

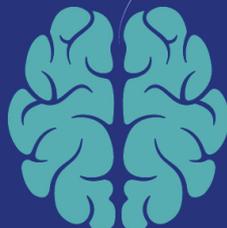
FRANCISCO INSA

CON TODO  
TU CORAZÓN,

CON TODA  
TU ALMA,

CON TODA  
TU MENTE

FORMAR LA AFECTIVIDAD  
EN CLAVE CRISTIANA



Pelícano  
PALABRA



1ª edición, febrero 2021  
2ª edición, marzo 2022

CON TODO  
TU CORAZÓN,  
CON TODA  
TU ALMA,  
CON TODA  
TU MENTE

EDICIONES PALABRA  
Madrid

© Francisco Javier Insa Gómez, 2022  
© Ediciones Palabra, S. A., 2022  
Paseo de la Castellana, 210 - 28046 MADRID (España)  
[www.palabra.es](http://www.palabra.es)  
[palabra@palabra.es](mailto:palabra@palabra.es)

Diseño de la cubierta: Miguel J. Tejero  
ISBN:  
Depósito Legal:  
Impresión: Gráficas Gohegraf, S. A.  
Printed in Spain - Impreso en España

Todos los derechos reservados.  
No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor.

## CUANDO EL FINAL SE ACERCA

### 1. ON DEATH AND DYING

¿Cómo afrontar la noticia de que ha llegado la hora? ¿Cuál es el mejor modo de comunicar el diagnóstico de una enfermedad mortal? ¿Cómo ayudar a los familiares a superar el dolor por la pérdida de un ser querido?

La psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (Zúrich 1926-Arizona 2004) es conocida por su descripción de las *fases del duelo*, es decir, el proceso psicológico de asimilación de la noticia de que el final está próximo. Su interés comenzó ya en su época de estudiante, cuando después de la Segunda Guerra Mundial visitó el campo de exterminio de Majdanek (Polonia) y se sorprendió por los cientos de imágenes de mariposas grabadas en las paredes de los barracones. Este animal se convertiría en el símbolo de su concepción de la muerte: para ella sería el paso a otra forma de vida más elevada.

En 1958 se trasladó a Nueva York y, aunque se sentía inclinada por la pediatría, comenzó la especialización en psiquiatría. Durante los siguientes años fue frecuentemente solicitada para atender a moribundos que mostraban síntomas depresivos. Uniendo un gran sentido de humanidad con sus conocimientos científicos los escuchó durante horas y los acompañó con palabras y silencios hasta un fallecimiento sereno. Después de seguir a unos doscientos pacientes a pie de cama durante todo el proceso (a lo largo de su carrera llegaría a acompañar a miles), escribió su obra más conocida: *On Death and Dying* (1969), traducida al castellano como *Sobre la muerte y los moribundos*<sup>1</sup>.

En este libro describió cinco etapas por las que pasaban sus enfermos desde que les era comunicado el diagnóstico infausto: negociación, ira, negociación, depresión y aceptación. No se trata, afirmaba, de un proceso

---

<sup>1</sup> E. KÜBLER-ROSS, *Sobre la muerte y los moribundos*, Grijalbo, Barcelona 1993.

rígidamente lineal, sino de fases que se pueden solapar, sucederse en orden distinto y tener una duración variable en función de la personalidad del paciente y de sus circunstancias personales: una persona irritable experimentará más intensamente la fase de ira, un “luchador nato” tenderá a negociar todo lo posible, alguien pesimista caerá más fácilmente en la depresión, etc. En algunos pacientes pueden no ser evidentes todas estas etapas.

Kübler-Ross se dio cuenta pronto de que sus etapas eran válidas también para los familiares de los enfermos y, más en general, para la aceptación de otras noticias negativas. Su consideración nos puede ayudar a entender el sufrimiento del sujeto que pasa por una etapa de duelo y darnos instrumentos para ayudarlo.

## 2. PRIMERA FASE: NEGACIÓN

“No, yo no, no puede ser verdad”.

La primera reacción del paciente ante la noticia fatal es comportarse como si el asunto no tuviera que ver con él, dando por hecho un error de diagnóstico, que los resultados de las pruebas clínicas corresponden a otra persona, etc. En consecuencia sigue actuando como si nada hubiera pasado mientras solicita que se repitan los test o busca una segunda opinión. Pero esta fase tiene su función: permite ganar tiempo mientras se consigue “digerir” la noticia.

Según la psiquiatra suizo-americana, «esta negación tan angustiada ante la presentación de un diagnóstico es más típica del paciente que es informado prematura o bruscamente por alguien que no le conoce bien o que lo hace rápidamente para “acabar de una vez” sin tener en cuenta la disposición del paciente»<sup>2</sup>.

Aquí encontramos una primera pista para ayudar a morir bien. La noticia ha de ser comunicada por la persona adecuada y en el momento oportuno. Quienes hemos trabajado en hospital hemos visto con frecuencia ese dilema: el médico comunica el diagnóstico a los familiares y estos discuten entre sí sobre quién es el más indicado para transmitirlo al enfermo. No es infrecuente que se plantee que sea el propio médico (a fin de cuentas, forma parte de sus obligaciones profesionales) o el capellán que ha empezado a atenderlo. Sin descartar que en algunos casos puedan ser legítimas estas posibilidades, lo ideal es que se encargue el familiar con quien el enfermo tiene más confianza, alguien que goce a la vez de un cierto ascendiente moral y de

---

<sup>2</sup> *Ibidem*, p. 60.

una relación afectiva cercana. Ante un conocido le será además más fácil dar vía libre a sus sentimientos y buscar consuelo: llorar, abrazarlo, etc.

