



Medicina Paliativa

www.inspiranetwork.com



FORMACIÓN CONTINUADA



El acompañamiento espiritual en clínica (II): claves para entender y atender el sufrimiento en clínica

María Nabal-Vicuña^{*1,2}, Martín I. Mindeguiá^{1,3}, Javier Barbero-Gutiérrez^{1,4,5}
y Enric Benito-Oliver¹

¹Foro Iberoamericano de Espiritualidad en Clínica. ²Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, España. ³Médico Pediatra. Especialista en Cuidados Paliativos y Terapeuta Gestalt. España. ⁴Psicología clínica. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España. ⁵Grupo Espiritualidad SECPAL (GES). España.

PALABRAS CLAVE

Acompañamiento espiritual, cuidados paliativos.

Resumen

Este artículo profundiza en la comprensión del sufrimiento como base del acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Los autores proponen un marco clínico y antropológico para abordar el sufrimiento más allá de la visión biomédica tradicional, subrayando su carácter multidimensional y existencial.

Se plantea que el sufrimiento, del latín *sufferre* (“soportar por debajo”), constituye una experiencia inherente al ser humano que afecta la integridad del “yo” y se expresa cuando la realidad vital desafía las expectativas del ego. Su intensidad depende de la historia biográfica, los valores y los recursos internos de cada persona. Frente a la tendencia actual de medicalizar o evitar el sufrimiento, este trabajo invita a reconocerlo como parte esencial de la experiencia humana y como posible fuente de crecimiento y transformación.

Atender el sufrimiento requiere sensibilidad, presencia y formación del profesional para identificar sus causas, valorar recursos y acompañar el proceso con autenticidad, aceptación incondicional y empatía (Carl Rogers). Estas actitudes se concretan en las tres propuestas del grupo de Espiritualidad de SECPAL: *hospitalidad*, *presencia* y *compasión*. Se enfatiza que el sufrimiento también afecta a la familia y al equipo, generando una red de resonancia que exige conciencia y cuidado mutuo.

El acompañamiento espiritual se presenta así como una práctica clínica que no necesita sofisticación técnica, sino madurez humana, apertura y conexión interior del profesional. En última instancia, se puede “morir sano”: íntegro, en paz y con confianza, incluso en el límite de la vida.

El artículo concluye que reconocer, atender y acompañar el sufrimiento desde una visión integral no solo humaniza la medicina, sino que restituye la dignidad de las personas atendidas y de quienes las cuidan.

*Autor para correspondencia:

María Nabal Vicuña

Equipo de soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Avda. Alcalde Rovira Roure, n.º 80. 25198, Lleida, España

Correo electrónico: mnabalv@gmail.com

<https://dx.doi.org/10.20986/medpal.2025.1638/2025>

e-ISSN: 2340-3292/© 2025 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Spiritual support in clinical practice II: keys to understanding and addressing suffering in clinical care

KEYWORDS

Spiritual support,
palliative care.

Abstract

This article delves into understanding suffering as the foundation of spiritual support in palliative care. The authors propose a clinical and anthropological framework to approach suffering beyond the traditional biomedical perspective, emphasizing its multidimensional and existential nature. It is argued that suffering, from the Latin *sufferre* (“to bear under”), constitutes an inherent human experience that affects the integrity of the “self” and emerges when life reality challenges the ego’s expectations. Its intensity depends on each person’s biographical history, values, and internal resources. Against the current tendency to medicalize or avoid suffering, this work invites recognition of suffering as an essential part of the human experience and as a potential source of growth and transformation.

Addressing suffering requires sensitivity, presence, and professional training to identify its causes, assess available resources, and accompany the process with authenticity, unconditional acceptance, and empathy (Carl Rogers). These attitudes are embodied in the three principles proposed by SECPAL’s Spirituality group: hospitality, presence, and compassion. It is emphasized that suffering also affects the family and the care team, creating a resonance network that demands awareness and mutual care.

Spiritual support is thus presented as a clinical practice that does not require technical sophistication, but rather human maturity, openness, and inner connection on the part of the professional. Ultimately, one can “die well”: whole, at peace, and with trust, even at the threshold of life.

The article concludes that recognizing, addressing, and accompanying suffering from a holistic perspective not only humanizes medicine but also restores the dignity of both those receiving care and those providing it.

