacia la propia persona, lo que profundiza aún más en la desesperación y el vacío existencial. Lo que realmente destruye a la persona es este sin-sentido. Estas ideas quiero que sirvan de telón de fondo y de guía introductoria para la siguiente reflexión sobre las ideas suicidas en contextos del sufrimiento en enfermedades terminales.

Comenzaré advirtiendo que cada uno de estos términos (suicidio, sufrimiento y terminalidad) plantean tal multiplicidad de cuestiones a su alrededor que hace muy difícil realizar un análisis breve y conciso de este tema sin caer en una visión simplista. Solo la prudencia y cautela en la lectura de esta reflexión puede prevenirnos de esto.

Hablar de sufrimiento en enfermedades terminales significa considerar y dar respuesta, en primer lugar, a los síntomas físicos (dolor, disnea, náuseas, cansancio, deterioro funcional, etc.), psicológicos (angustia, tristeza, desmotivación, apatía, miedo, etc.) y sociales (soledad, dependencia de terceras personas, sobrecarga de sus seres queridos, repercusiones económicas, etc.) que afectan a la persona enferma. No obstante, seríamos tremendamente injustos si nos quedásemos aquí y olvidásemos aquellos

1. Pousa Rodríguez, V. et al (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Revista Colombiana de Cancerología. 19 (3): 166-172.

2. Robinson S, et al. (2017). The Relationship Between Poor Quality of Life and Desire to Hasten Death: A Multiple Mediation Model Examining the Contributions of Depression, Demoralization, Loss of Control, and Low Self-worth. J Pain Symptom Manage. Feb; 53 (2): 243-249.

3. Park, SA, Chung, SH, Lee, Y. (2016). Factor associated with Suicide Risk in Advanced Patients: A Cross Sectional Study. Asian Pac J Cancer Prev. 17 (11), 4831-4836.

4. Comité de Bioética de España (2020). Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir en el marco del debate de la regulación de la eutanasia: Propuestas para la reflexión y la deliberación. Madrid, 6 de octubre de 2020. pp.54. Recuperado el 14 de junio de 2021 en: www.comitedebioetica.es

5. Guerrero-Torrelles M, Monforte-Royo C, Rodríguez-Prat A, Porta-Sales J, Balaguer A (2017). Understanding meaning in life interventions in patients with advanced disease: A systematic review and realist synthesis. Palliative Medicine. Oct;31(9):798-813

otros elementos que tocan de forma más directa, y de lleno, a lo más esencial de la persona: su trascendencia y espiritualidad. Creo necesario recordar ahora algunos datos sobre ideas suicidas y enfermedades terminales.

Entre un 15-25 % de personas con cáncer padecen depresión, siendo esta un trastorno infradiagnosticado y por tanto mal tratado ([Pousa Rodríguez et al, 2015](#))¹. Los síntomas depresivos, la angustia, la sensación de pérdida de control, la baja autoestima, el “sinsentido del presente”, el miedo y la incertidumbre a lo que está por venir son elementos que pesan demasiado en la decisión de querer morir ([Robinson et al, 2017](#))².

La incidencia de ideas (y riesgo) suicida en el ámbito de las enfermedades terminales y de aquellas otras que precisan de cuidados paliativos es mayor que en la población general. Hay estudios que hablan de reducción (de un 44 % a un 11 %) de los deseos de acelerar la muerte en pacientes terminales tras tratamiento con antidepresivos ([Park, Chung, Lee, 2016](#))³.

La primera tarea, por tanto, será determinar en que medida estas ideas y deseos muerte son secundarias a la existencia de un trastorno depresivo y tratarlo. Además de aliviar esta clínica depresiva, se estaría devolviendo a la persona una verdadera y real competencia sobre sus decisiones una vez liberados de la visión oscura, pesimista y sin futuro atribuible a su estado de ánimo.

Avancemos ahora hacia un significado más profundo del término sufrimiento: el sufrimiento existencial.

Este debe entenderse desde la triada: vivencia personal de amenaza a su integridad, impotencia para afrontarla, y agotamiento en sus recursos personales y psicosociales ([Comité de Bioética de España, 2020](#))⁴.

En la práctica psiquiátrica, cuando se trata con personas con tal grado de sufrimientos que

están valorando acabar con su vida, no resulta nada infrecuente que tras un pausado, sensible, empático y confiado acercamiento a los motivos que le llevan a barajar dicha opción seamos capaces de cambiar la afirmación inicial de “no quiero vivir” por aquella otra de “no quiero vivir así”. Y es que siempre, o casi siempre, hay un “así” como amenaza, un “así” como impotencia y/o un “así” de agotamiento de recursos que lleva a convertir la muerte en la única salida visible y aceptable en esos momentos.

Los estudios nos dicen que, más allá de las situaciones en que se evidencia una patología depresiva, en el ámbito de la enfermedad terminal los pacientes suelen transmitir sus deseos de acelerar su muerte, y esta petición deriva del impacto que su sufrimiento (físico, psicológico, social y existencial) tiene sobre los conceptos de: su dignidad, de sí mismos y del sentido de su vida; de tal modo que las intervenciones dirigidas hacia la búsqueda de un significado y sentido de la vida se asocian con un beneficio clínico en estas personas, y por tanto resultan útiles en el sufrimiento existencial al final de la vida ([Guerrero-Torrelles, Monforte-Royo, Rodríguez-Prat, Porta-Sales, Balaguer, 2017](#))⁵.

Utilizando la afirmación de [Eric Casell](#):

“Los cuerpos duelen, las personas sufren”

podemos decir que el sufrimiento de la persona en situaciones terminales se relaciona de manera particular con una serie de necesidades como: comunicar su dolor y desesperanza, volver a ser dueños de su vida, redefinir los proyectos de futuro bloqueados, integrar sus vivencias actuales dentro del sentido global de lo que ha sido su vida, tener la tranquilidad de que sus seres queridos cuentan también con ayuda para su propia sobrecarga y sufrimiento, sintonizar su sufrimiento y fragilidad actual con su dignidad personal, cerrar de manera coherente y consistente una biografía personal que mira hacia el

LH n.331

final, encontrar respuestas a muchos “por qué” y “para qué”.

Son todos estos sufrimientos los que convierten a la muerte en la única y definitiva solución a la difícil experiencia de vida de esos momentos.

Si damos por válidas las reflexiones anteriores, entenderemos que la petición de acabar con la propia vida es realmente, en no pocos casos (por no decir muchos), un grito desesperado de ayuda para poner fin a estos sufrimientos de la persona (sin mencionar ya a los cuerpos doloridos).

Sería tremendamente dramático centrarnos en atenderles “al pie de la letra” en sus peticiones de morir, olvidando el proceso de búsqueda de los verdaderos significados que su petición tiene y sin darles la oportunidad de recibir respuestas de satisfacción a sus verdaderas, y más profundas, necesidades.

Esta situación de crisis existencial, habitualmente silenciosa (lo que la hace más dramática todavía), debería abordarse a través de un acompañamiento humanizador y humanizante que permita dar respuestas verdaderas a las preguntas: “¿qué está pidiendo realmente?”, “¿qué está necesitando?” y “¿qué le vamos a dar?”.