Aunque cada vez es menos frecuente, siguen dándose situaciones en que se intenta retrasar la noticia lo máximo posible con la excusa –o la recta intención– de ahorrar tiempo de sufrimiento al enfermo. A veces sin embargo también se busca ahorrárselo a uno mismo. Hay que recordar en primer lugar que el enfermo tiene derecho –reconocido legalmente– a saber su estado de salud y el resultado de las pruebas diagnósticas que se le hayan realizado. El hecho de que por motivos humanitarios se comuniquen en primer lugar a los familiares cercanos no puede llevar al abuso de ocultárselo al interesado.

Por otra parte, el enfermo intuye fácilmente que algo va mal en su evolución y empieza a sospechar. El sucederse de pruebas y hospitalizaciones, la comunicación de que “el resultado no es concluyente” o que hay que realizar un test más invasivo, leer el prospecto de la medicina que le han prescrito o una simple búsqueda en *Wikipedia* le harán sospechar que al menos se está pensando en un diagnóstico grave.

Un excesivo retraso puede dar lugar a perniciosos *pactos de silencio*, en que el enfermo y los familiares “saben que el otro sabe” pero no se atreven a hablar de lo que realmente preocupa y hace sufrir por no hacer sufrir al otro. Por ahorrarse mutuamente el mal trago dejan de apoyarse y de compartir lo que necesitan expresar.

La doctora Kübler-Ross, por el contrario, opina que conviene hablar mucho antes. «A menudo nos acusan de hablar de la muerte con pacientes muy enfermos cuando el médico cree –con mucha razón– que no están muriéndose. Soy partidaria de hablar de la muerte y del morir con los pacientes mucho antes de que llegue su hora si el paciente indica que quiere hacerlo. Un individuo más sano y más fuerte puede afrontarlo mejor y está menos asustado ante la muerte venidera cuando todavía está “a kilómetros de distancia” que cuando “está a la puerta”, como dijo uno de nuestros pacientes muy apropiadamente. También es más fácil para la familia hablar de estas cosas en momentos de relativa salud y bienestar y disponer la seguridad financiera de los niños y otros familiares mientras el cabeza de familia todavía funciona. A menudo, posponer estas conversaciones no sirve para nada al paciente, sino a nuestra actitud defensiva»<sup>3</sup>.

La última frase nos da una clave de la falta de comunicación. Hablar de la muerte es incómodo para todos porque *despierta muchos fantas-*

---

<sup>3</sup> *Ibidem*, p. 61.

*mas*, obliga a enfrentarse a la realidad de la propia muerte. Tal vez esto sea más frecuente en nuestra sociedad actual secularizada de lo que era hace medio siglo, cuando se escribió el libro en que nos estamos basando. No es que hoy no esté presente la muerte en general: basta leer las noticias. El problema es enfrentarse a la posibilidad de la *propia muerte*.

Acudamos nuevamente a los clásicos de la literatura, en este caso a Tolstoi, para ilustrar esta idea: «El silogismo aprendido en la Lógica de Kiezewetter: “Cayo es un ser humano, los seres humanos son mortales, por consiguiente Cayo es mortal”, le había parecido legítimo únicamente con relación a Cayo, pero de ninguna manera con relación a sí mismo. Que Cayo –ser humano en abstracto– fuese mortal le parecía enteramente justo; pero él no era Cayo, ni era un hombre abstracto, sino un hombre concreto, una criatura distinta de todas las demás: [...] ¿Acaso Cayo sabía algo del olor de la pelota de cuero de rayas que tanto gustaba a Vanya? ¿Acaso Cayo besaba de esa manera la mano de su madre? ¿Acaso el frufú del vestido de seda de ella le sonaba a Cayo de ese modo? ¿Acaso se había rebelado este contra las empanadillas que servían en la facultad? ¿Acaso Cayo se había enamorado así? ¿Acaso Cayo podía presidir una sesión como él la presidía? Cayo era efectivamente mortal y era justo que muriese, pero “en mi caso –se decía–, en el caso de Vanya, de Ivan Illich, con todas mis ideas y emociones, la cosa es bien distinta, y no es posible que tenga que morirme. Eso sería demasiado horrible”»<sup>4</sup>.

Cuanto hemos dicho no significa poner bruscamente al enfermo delante de su situación o insistir en romper la defensa de su negación. Frecuentemente lo mejor es ir poco a poco, insinuando la noticia, haciendo preguntas abiertas de tanteo y permaneciendo atento a lo que el interesado quiere oír y está preparado para aceptar. No solo sus preguntas sino sus gestos y su actitud general serán el mejor modo de descubrirlo. Mientras tanto, habrá que dejar abierta la posibilidad de que siga preguntando y puede ser oportuno mantener viva la llama de la esperanza y –en la medida de lo razonable– pedir otras pruebas o pareceres.

En todo caso, hay que tener siempre presente el bien del oyente, no el propio. Ese bien incluye darle tiempo para prepararse en todas las dimensiones: laboral, familiar (despedirse, reconciliarse, hacer testamento, etc.) y también espiritual. Obviamente le será mucho más fácil abordar esas cuestiones cuanto mejor sea su estado de salud.

---

<sup>4</sup> L. TOLSTOI, *La muerte de Iván Illich*, VI.

## 3. SEGUNDA FASE: IRA

“¿Por qué yo?”. “¿Por qué no podía haber sido el viejo George?”. “No es justo”.

La realidad es implacable y el muro levantado en la fase anterior se acaba derrumbando. El paciente terminal asume que su situación es realmente grave y culpa a la familia, el médico, el sistema sanitario, la sociedad, etc. No prestaron suficiente atención a las primeras quejas, no fueron diligentes para iniciar las pruebas diagnósticas, no acertaron con el tratamiento adecuado... Una vez encontré la foto de una tumba cuyo epitafio mostraba a las claras que el pobre difunto había sido sorprendido en esta fase: “Ya os dije que estaba enfermo”.

En ocasiones la ira se manifiesta de manera más vaga, como un resentimiento hacia los que tienen salud, que pueden reaccionar sorprendidos: “¿qué culpa tengo yo de estar sano?”.