Nabal-Vicuña M, Mindeguía MI, Barbero-Gutiérrez J, Benito-Oliver E. El acompañamiento espiritual en clínica (II): claves para entender y atender el sufrimiento en clínica. 2025;32:94-99.

“Buscamos evitar el sufrimiento en lugar de relacionarnos con él, con toda la tensión que puede crear. El sufrimiento es un aspecto inevitable de la experiencia vital de las personas, y relacionarse con el sufrimiento constructivamente debe considerarse un aspecto fundamental de la salud.”

Per-Einar Binder

INTRODUCCIÓN

“La Sra. R es una mujer de 40 años con melanoma diseminado con metástasis cerebrales que recientemente le han causado ceguera. El melanoma ha progresado tras 2 líneas de tratamiento, y ella está abatida. Cuando el médico que atendía a la paciente hospitalizada le comunicó que era poco probable que recuperara su vista, y que su melanoma era muy poco probable que respondiera a más tratamiento oncológico, ella comenzó a llorar tan intensamente que la conversación se hizo imposible. El médico y la enfermera se miraron; el médico hizo un gesto de encogimiento de hombros que solo la enfermera percibió, y la enfermera levantó la vista como diciendo, “Menudo lío”. El marido de la paciente, claramente afectado, mirando el equipo dijo: “Tenemos que hacer algo, ¿podían darle un ansiolítico?”

Así comienza el artículo, titulado ¿Por qué estamos haciendo esto?¹. Y, a continuación, comenta:

“Cuando la brutalidad de la enfermedad supera al poder de la tecnología médica, parte del fracaso invade el terreno de los profesionales de primera línea. Cuando esto ocurre, la impotencia invade la conciencia de los profesionales, que quedamos desarmados, y no solo incapaces de afrontar la situación, sino frecuentemente impactados y afectados por ella”.

En general, los clínicos, ante el sufrimiento, no tenemos herramientas ni un modelo conceptual para afrontarlo y no lo atendemos porque no lo entendemos como nuestra competencia. En este artículo, pretendemos reflexionar sobre la experiencia de sufrimiento como premisa básica para el acompañamiento espiritual.

El término *sufrimiento* proviene del latín *sufferre*, que significa “soportar por debajo”, *sub-ferre*, aludiendo a la

capacidad de sostener una carga desde dentro. Esta etimología no solo alude a un peso físico, sino también a la experiencia subjetiva del dolor emocional, existencial y espiritual. A diferencia del dolor físico, involucra la totalidad de la persona y es inseparable de su dimensión humana más profunda².

En cuidados paliativos, asistimos y acompañamos a personas que presentan enfermedades limitantes y/o amenazantes para la vida. Al no poder curar a nadie, ha sido necesario ampliar el paradigma y centrar los esfuerzos en entender el sufrimiento. Así, hemos explorado la antropología filosófica, la psicología humanista y transpersonal y otras fuentes, para acceder a una comprensión de la salud y de la persona que cuidamos, no solo como un cuerpo al que hay que reparar cuando “se avería”, sino como un ser al que entender y acompañar en una de las situaciones límite más difíciles con las que nos enfrentamos: el proceso de morir.

APROXIMACIÓN AL SUFRIMIENTO EN CLÍNICA

En medicina, solemos estructurar nuestra aproximación a los problemas médicos, tratando de entender su origen, sus causas, cómo se puede reconocer, diagnosticar, cómo suele evolucionar y cómo tratarlo. Sin embargo, entender el sufrimiento como un síndrome, apenas ha sido explorado ya que trabajamos con un modelo de atención enfocado a los aspectos físicos o biológicos de la enfermedad y centrado en la curación, la prolongación de la vida y la restauración de la función³. En los problemas que no son exclusivamente orgánicos, como la enfermedad crónica, la salud mental, la discapacidad o el proceso de morir, el modelo biomédico es poco eficiente y fuente de problemas ya que no se puede intentar curar la existencia⁴.

Los profesionales necesitamos entender lo que supone para el paciente la vivencia de la enfermedad limitante y/o amenazante para la vida o el proceso de fin de vida. Comprender de qué manera este proceso impacta sobre el curso de su vida, modifica sus expectativas y cambia la visión de su realidad.

Para la persona que intuye la proximidad de la muerte, el sufrimiento surge y se despliega como fruto de la amenaza que se cierne sobre todo lo conseguido y que ahora parece desmoronarse. Lejos de ser una anomalía, el sufrimiento es una condición inherente al ser humano. Afirmar Cassell⁵, “*sufrir es una experiencia profundamente personal que implica una amenaza a la integridad del yo, y se mantiene hasta que la amenaza desaparece o la integridad es restaurada*”. En nuestro entorno, Ramón Bayés⁶ propone que el sufrimiento está condicionado por el balance entre la percepción que la persona tiene de la amenaza y la percepción sobre sus propios recursos. En los cuidados paliativos, donde la finitud de la vida biológica se vuelve ineludible, comprender esta dimensión es crucial.

El sufrimiento pertenece al “yo superficial” o “Ego” que comentábamos en el artículo anterior⁷. Este “yo superficial” se refiere a una construcción ilusoria de la identidad que se basa en factores externos, e incluye las expectativas de cómo debe desarrollarse la vida. Cuando esta plantea una situación no prevista por el Ego, que modifica las expectativas de forma negativa, el Ego incita a la evitación, el rechazo o la huida de aquello que no puede controlar.

El sufrimiento, en nuestro modelo, es fruto del rechazo de una realidad que el Ego no acepta.

No es infrecuente encontrar dos pacientes con situaciones clínicas similares y mismos síntomas que presentan un sufrimiento muy distinto. El sufrimiento es una experiencia subjetiva que se encuentra relacionada con la gravedad de la aflicción, pero la percepción de gravedad está matizada por la interpretación que cada persona hace de la situación concreta, en función de su historia biográfica, sus creencias, sus valores y su experiencia humana. Reivindicamos el valor de la subjetividad como reflejo de la experiencia única y personal de cada ser humano.

El propio Casell² dice que la persona se construye alrededor de un cuerpo, un carácter y una personalidad, un pasado y una memoria, una educación emocional, una forma de afrontar las dificultades, una historia, una cultura, una familia, unas experiencias personales, una red de relaciones sociales, y también una relación consigo mismo, una vida interior, unos sueños, creencias aspiraciones, y miedos. Señalando, además que tiene una dimensión trascendente, referida a la cualidad de pertenencia a algo mayor que uno mismo, que sobrepasa la propia dimensión física y temporal.

El sufrimiento, al igual que el gozo o la felicidad, son existenciales, y no pueden reducirse a efectos secundarios del funcionamiento neurológico que puede modularse con sustancias químicas o fármacos. Recientemente un profesor de filosofía de la Universidad de Bergen, Per-Einar Binder, en un artículo titulado “Sufrir una vida sana, sobre la dimensión existencial de la salud”⁸ nos recuerda que:

“El sufrimiento existencial en la cultura occidental se describe, cada vez en mayor medida, como trastornos o déficits psicológicos, y los objetivos de salud perfeccionistas pueden convertirse fácilmente en un problema. Buscamos evitar el sufrimiento en lugar de relacionarnos con él, con toda la tensión que puede crear. El sufrimiento es un aspecto inevitable de la experiencia vital de las personas, y relacionarse con el sufrimiento constructivamente debe considerarse un aspecto fundamental de la salud”.

Y propone la necesidad y utilidad de un concepto de “salud existencial” como una forma de integrar las dimensiones profundas del sentido y el sufrimiento en nuestra comprensión de la salud. Frente a la definición clásica de salud como ausencia de enfermedad, subraya que nuestras crisis existenciales, a priori amenazantes, siempre pueden ser fuentes de crecimiento y profundización en nuestra humanidad.

En un contexto de excesiva medicalización, este concepto invita a recuperar un lenguaje que dé valor a las crisis existenciales como parte inherente de la vida, la salud y la enfermedad. Al fin y al cabo, tal como señala Viktor Frankl⁹, “*el sufrimiento forma parte de la vida como el destino y la muerte. Sin sufrimiento y muerte la vida no estaría completa*”.

En el afán de entender y acompañar el sufrimiento en clínica, y simplificando mucho, podemos decir que los profesionales de la salud nos encontramos con dos tipos de sufrimiento¹⁰.

El sufrimiento como problema: son situaciones que superan los recursos de la persona, pero pueden ser atendidas y generalmente resueltas por los clínicos. Se trata de un problema, frente al cual aplicamos las estrategias de resolución de problemas. Por ejemplo, un dolor costal refractario, un estado emocional depresivo, la ausencia de apoyo familiar

en el ingreso, la percepción de ser una carga para la familia y un sinfín de situaciones.