Según Kübler-Ross, en esta fase «la tragedia es quizá que no pensamos en las razones del enojo del paciente y lo tomamos como algo personal, cuando el origen no tiene nada que ver, o muy poco, con las personas que se convierten en blanco de sus iras. Sin embargo, cuando los sanitarios o la familia se toman esta ira como algo personal y reaccionan en consecuencia, con más ira por su parte, no hacen más que fomentar la conducta hostil del paciente»<sup>5</sup>. En efecto, lo peor que puede ocurrir es entrar en una “escalada simétrica de violencia” que acabe alejando a las personas justo en el momento en que más se necesitan.

En el fondo, el enfermo no está verdaderamente enfadado con ninguna de esas personas, aunque sus argumentos puedan sugerirlo. El paciente se rebela *contra la situación* y carga contra todo lo que tiene alrededor como un jabalí herido. Por eso habitualmente es preferible no justificarse ni razonar lo equivocado de las acusaciones (lo que no implica darle la razón). Es el momento de escuchar, de “hacer de esponja” de la angustia del otro (lo que implica que el familiar tenga un lugar donde “descargar” lo que ha absorbido). Puede ser oportuno reducir la duración de las visitas o espaciarlas, especialmente si se trata de personas que despiertan especialmente la agresividad del enfermo.

Sobre todo es crucial mostrarse empático. Qué distinto es decir en tono acusatorio: “no tienes razón, estás siendo injusto”, que afirmar: “veo que lo estás pasando muy mal; esta situación debe resultar muy dolorosa para ti”. Son modos de mostrarle que es respetado, cuidado, querido, que se aceptan sus sentimientos sin culparle por tenerlos.

---

<sup>5</sup> E. KÜBLER-ROSS, *Sobre la muerte y los moribundos*, p. 76.

En esta fase en que el paciente se ve emocionalmente desbordado por la enfermedad ayuda hacerle partícipe de las decisiones: le dará un mínimo de sensación de control. Por ejemplo, conviene acordar con él el momento y duración de las visitas de conocidos o de las consultas médicas. Aunque no tiene directamente que ver, creo que es aplicable una experiencia común en medicina paliativa con el uso de analgésicos: si en lugar de prescribir una pauta fija se le indica al paciente que regule la dosis él mismo en función de la intensidad del dolor, habitualmente acaban consumiendo menos medicación. Parece que la sensación de control disminuye o hace más soportable el dolor físico y el sufrimiento psicológico.

La ira puede ir también dirigida contra Dios: “¿cómo ha podido permitir esta enfermedad que no solo me afecta a mí, sino que deja desprotegida a mi familia?”. El creyente ve cómo se pone a prueba la solidez de sus convicciones: probablemente ha escuchado muchas veces que Dios es bueno, Padre providente, que «todas las cosas cooperan para el bien de los que aman a Dios» (*Rm* 8, 28)... pero quizá no lo tenía del todo interiorizado y se rebela. No se trata en estos casos de intentar “defender a Dios” o repetir “lo mismo de siempre”, algo que el sujeto podría interpretar como recetas precocinadas que ya han mostrado su ineficacia.

Un enfermo grave frecuentemente no está en condiciones de hacer grandes razonamientos... que quizá no sean necesarios: dejemos que vaya al Cielo –que es lo importante– con sus errores y allí se dará cuenta que sus juicios eran precipitados. Puede ser más eficaz aportar algún argumento positivo que llegue a su cabeza y a su corazón: “a pesar de todo, Dios es tu Padre y te quiere”, “Él sabe más, porque tiene la perspectiva de la eternidad; nosotros vivimos demasiado condicionados por el momento presente”. Retomaremos estas ideas en el último epígrafe del capítulo.

#### 4. TERCERA FASE: NEGOCIACIÓN

“Déjeme vivir para ver a mis hijos graduarse”. “Haré cualquier cosa por un par de años más”.

Se trata de una reacción similar a la de un niño que primero exige y luego pide por favor prometiendo un cambio de conducta. El enfermo puede tratar de negociar con el médico (donar su cuerpo, adquirir por fin hábitos de vida sanos, dejar de fumar) o más frecuentemente con Dios (ir a Misa todos los domingos, rezar, alejarse del pecado...). A cambio les pide algo más de vida o por lo menos una disminución del dolor o de la incapacidad.

Kübler-Ross manifiesta que «nos ha impresionado el número de pacientes que prometen “una vida dedicada a Dios” o “una vida al servicio de la Iglesia” a cambio de vivir más tiempo»<sup>6</sup>. Sin embargo, también comenta con cierta ironía que «ninguno de nuestros pacientes ha “cumplido su promesa”»<sup>7</sup>: si obtienen lo que pidieron, ni mantienen el cambio de conducta ni se conforman con el plazo solicitado.

Una primera respuesta por parte de médicos y familiares sería “hacer todo lo posible” por atender su petición, sin comprometerse a lo que es imposible asegurar. Pero la misma escucha comprensiva y paciente de esas peticiones tiene otro efecto beneficioso: ayuda a conocer las preocupaciones del enfermo: el futuro de su familia, remordimientos por el pasado, etc. Su sola verbalización ayuda a quitar miedos excesivos o irracionales y a proponer alguna solución. Por ejemplo, se le podría decir afectuosamente: “no te vas a perder mi boda: si no puedes acudir en persona, la verás mucho mejor desde el Cielo”, o “no es necesario que prometas a Dios que si te curas comenzarás a portarte bien, creo que lo que te pide es que lleves ahora con paciencia tu dolor”. Sobre todo estas conversaciones permiten afrontar uno de los mayores miedos, el de la soledad y el abandono: “pase lo que pase, estaré contigo”.

Se abre así la puerta a una nueva forma de relacionarse con Dios, más madura y desinteresada. La *negociación* que hay que fomentar con Dios se podría resumir de este modo: “dame fuerzas para soportar la enfermedad y te prometo que ya ahora haré lo posible para crecer en amor a ti y a los demás”. Ya lo decía san Agustín: «Dios no pide imposibles; sino que hagas lo que puedas, le pidas lo que no puedas, y Él te ayudará para que puedas»<sup>8</sup>.