El *sufrimiento como misterio, como condición existencial*. Es el sufrimiento que aparece en una situación límite, ante la que no hay una solución y que interpela el sentido. Por ejemplo: ¿Por qué nos ha tocado esto? ¿Qué sentido tiene? ¿Por qué debo morir?

El sufrimiento como problema, en la mayoría de los casos, se expresa como un sufrimiento evitable y la estrategia de resolución de problemas permite potenciar su control frente a la indefensión. La expresión más acuñada en cuidados paliativos es la de control de síntomas.

En otras ocasiones, el sufrimiento será parcialmente evitable. En estos casos utilizaremos estrategias de búsqueda de adaptación. Fundamentalmente la respuesta no es solucionar sino acompañar y las herramientas son la hospitalidad (basada en la aceptación incondicional), la presencia y la compasión¹¹.

La situación más compleja para el clínico es el encuentro con el sufrimiento no evitable, un sufrimiento asociado a la condición existencial humana (sufrimiento como misterio). Cuando el enfermo profundamente frágil se enfrenta con la muerte. Esto supone el encuentro con el límite y la pregunta por el sentido. En este escenario, el clínico no podrá resolver problemas, no podrá tener respuestas contundentes ni será capaz de describir en qué consiste el sentido. Pero sí podrá acompañar personas, facilitar el proceso de búsqueda y no huir de las preguntas generando oportunidades para deconstruir el sinsentido. Esto es, en sí mismo, acompañamiento espiritual.

Marianne K. Dees¹² en un estudio cualitativo sobre las perspectivas de los pacientes que solicitan asistencia para morir por presentar un sufrimiento refractario dice:

“El sufrimiento insoportable es el resultado de un proceso intensivo que se origina en los síntomas de la enfermedad y/o el envejecimiento. Según los pacientes, la desesperanza es un elemento esencial del sufrimiento insoportable”.

Los problemas médicos y sociales pueden causar sufrimiento, pero este se hace “insostenible” cuando va acompañado de problemas psicoemocionales y existenciales. Las características de personalidad y los aspectos biográficos influyen mucho en la carga del sufrimiento, así como la experiencia de la temporalidad. De hecho, el sufrimiento insostenible puede entenderse mejor en la continuidad de las perspectivas de los pacientes sobre el pasado, el presente y las expectativas del futuro.

Como pasa con el dolor en manos inexpertas, en nuestro entorno, el desconocimiento en profundidad del sufrimiento puede llevarnos a identificar como refractario cualquier sufrimiento que con más sabiduría podría ser explorado, entendido y atendido / acompañado.

SITUACIONES LÍMITE

Todos nos vamos a encontrar, en algún momento de nuestra vida, con situaciones vinculadas a la existencia humana que dejan de manifiesto los límites de nuestra capacidad de control y comprensión; estas situaciones de crisis nos confrontan con nuestra realidad y nos obligan a reflexionar sobre el sentido de nuestra existencia y pueden suponer un momento de cambio profundo en nuestra forma de ser y estar. A estas situaciones las denominamos “situación límite”.

El psiquiatra y filósofo existencialista Karl Jaspers fue el primero en hablar de situaciones límite. Estas se caracterizan fundamentalmente por ser inevitables y determinantes. Una vez que acontecen y se ingresa en ellas no las podemos cambiar, ni mucho menos abandonar. *“Ellas son como un muro contra el cual chocamos y fracasamos. No podemos modificarlas, sino solo cabe aclararlas”*¹³. Si bien un muro delimita algo, en las situaciones límite, la persona puede tomar conciencia de aquello que hay más allá. Karl Jaspers designa este más allá como trascendencia.

Las experiencias límite lanzan a la persona sobre sí mismo y no hay saber social o científico que las pueda resolver. Nos enfrentan con nuestra finitud, fragilidad e impermanencia, una experiencia vital donde el ser humano pone a prueba sus convicciones más profundas. El fracaso, la culpa, la enfermedad grave incurable, la muerte, la historicidad de la existencia, el duelo, todas ellas experiencias relacionadas con el sufrimiento intenso, son situaciones límite. No puedo cambiar la situación, solo me queda aceptarla, integrándola, o rechazarla. Estas crisis, pese a ser terribles, nos ofrecen la posibilidad de darles un sentido, si somos capaces de asumirlas e integrarlas en nuestra vida. El sufrimiento, en sí mismo, no tiene sentido, pero uno puede encontrar sentido en la experiencia de sufrimiento. Al aceptar la situación límite como terminante e inmutable (es decir, como inevitablemente real y no como positiva o deseable), el ser humano toma conciencia del límite y puede acceder a otro nivel de existencia o de conciencia sobre sí mismo y la realidad.