## 5. CUARTA FASE: DEPRESIÓN

“Estoy tan triste... ¿por qué seguir luchando?”

La enfermedad sigue su curso y se hace evidente que las negociaciones han fracasado: Dios puede hacer milagros pero de hecho no siempre los realiza. Se suceden las hospitalizaciones, las operaciones, aumenta la pérdida de fuerza y la limitación de la autonomía... La relación con el cuerpo se hace distinta, casi conflictiva; hasta entonces había sido un fiel compañero pero ahora se empeña en hacerse notar. El adelgazamiento y

<sup>6</sup> *Ibidem*, pp. 113-114.

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 113.

<sup>8</sup> SAN AGUSTÍN, *Sobre la naturaleza y de la gracia*, XLIII, 50.

las percepciones somáticas pueden incluso dificultar que el enfermo reconozca *ese cuerpo* como propio.

De esta forma se llega a la fase de depresión. Kübler-Ross distinguía dos tipos: una reactiva y otra preparatoria. Es importante conocerlas, ya que su naturaleza es diversa y la actitud del personal sanitario y de la familia han de ser diferentes.

La *depresión reactiva* se debe a la pérdida de la imagen corporal, la autonomía y el rol social y laboral, así como la imposibilidad de seguir atendiendo a la familia, la conciencia de los proyectos inacabados, los objetivos no alcanzados, la culpa por los errores pasados, etc. Este primer tipo es el que más necesita del apoyo de los seres queridos, que pueden ayudar al enfermo a verbalizar los miedos, ver el futuro propio y ajeno con más objetividad, resolver en la medida de lo posible las causas de su preocupación, facilitarle que tenga el tiempo ocupado y se sienta útil y productivo en la medida que lo permita su estado clínico, etc.

Cuando el sujeto ha caído en una verdadera depresión no es fácil conseguir que mantenga un mínimo de actividades. Le será de utilidad que se realicen esas tareas con él, incluso pidiéndoselo como un favor (una especie de *chantaje emocional*). En lugar de decirle en modo imperativo: “tienes que salir”, puede ser más eficaz pedirle: “necesito que alguien me acompañe a hacer la compra, ¿podrías venir?” o “me apetece dar un paseo, ¿te importaría salir conmigo?”.

Evidentemente es fundamental el papel de los diferentes profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos, etc.), que además de tratar los síntomas directamente relacionados con la enfermedad estarán atentos a los aspectos subjetivos. En muchos casos será necesario iniciar un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

En esta fase puede aparecer no solo el deseo de morir cuanto antes, sino también la ideación suicida o –en países donde está aprobada– una solicitud de eutanasia. Recomiendo el libro *Seducidos por la muerte*, del doctor Herbert Hendin<sup>9</sup>, para encontrar sólidos argumentos al respecto. Me parece importante destacar que –dejando aparte la posibilidad de una depresión clínica, que debe ser adecuadamente tratada– hay que saber interpretar el *verdadero mensaje* que intenta transmitir el paciente. Detrás de un “no quiero vivir más” quizá haya un “no puedo seguir viviendo así” (con dolor, con soledad, con miedo), y detrás de una petición de “morir con dignidad” tal vez se oculte la petición de “vivir con dignidad”. Con frecuencia estas peticiones no se basan tanto en la situación actual cuanto en el miedo al futuro: al dolor, a ser abandonados, a depen-

---

<sup>9</sup> H. HENDIN, *Seducidos por la muerte*, Planeta, Barcelona 2009.

der de otros, a resultar una carga, etc. Hoy día se puede asegurar que la muerte no llegará entre dolores insoportables gracias a los avances en medicina paliativa y terapia de dolor (incluida la sedación en caso necesario). Más difícil es tranquilizar en lo referido a la pérdida de autonomía, como vimos al estudiar la tercera edad. Sin duda es uno de los grandes retos de nuestra sociedad y no se limita a la dimensión estrictamente médica.

Una segunda causa de afectación del estado de ánimo es la *depresión preparatoria*, debida a la conciencia de pérdida de la misma vida. A diferencia de la anterior se trata de una depresión *silenciosa*: no hay quejas ni lamentos porque es mucho más difícil verbalizar lo que se echa en falta. Según la psiquiatra suizo-americana, tiene una función propia: prepararse psicológicamente para la inminente muerte y abrir las puertas a la última fase, la aceptación.

La actitud de los familiares y del personal sanitario ha de ser distinta en este caso: no se necesitan palabras de ánimo, argumentos contra el pesimismo o mostrar todo lo que aún pueden disfrutar. Dicho con otras palabras: no es oportuno intentar que vea las cosas de otro modo; el enfermo tiene razón al sentirse así: está abandonando esta vida.

Ayuda mucho más permitirle que exprese su dolor y apoyarle de manera también *silenciosa* mediante la comunicación no verbal: actitudes, gestos y miradas. Los enfermos agradecerán que alguien se sienta a su lado dispuesto a escucharlos y respete su mutismo sin repetirles los motivos por los que “no deberían estar tan tristes”. Es igualmente importante respetar sus ganas de estar solos. ¿Cómo compatibilizarlo con un cariño, cercanía y disponibilidad que puedan apreciar? Tal vez haciendo visitas cortas y frecuentes limitadas a preguntarle: “¿Necesitas algo? Me voy a quedar un rato contigo”.

Otra de las características de esta etapa que destaca nuestra autora es que la dimensión espiritual de la persona suele hacerse más presente, pues comienza a ocuparse más de lo que le espera que de lo que deja atrás. Volvemos también sobre este punto en el último apartado del capítulo.

## 6. QUINTA FASE: ACEPTACIÓN

“Todo va a estar bien”. “No puedo luchar más, tengo que prepararme para dar el salto”.

Según Kübler-Ross, «si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina e inesperada) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anterior-

res, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad»<sup>10</sup>.

El objetivo de todo este capítulo es ofrecer instrumentos a familiares y médicos para que los enfermos lleguen cuanto antes a esta fase, que tiene también sus peculiaridades. En efecto, sería un error esperar que con la aceptación se normalicen las actividades y el estado anímico sea equivalente al que tenía antes de recibir el diagnóstico. «No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del “descanso final antes del largo viaje”, como dijo un paciente»<sup>11</sup>.

Esta fase culmina con lo que llamamos en el capítulo anterior el “desapego de esta vida”. A pesar de no encontrarse deprimido (no hay tristeza, llanto o desesperación) puede persistir una cierta apatía o indiferencia hacia el mundo exterior. Las cosas que antes le apasionaban (aficiones, intereses, su equipo de fútbol, incluso algunas dinámicas de la propia familia) pueden dejar de tener un impacto emocional apreciable. Las vive como si pertenecieran a otro mundo, y es que en efecto se encuentra psicológicamente cada vez más alejado de este.

También es frecuente que desee estar solo y se muestre menos comunicativo, pero no deja de necesitar y apreciar la cercanía de sus seres queridos: «puede hacer un simple gesto con la mano para invitarnos a que nos sentemos un rato. Puede limitarse a cogernos la mano y pedirnos que nos estemos allí sentados en silencio. Estos momentos de silencio pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido»<sup>12</sup>. Esa compañía le dará la seguridad de que hay muchas personas que le quieren, le respetan y le acompañan en su dolor; que su vida ha tenido sentido porque ha amado y ha sido amado.

En esta fase quien puede necesitar más ayuda es la familia. En las etapas anteriores se habrá desvivido para apoyar al enfermo y tratar de mitigar su sufrimiento. Una vez que este se muestra sereno, los familiares se encuentran con la calma suficiente para enfrentarse a la noticia: además de seguir atendiendo a las necesidades de su ser querido también ellos tendrán que superar las cinco fases del duelo. En efecto, ya hemos dicho que la doctora Kübler-Ross aplicaba su modelo también al duelo de los familiares e incluso a la asimilación de cualquier tipo de mala no-

---

<sup>10</sup> E. KÜBLER-ROSS, *Sobre la muerte y los moribundos*, pp. 147-148.

<sup>11</sup> *Ibidem*, p. 148.

<sup>12</sup> *Ibidem*, pp. 148-149.

ticia<sup>13</sup>. Por acabar con una sonrisa, así lo aplicaba a sus alumnos un experimentado y exigente profesor: “cuando he tenido que suspender a un estudiante, primero lo *niega*, pensando que he hecho mal la suma de las preguntas o le he dado la nota de otro; luego se *enfada* porque pregunté algo que no expliqué suficientemente o he sido demasiado severo; después viene a revisar el examen y trata de *negociar* para obtener un punto más aquí o allí o prometiendo que repasaré la materia en verano; posteriormente se *deprime* pensando que nunca será capaz de aprobar y tendrá que cambiar de carrera o de universidad. Pero finalmente la mayoría *acepta* que simplemente tiene que estudiar un poco más, dedica las horas necesarias y saca la asignatura sin mayores problemas”.

## 7. ACOMPAÑAR A UNA MUERTE CRISTIANA

El estudio de las fases del duelo nos ha ayudado a “entrar en la mente del enfermo”. Conocer este proceso, al igual que los aspectos médicos de su enfermedad, ayudará a acercarse a él con cariño y delicadeza, respetando sus tiempos. La perspectiva de Kübler-Ross está además explícitamente abierta a una visión trascendente del hombre y tiene en cuenta su dimensión religiosa de modo compatible con los distintos credos.

En este último apartado veremos algunas ideas para ayudar a *bien morir* desde una perspectiva específicamente católica. No repetiré contenidos que ya salieron en los apartados anteriores, como escuchar más que hablar; no intentar dar muchas explicaciones o *defender a Dios*, etc.

El concepto de Dios para un cristiano parte de dos premisas: es mi Padre y me ama. Se trata de realidades tan grandes que siempre permiten una mayor profundización; a la vez, también se pueden poner en cuestión ante situaciones de crisis, por ejemplo, ante la cercanía de una muerte inesperada que trunca el bienestar y los proyectos de futuro y trae dolor e incertidumbre a las personas amadas.

Para muchas personas se hace necesario un itinerario que san Josemaría describió así: «Escalones: Resignarse con la Voluntad de Dios: Conformarse con la Voluntad de Dios: Querer la Voluntad de Dios: Amar la Voluntad de Dios»<sup>14</sup>. Los dos primeros pasos (resignarse y conformarse) parecen evidentes, pero ¿se puede querer e incluso amar esa Voluntad cuando con-

<sup>13</sup> Para el luto ante el fallecimiento de un familiar son interesantes también las cuatro tareas que propone el psicólogo W. WORDEN (cfr. *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*, Paidós, Barcelona 2013): aceptar la realidad de la pérdida, elaborar las emociones y el dolor, adaptarse a un mundo en el que el fallecido ya no está presente y recolocar emocionalmente al fallecido.

<sup>14</sup> SAN JOSEMARÍA ESCRIVÁ, *Camino*, Rialp, Madrid 2006<sup>82</sup>, n. 774.

siste en abandonar precozmente esta vida? Sí, porque aunque la muerte produce un natural rechazo espontáneo, para alguien con fe supone el umbral para entrar en el Cielo, que es un bien mucho mayor que cualquier mal parcial (pérdidas, dolor, sufrimiento, etc.). Además, Dios es tan poderoso que de los males saca bienes, y de los grandes males, grandes bienes. Este razonamiento aporta serenidad, porque abre a la esperanza del gozo futuro.