Las crisis y las experiencias límite son también posibilidades existenciales: el modo en como las afrontemos y el significado que les demos pueden sumirnos en la desesperación o llevarnos por el camino del sentido, la integración y la autorrealización personal. Toda situación límite, toda crisis, puede suponer un reto a nuestra entidad conocida y una oportunidad de transformación. Se ha dicho que el sufrimiento nos puede llevar a rompernos, pero también a romper nuestros límites y ayudarnos a trascenderlos. Según el modelo antropológico que proponíamos en el artículo anterior, la fractura del ego que se acompaña de sufrimiento, en la medida que permita el acceso a un nivel profundo de nuestro SER, puede ser fuente de transformación y sanación.

ATENDER EL SUFRIMIENTO

Uno de los errores del pensamiento moderno es asumir que no podemos afrontar la experiencia radical de sufrimiento. Esta ilusión de búsqueda de inmunidad emocional se ve reforzada por un sistema que, en su afán de evitar el malestar, patologiza el dolor y lo medicaliza, banaliza el sufrimiento y promueve la evitación como única salida. Sin embargo, la evitación crónica del sufrimiento no lo elimina; sino que lo amplifica en las sombras, no dejando hacer un proceso de reconciliación con las zonas oscuras que también habitan, a veces de manera inevitable, en la experiencia humana.

Viktor Frankl⁹, por su parte, introduce la idea del sufrimiento como vía hacia el sentido, sosteniendo que *“el hombre está dispuesto a soportar cualquier cómo si tiene un porqué”*. Y afirma que *“el hombre no se desespera por sufrir, sino por sufrir sin sentido”*. En el momento en que aparece un nuevo sentido, no “gracias a”, sino “a pesar del” sufrimiento, también emerge una nueva conciencia del sí

mismo. No se trata de glorificar el dolor, sino de comprender que el sufrimiento puede ser un umbral de maduración y consciencia.

El cambio de nivel de consciencia supone el cultivo de una identidad más profunda y abandonar la fantasía de control para acceder a otra perspectiva de la realidad y a una actitud no reactiva, que facilita la aceptación y promueve la sanación o recuperación de la integridad¹⁴. La Sra R., del caso citado al inicio, posiblemente, en un proceso de sanación nada fácil, podría hacer un camino en el que fueran compatibles la tristeza por todo lo que deja, con la experiencia de sentido vinculada a su “yo profundo”. Este es el papel del acompañamiento espiritual. Una oferta abierta que ella podrá decidir seguir o no...

Se ha demostrado que experimentar sentido y propósito en la vida, estar involucrado en algo más grande que uno mismo y cultivar relaciones sociales positivas predice una mejor autoevaluación de la salud, menos discapacidad, perfiles más saludables de riesgo biológico, mayor bienestar y mejor función cognitiva en las personas cuando envejecen, incluso en el contexto de discapacidad y enfermedades crónicas⁴. Un sentido de propósito en la vida se asocia con un riesgo reducido de mortalidad por todas las causas¹⁵.

Atender el sufrimiento precisa del interés y sensibilidad del clínico para diagnosticarlo, disponibilidad para conocer sus causas, identificar el grado, los recursos, las estrategias y las posibilidades del enfermo para afrontarlo, y su compromiso para sostener a la persona enferma en su proceso con actitud de acompañamiento.

Es de máxima importancia entender que el sufrimiento se puede aliviar y acompañar; y para ello tenemos que evitar sesgos y prejuicios que restrinjan la experiencia del paciente. Nuestra actitud debe ser de presencia y apertura, de no taponamiento. Brindar un espacio seguro que pueda sostener y facilitar la elaboración de todo el proceso.

También es menester entender que la experiencia de sufrimiento no es algo exclusivo del paciente, ya que esta vivencia repercute en toda la unidad de tratamiento: paciente, familia y equipo. Esta interrelación se ha conceptualizado con el modelo triangular del sufrimiento, según el cual, el sufrimiento de cada uno de los sujetos puede incrementar el sufrimiento de los otros^{16,17}.