Ahora bien, ¿tiene algún sentido lo mal que lo estoy pasando *ahora*? Para una reflexión antropológica y teológica profundas, recomiendo la Carta *Salvifici doloris* de san Juan Pablo II<sup>15</sup>. En los siguientes párrafos me limitaré a dar unas breves pinceladas que me parecen oportunas para la finalidad de este libro.

En primer lugar, el dolor es una consecuencia del pecado. No estaba en el designio originario de Dios al crear al hombre, sino que entró a raíz de la desobediencia de Adán y Eva (cfr. *Gn* 3, 16-19). Forma parte del castigo que toda persona debe asumir pero, he aquí una paradoja, no directamente en relación con sus propios pecados. El libro de Job nos lo muestra con gran dramatismo: en vista de las grandes desgracias que le afligen, sus tres amigos insisten en que debe haber hecho algo malo para merecerlas, pero Job no deja de afirmar que siempre ha caminado con rectitud ante Dios. La intervención de Yahveh al final del libro es doblemente sorprendente: en primer lugar, porque no responde al motivo de su sufrimiento, simplemente apela a su propio poder y sabiduría y pide al patriarca confianza y aceptación. El segundo motivo es que Job acaba recuperando la salud y los bienes que había perdido, lo que parece un retorno a la retribución en esta misma vida.

El misterio del dolor solo encuentra explicación mirando a Jesucristo, el verdadero justo, que asume el sufrimiento «hasta la muerte y muerte de cruz» (*Flp* 2, 8). De esta forma manifiesta su amor a la Voluntad del Padre (el escalón más alto que proponía san Josemaría) y también su amor a los hombres, a quienes rescató del pecado con su sangre (cfr. *Is* 53, 5). Al igual que con Job, no se nos desvela completamente el sentido del dolor; pero se nos confirma de manera definitiva que el dolor es compatible con el amor de Dios: Jesús nunca duda del amor del Padre ni deja de amarle.

El evangelio muestra incluso un sentido del sufrimiento que hasta entonces apenas se había intuido. Es san Pablo quien lo sintetiza con más claridad: «completo en mi carne lo que falta a los sufrimientos de Cristo en beneficio de su cuerpo, que es la Iglesia» (*Col* 1, 24). La identificación con los sentimientos de Cristo consiste también en participar

---

<sup>15</sup> SAN JUAN PABLO II, Carta Apostólica *Salvifici doloris*, 11 de febrero de 1984.

—cada uno con su propia vida— en la Pasión del Señor y contribuir así a la salvación de la humanidad siendo corredentores.

Estas breves líneas no ofrecen una explicación definitiva capaz de resolver cualquier género de incertidumbres ni eliminan el carácter misterioso del dolor. Pero creo que al menos encienden una luz: algo tendrá el dolor cuando ha sido el instrumento elegido por Dios para mostrar su amor a los hombres y salvarles. Como dice el Concilio Vaticano II, «por Cristo y en Cristo se ilumina el enigma del dolor y de la muerte, que fuera del Evangelio nos envuelve en absoluta oscuridad»<sup>16</sup>.

Mirar a Cristo sufriente tiene consecuencias mucho más directas para el enfermo de lo que parecería a primera vista. El propio Jesús tuvo antes de su Pasión su propia *fase de negociación*: en la oración en el huerto de Getsemaní rezó de esta forma: «Padre mío, si es posible, aleja de mí este cáliz; pero que no sea tal como yo quiero, sino como quieres tú» (Mt 26, 39). Comenzó apelando a la bondad del Padre y terminó aceptando confiadamente su voluntad. No hay, por tanto, que sorprenderse si nosotros, pobres criaturas, no solo negociamos, sino también nos enfadamos filialmente con Dios, para luego “hacer las paces” reconociendo que Él sabe más. Ante la enfermedad y el dolor la libertad a veces no consiste en elegir lo que haremos con nuestra vida, sino en la decisión de cómo vamos a afrontar lo inevitable.

La mejor ayuda para vivir cristianamente la enfermedad y la muerte será precisamente ponerse —o ayudar al enfermo a situarse— delante de Cristo, leer el evangelio y especialmente las escenas de la Pasión, preguntar a Jesús: “¿cómo pudiste soportar todo esto?, ¿podrías ayudarme a sobrellevar mi dolor?”. Será de gran ayuda la cercanía de un crucifijo; o mejor de dos: uno a la vista para contemplarlo desde la cama y otro en la mano para asirlo con fuerza cuando el sufrimiento físico o moral se haga más intenso. Situarse junto a la cruz de Cristo conlleva además un encuentro inesperado: allí está Santa María (cfr. Jn 19, 25), consolando a Jesús y a san Juan, y en este a cada uno de los discípulos amados de su Hijo.

Es necesario, por tanto, perseverar en la oración a pesar de que no se termine de comprender el porqué de la situación. Basta intuirlo y fiarse de nuestro Padre Dios. Para que el enfermo rece, lo mejor es rezar con él y darle intenciones para encomendar: será un modo de que se sepan útiles. Cuando estén muy incapacitados, las oraciones vocales sencillas como el rosario acompañarán las largas horas de inactividad exterior.

Algunos enfermos pueden sufrir en este momento una especie de crisis: “¿y si me hubiese equivocado? ¿Y si no hubiese una vida después de

<sup>16</sup> CONCILIO VATICANO II, Constitución Pastoral *Gaudium et spes*, 7 de diciembre de 1965, n. 22.

esta". Habitualmente no será una verdadera duda de fe, sino un cierto escrúpulo que se infiltra subrepticamente y se resuelve explicitando el deseo de estar con Él, de verle cara a cara. Otras veces puede reflejar una fe inmadura, no interiorizada, que se tambalea al ponerse a prueba. En uno y otro caso no suele ser momento de hacer grandes razonamientos, sino de abandonarse, humillando si es necesario la inteligencia y volviendo quizá a la fe ingenua de la infancia: «dejad que los niños vengan a mí y no se lo impidáis, porque de los que son como ellos es el Reino de los Cielos» (*Mt 19, 14*).

Conviene que las personas que tienen un contacto más directo con estos enfermos (familiares, capellanes de hospital, voluntarios, etc.) conozcan material adaptado a su capacidad y situación: libros, folletos, páginas de internet, etc. Las biografías suelen ser de gran utilidad porque no explican sino que muestran que es posible sobrellevar cristianamente la enfermedad, mueven la cabeza y el corazón a decir: "así querría yo morir".

Esto nos ofrece un sentido más del sufrimiento del enfermo: dejar a los seres queridos un recuerdo y un ejemplo. La propia Kübler-Ross dice que para muchos familiares que han acompañado a sus seres queridos hasta la fase de aceptación la experiencia resulta sorprendente, «porque le muestra que la muerte no es esa cosa espantosa y horrible que tantos quieren esquivar»<sup>17</sup>.

Viktor Frankl escribió que «en realidad no importa lo que esperamos de la vida, sino que importa lo que la vida espera de nosotros»<sup>18</sup>. De modo similar, al enfermo le servirá preguntarse qué espera Dios de él en su situación y centrarse no en lo que le hace el dolor, sino en lo que él puede hacer con su dolor, que es mucho para su propio bien y para el de muchas personas.

Todo lo dicho puede resultar muy bonito, ¿pero no es superior para las fuerzas de una persona normal? Quizá sí, por eso necesitamos una ayuda externa: la gracia divina que se nos ofrece en los sacramentos. Concretamente hay tres especialmente relacionados con este momento:

El primero es la confesión. Qué paz da saber que independientemente de lo mal que nos hayamos comportado en nuestra vida, Dios nos perdona siempre. Nunca es tarde para reconciliarnos con Él, y a través de Él hallar también la paz con uno mismo y con los demás.

En segundo lugar tenemos la unción de los enfermos, que conviene ofrecer tempestivamente al enfermo, sin esperar a una fase muy avan-

<sup>17</sup> E. KÜBLER-ROSS, *Sobre la muerte y los moribundos*, p. 149.

<sup>18</sup> V. FRANKL, *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona 2016<sup>3</sup>, p. 106.

zada de la enfermedad y sin arriesgarse a que pierda la conciencia. A veces hay temor a mencionar este sacramento, pero ocurre algo parecido a la comunicación del diagnóstico fatal: puede haber más miedo en el familiar que en el propio paciente.

Por último, la comunión, que para los enfermos terminales tiene un nombre específico: el viático, un alimento –que consiste nada menos que en el mismo Cuerpo de Jesús– para el último tramo del camino hacia el Cielo. Me contaban en una ocasión de una persona que acompañaba a su madre en el lecho de muerte y le dijo: “mamá, ¿tú crees que el Señor te acogerá enseguida?” (una pregunta, por cierto, muy poco oportuna en ese momento en que hay que transmitir seguridad, no dudas). Pero la madre tenía más sentido común que el hijo y le respondió llena de fe: “si yo le he recibido todos los días, durante tantos años, ¿cómo no me va a recibir hoy? Sí, me recibirá”.

## ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	9
1. Maestro, ¿qué debo hacer para conseguir la vida eterna? .....	9
2. La afectividad y su formación.....	10
3. Psicología y formación .....	12
4. Contenido de este libro.....	14
<b>I. PERSONALIDAD Y AFECTIVIDAD</b> .....	17
<b>¿QUÉ ES LA PERSONALIDAD?</b> .....	19
1. Noción de personalidad.....	19
2. Temperamento, carácter y personalidad.....	22
3. Rasgos de la personalidad.....	23
4. <i>OCEAN: el big five</i> de la personalidad .....	24
a) <i>Openness</i> o Apertura al cambio .....	26
b) <i>Conscientiousness</i> o Responsabilidad .....	26
c) <i>Extraversion</i> o Extroversión .....	27
d) <i>Agreeableness</i> o Cordialidad .....	28
e) <i>Neuroticism</i> o Inestabilidad emocional .....	29
5. El locus de control.....	29
6. Los mecanismos de defensa del yo.....	31
7. Aplicaciones a la propia vida y a la tarea de formación .....	32
8. Condicionados pero no determinados.....	34
<b>¿CÓMO VALORAR LA MADUREZ?</b> .....	35
1. A ver si maduras .....	35
2. Criterio cero: identidad .....	37
3. Primer criterio: extensión del sentido de sí mismo .....	38
4. Segundo criterio: relación emocional con otras personas .....	40
5. Tercer criterio: seguridad emotiva.....	42
6. Cuarto criterio: percepción realista, aptitudes y tareas .....	44
7. Quinto criterio: autoobjetivación, conocimiento de sí mismo y sentido del humor .....	45
8. Sexto criterio: filosofía unificadora de la vida.....	47
9. De la madurez a la identificación con Cristo .....	49

QUERERSE PARA PODER QUERER .....	51
1. ¿Dios, yo y los demás? .....	51
2. Cómo se origina el amor a uno mismo .....	52
3. Verse a la luz de Dios.....	56
4. Humildad y verdad .....	58
5. Dios, los demás y yo .....	60
QUÉ ES LA AFECTIVIDAD .....	61
1. Un <i>WhatsApp</i> de adolescente .....	61
2. Una posible definición.....	62
3. Limitaciones de la afectividad .....	64
4. El pecado original y sus consecuencias.....	65
5. Reparar la imagen de Dios.....	67
DESARROLLAR LA AFECTIVIDAD DESDE LAS VIRTUDES TEOLOGALES.....	69
1. Una propuesta entre tantas .....	69
2. Fe .....	69
3. Esperanza.....	74
4. Caridad .....	76
a) Si me falta el amor, no me sirve de nada.....	76
b) Querer y sentirse querido.....	77
c) Aprender a querer .....	78
5. Un terreno fértil .....	81
<b>II. CRECER POR DENTRO A LO LARGO DEL CICLO VITAL .....</b>	<b>83</b>
EL CICLO VITAL.....	85
1. Qué es el ciclo vital .....	85
2. Los estadios psicosociales .....	88
3. La teoría del apego .....	90
INFANCIA Y ADOLESCENCIA .....	95
1. El niño .....	95
a) Estadios evolutivos de la infancia.....	95
b) Orientaciones para los formadores .....	98
2. El adolescente .....	101
a) El eterno conflicto generacional.....	101
b) Delimitación de la etapa.....	104
c) Construyendo la identidad .....	106
LA EDAD ADULTA .....	111
1. El adulto joven.....	111
a) Delimitación de la etapa.....	111