Las habilidades de comunicación y relación de ayuda, así como la validación de las biografías, el no juicio, constituyen las actitudes iniciales adecuadas para aliviar el sufrimiento de las personas.

Tal como lo definen Pilar Arranz y cols.¹⁸ se trata de poner en juego *“El arte de hacer reflexionar a una persona empatizando y confrontando, por medio de distintas estrategias comunicativas, de tal modo que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para ella y siempre teniendo en cuenta su estado emocional”*.

De forma esquemática, los pasos para la intervención serían:

- Establecer una relación de confianza y un vínculo terapéutico.
- Identificar el sufrimiento.
- Identificar sus causas.
- Explorar los recursos y capacidades del paciente para potenciarlos y trascender su sufrimiento.
- Hacer un plan de afrontamiento de las amenazas: las evitables y las no evitables.

- Proceder a la intervención compasiva, orientando el paciente hacia la búsqueda de una visión trascendida facilitadora de la experiencia de sentido.
- Evaluar el resultado de la intervención y hacer un plan de seguimiento.
- Prevenir lo evitable, corregir lo posible, acompañar siempre.

Para que nuestra intervención sea una relación de ayuda, debemos tener presente tres actitudes básicas como indica Carl Rogers¹⁹:

1. Autenticidad y congruencia: que todo lo que exprese sea algo que pienso y/o siento, después de haberme atrevido a conectar realmente con ello.
2. Aceptación incondicional: aceptar a la persona tal cual es, con sus sentimientos y experiencias, sin juicios. Ello generará seguridad en el paciente y facilitará tanto la exploración como la expresión de emociones y sentimientos.
3. Empatía: la capacidad de captar y devolver al otro los hechos, los valores y las emociones que nos comparte, es decir, acercarnos para aprehender el mundo interior del paciente comprendiendo la experiencia que nos comunica.

Desde el grupo de Espiritualidad de la SECPAL²⁰ se han propuesto como actitudes de acompañamiento la hospitalidad, la presencia y la compasión. Otros autores como Amonoo²¹, nos proponen otra intervención en 7 pasos. Son distintas herramientas.

Entendemos que el sufrimiento es un proceso, una experiencia que se desarrolla a lo largo del tiempo. Aproximarnos de esta manera nos da la posibilidad de acompañarlo mientras el paciente elabora las tensiones en pugna entre lo ideal y la realidad que le está aconteciendo.

La actitud fundamental por parte del profesional para atender el sufrimiento es su presencia¹², y la calidad de esta es fruto de su madurez humana. Por ello, parece indispensable que cada profesional trabaje su propia interioridad, se encuentre conectado con su profundidad, al tiempo que abierto a la realidad del otro. Es imprescindible que tenga cuestionados y trabajados, aunque sea de forma básica, los asuntos relativos a su propia fragilidad, finitud, así como las preguntas relativas al sentido.

Resulta evidente que, para estar disponibles para acompañar el sufrimiento de otro, no se requiere de sofisticada tecnología, se precisa de un profesional en armonía con la verdad, la bondad y la belleza para ofrecerlas, tácitamente en el encuentro terapéutico. Así, desde la actitud y la presencia del terapeuta sereno y confiado, la persona enferma que sufre tendrá la posibilidad de ir encontrando sus respuestas, acompasando su respiración inquieta a una más serena que le permita mirar y ver con más claridad.

La toma de decisiones, en este contexto, no se restringe a la actitud terapéutica habitual de, por ejemplo, adecuación del esfuerzo terapéutico. También tiene que ver con la decisión de ir haciendo un camino de adaptación que pueda llevar a la aceptación de la realidad (a priori amenazante) para que pueda ser trascendida.

Será una decisión del paciente, pero también del profesional de ofrecerse a acompañar en ese viaje, entendiendo que, desde la perspectiva de la salud existencial / espiritual, se puede morir sano, es decir: íntegro, en paz, con confianza y serenidad.

CONCLUSIÓN

En este artículo hemos revisado la experiencia de sufrimiento y hemos ofrecido algunas claves para entenderlo y atenderlo.

Es de vital importancia reconocer el sufrimiento como una vivencia multidimensional: física, emocional, social y espiritual; evitar su banalización, atenderlo y ofrecer recursos que permitan resignificarlo, y acompañar su proceso de transformación. Integrar esta visión en los equipos de salud implica un cambio de paradigma en donde *cuidar, sostener, y acompañar* se vuelven herramientas terapéuticas. El abordaje del sufrimiento en cuidados paliativos no solo humaniza la atención médica, sino que devuelve a la persona el reconocimiento de su dignidad.

Apenas hemos nombrado la palabra “espiritualidad”, pero las claves comentadas son centrales para el inicio de un itinerario de acompañamiento espiritual. En un artículo posterior ofreceremos algunas herramientas de transición hacia la aceptación confiada que faciliten la posibilidad de trascendencia. En cualquier caso, queremos recordar que la atención al que sufre con actitud de compasión, presencia y hospitalidad ya es una manera muy significativa de empezar a hacer acompañamiento espiritual.

Para aquellos interesados en profundizar en este tema, ofrecemos información sobre formación específica a través del Foro Iberoamericano de Espiritualidad en Clínica:

<https://www.iborjabioetica.url.edu/es/oferta-formativa/acciones-formativas/formacion-continuada-acreditada/3a-edicion-entender-y-atender-el-sufrimiento-en-la-clinica>

REFERENCIAS

1. Back AL, Rushton CH, Kaszniak AW, Hallifax JS. “Why are we doing this?”: Clinical helplessness in the face of suffering. *J Pall Med*. 2015;16:26-30.
2. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982;306:639-45.
3. Swinton J. Healthcare spirituality: A question of knowledge. Cap 15. En: Cobb MR, Puchalsky CM, Rumbold B, editores. *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. Oxford University Press; 2012. pp. 99-104.
4. Van Dijk-de Vries A, Moser A, Mertens BC, van der Linden J, van der Weijden T, van Eijk JTM. The ideal of biopsychosocial chronic care: How to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders. *BMC Fam Pract*. 2012;13:14.
5. Cassell EJ. Diagnosing suffering: A perspective. *Ann Intern Med*. 1999;131:531-4.
6. Bayés R, Arranz P, Barbero J, Barreto P. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Med Paliat*. 1996;3:114-21.
7. Benito E, Dones M, Jiménez E, Fornells H, Nabal M. El acompañamiento espiritual en la clínica (I). Bases para su integración en cuidados paliativos. *Med Paliat*. 2025 (en prensa).
8. Binder PE. Suffering a healthy life -On the existential dimension of health. *Front Psychol*. 2022;13:803792.
9. Frankl VE. El hombre en busca de sentido. Herder;2004.
10. Barbero J. El apoyo espiritual en cuidados paliativos. *Labor Hospitalaria*. 2002;263:5-24.
11. Benito E, Mindeguía MI. La presencia. El poder terapéutico de habitar el presente en la práctica clínica. *Psicooncología*. 2021;18:371-85.
12. Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, Vissers KC, van Weel C. “Unbearable suffering”: A qualitative study on the perspectives of patients seeking assistance in dying. *J Med Ethics*. 2011;37:727-34.
13. Jaspers K *Psicopatología general*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España; 1996.
14. Shaver WA. Suffering and the role of abandonment of self. *J Hosp and Pall Med*. 2002;46-53.
15. Mount BM, Boston PH, Cohen SR. Healing connections: On moving from suffering to a sense of well-being. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33:372-388.
16. García-Navarro EB, García-Navarro S, Cáceres-Titos MJ. How to manage the suffering of the patient and the family in the final stage of life: A qualitative study. *Nurs. Rep*. 2023;13:1706-20.
17. Delafontaine AC, Anders R, Mathieu B, Salathé CR, Putois B. Impact of confrontation to patient suffering and death on well-being and burnout in professionals: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*. 2024;23:74.
18. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel. 2003.
19. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Editorial Paidós; 1989.
20. Barbero J, Esperón-Rodríguez I. Las actitudes como herramientas claves para el acompañamiento. En: Benito E, Barbero J, Dones M, editores. *Espiritualidad en clínica: Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: Monografías SECPAL; 2014.
21. Amonoo HL, Harris JH, Murphy WS, Abrahm JL, Peteet JR. The physician's role in responding to existential suffering: What does it mean to comfort always? *J Palliat Care*. 2020;35:8-12.