b) La incorporación al mundo laboral.....	112
c) La formación de un nuevo hogar.....	114
d) La crisis de los 30 .....	114
2. La plenitud de la vida .....	117
a) Delimitación de la etapa.....	117
b) Los años 40: estabilidad vs. búsqueda de novedades .....	118
c) Los años 50: estabilidad sin rigidez.....	122
d) El síndrome del nido vacío .....	125
<b>MEJORAR EL CARÁCTER EN LA VIDA ADULTA: CUIDAR LAS RELACIONES ..</b>	<b>129</b>
1. La familia .....	129
2. El trabajo.....	131
3. Los amigos .....	132
4. Sin confundir y con una clara jerarquía .....	137
<b>LA TERCERA EDAD.....</b>	<b>139</b>
1. ¿Quién se atreve a marcar el inicio?.....	139
2. Delimitación de la etapa.....	140
3. Manifestaciones del envejecimiento.....	142
a) La necesidad de adelantarse .....	142
b) Cambios físicos y cognitivos .....	142
c) Cambios sociales.....	145
4. <i>Excursus</i> : cuando no hay jubilación.....	147
5. Prepararse para la vejez .....	147
6. Una etapa para seguir creciendo .....	149
7. Prepararse para dar el salto a la morada definitiva.....	154
<b>CUANDO EL FINAL SE ACERCA.....</b>	<b>157</b>
1. <i>On Death and Dying</i> .....	157
2. Primera fase: negación .....	158
3. Segunda fase: ira.....	161
4. Tercera fase: negociación .....	162
5. Cuarta fase: depresión.....	163
6. Quinta fase: aceptación .....	165
7. Acompañar a una muerte cristiana .....	167
<b>III. LA VIRTUD CRISTIANA DE LA CASTIDAD .....</b>	<b>173</b>
¿POR QUÉ VIVIR LA CASTIDAD?.....	175
1. ¿Por qué no puedo disfrutar del cuerpo como quiero? .....	175
2. La entrada en una nueva vida.....	176
3. Un templo para el Espíritu Santo.....	177
4. El sexo es bueno... vivido con orden.....	180

5. El desorden de la concupiscencia.....	181
6. La virtud de la castidad.....	185
7. Los medios tradicionales.....	187
8. Afectividad y castidad.....	193
<b>LA ADICCIÓN DEL SIGLO XXI.....</b>	<b>195</b>
1. El mundo virtual.....	195
2. ¿Vicio o adicción?.....	195
3. Adicción e internet.....	197
4. Un problema médico.....	199
5. Un problema social.....	202
6. Personas más vulnerables.....	207
<b>AYUDAR A VIVIR LA CASTIDAD.....</b>	<b>213</b>
1. Nuevas dificultades, nuevos medios.....	213
2. Un modo sano de usar internet.....	214
3. Personalizar la solución.....	220
4. La catequesis, el acompañamiento espiritual y la confesión.....	221
5. La ayuda profesional.....	225
6. La responsabilidad moral.....	232
<b>EL CELIBATO CRISTIANO.....</b>	<b>237</b>
1. Don y misterio.....	237
2. Afectividad y celibato.....	241
3. La afectividad de Jesús.....	244
4. Un celibato psicológicamente sano.....	246
5. Situaciones que requieren especial discernimiento.....	250
<b>IV. LA AFECTIVIDAD ENFERMA.....</b>	<b>257</b>
<b>LOS TRASTORNOS AFECTIVOS.....</b>	<b>259</b>
1. La enfermedad mental.....	259
2. La ansiedad.....	260
3. Tristeza y depresión.....	262
4. El estrés profesional o síndrome del <i>burnout</i> .....	264
5. Prevenir la patología afectiva.....	265
a) Un estilo de vida sano.....	265
b) Cuidar el descanso.....	267
c) Corregir las distorsiones cognitivas.....	270
d) Optimizar el tiempo de trabajo.....	271
e) Una vida de piedad a prueba de estrés.....	277
6. Cuando llega la enfermedad.....	280

LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	283
1. La personalidad y sus trastornos.....	283
2. La ayuda desde la tarea de formación.....	285
3. Clasificación de los trastornos de la personalidad .....	289
Grupo A: los excéntricos.....	291
Grupo B: los extrovertidos o egocéntricos.....	292
Grupo C: los introvertidos o ansiosos.....	295
4. La personalidad evitativo-dependiente.....	297
5. La personalidad obsesivo-perfeccionista .....	300
<b>EPÍLOGO</b> .....	305
<b>UN ESTILO FORMATIVO SANO</b> .....	307
1. Dos modos de formar .....	307
2. Los estilos educativos .....	309
3. La personalidad del formador .....	312
a) Personalidad madura y vida virtuosa .....	312
b) Mostrarse vulnerable.....	314
c) La formación del formador.....	315
d) Preocupación por la persona en su integridad .....	316
e) Respeto a la persona y a sus tiempos .....	328
f) Superar los propios fantasmas .....	320
4. Vale la pena .....	323
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	325
1. Bibliografía general .....	325
2. Personalidad y afectividad .....	325
3. Crecer por dentro a lo largo del ciclo vital.....	326
4. La virtud cristiana de la castidad.....	327
5. La afectividad enferma.....	328
6. Un estilo formativo sano .....	329