



**Sánchez-Guardiola Paredes, C.; Agueded-Ramírez, E.; Santos-Gómez, M. (2021).** Cómo gestionar el sufrimiento a través de la inteligencia emocional en enfermos crónicos y terminales. *Journal of Sport and Health Research*. 13(3): 525-542.

**Caso clínico**

**CÓMO GESTIONAR EL SUFRIMIENTO A TRAVÉS DE LA  
INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ENFERMOS CRÓNICOS Y  
TERMINALES**

**HOW TO MANAGE SUFFERING THROUGH EMOTIONAL  
INTELLIGENCE IN CHRONICALLY AND TERMINALLY ILL**

Sánchez-Guardiola Paredes, C.<sup>1</sup>; Agueded-Ramírez, E.<sup>2</sup>; Santos-Gómez, M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Investigadora de la Fundación para el Desarrollo de la Consciencia. Colaboradora de la Cátedra de Conciencia y Desarrollo de la Universidad de Granada (España)

<sup>2</sup> Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Granada (España)

<sup>3</sup> Departamento de Pedagogía, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Granada (España)

---

Correspondence to:  
**Carmen Sánchez-Guardiola Paredes**  
Facultad de Ciencias de la Educación.  
Universidad de Granada.  
Email: [carmengra@correo.ugr.es](mailto:carmengra@correo.ugr.es)

---

*Edited by: D.A.A. Scientific Section  
Martos (Spain)*



Received: 27/07/2020  
Accepted: 25/10/2020



## RESUMEN

El objetivo general de esta investigación ha sido analizar la relación existente entre inteligencia emocional (IE), bienestar individual y el manejo del sufrimiento en contexto, llevado a cabo, por enfermos crónicos y terminales. Se muestra la necesidad de gestionar el sufrimiento de forma multidisciplinar trabajando potencialidades individuales positivas a través de la IE como: la resiliencia, buena actitud, priorización de valores, etc. para alcanzar un mayor bienestar. Se ha realizado una investigación con una metodología cualitativa, siguiendo el enfoque de la historia de vida sobre el sufrimiento experimentado por cuatro enfermos crónicos, utilizando, como instrumento, la entrevista semiestructurada, para la composición de dichas historias, y, así, extraer y evaluar conclusiones aplicables en un tratamiento pedagógico. El método de investigación utilizado ha sido el fenomenológico, orientado al acercamiento a la realidad interna del individuo. El estudio fue llevado a cabo en hospitales de Granada (España). En los resultados, se extrajeron patrones recurrentes de gestión del sufrimiento mostrando correlaciones positivas entre la IE y el bienestar, el sufrimiento e IE y sufrimiento y bienestar. Estos constructos son de suma importancia para el manejo del sufrimiento y la mejora de estas personas.

**Palabras clave:** educación, problema social, inteligencia emocional, tratamiento, amor, esperanza, comunicación verbal, valores morales y sociales, aprendizaje informal.

## ABSTRACT

The aim of this research has been to analyse the relationship between emotional intelligence (EI), individual Well-Being and the management of suffering in the context of Chronic and terminal patients. It shows the need to educate suffering in a multidisciplinary way by working on individual positive potentialities through Emotional Intelligence (EI) such as: resilience, good attitude, prioritization of values, etc. to achieve greater well-being. A research with a qualitative methodology has been carried out following the focus of the life story about the suffering experienced by four chronic patients using as an instrument the semi-structured interview for the composition of these stories, and thus draw and evaluate conclusions applicable in a pedagogical treatment. The research method used has been the phenomenological one, oriented to the approach to reality, starting from the internal frame of reference of the individual. The study was carried out in hospitals in Granada (Spain). In the results, they were extracted recurrent patterns of suffering management showing positive correlations between EI and well-being, suffering and EI and suffering and well-being. These constructs are extremely important for the management of suffering and the improvement of these individuals.

**Keywords:** education, social problem, emotional intelligence, treatment, love, hope, verbal communication, moral and social values, informal learning.



## INTRODUCCIÓN

Dado que el sufrimiento es inherente al ser humano, trabajar para aminorarlo y obtener un mayor grado de bienestar ha sido dificultoso por la inadecuada gestión emocional de algunos pacientes. Para ello, se explora cómo lo perciben, manejan y de qué forma utilizan sus recursos individuales a través de la Inteligencia Emocional (IE). Según Vázquez y Castilla (2007) a través de la educación en IE, encontramos las herramientas para que el sufrimiento se integre como paso previo al crecimiento personal o CPT (crecimiento post traumático), “ya que está asociado a una adaptación psicológica con incrementos en el afecto positivo y en el bienestar psicológico” (p.398). Por tanto, el desarrollo de una IE sería la clave para lograr un equilibrio individual.

Mayer y Salovey (1997) definen IE como “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (p.10). Mencionamos a Goleman (1996), exponente representativo de este concepto, definiéndolo como aquella capacidad que tienen los seres humanos para tomar conciencia de nuestras emociones, comprender las de los demás, tolerar presiones y frustraciones laborales, competencia para trabajar en equipo y adoptar una posición empática que ayudará al desarrollo y éxito personal (p.54). Según Boyatzis (2017) se definió como el conjunto de habilidades/capacidades que tiene la persona y su autocontrol, la conciencia que tiene de los demás y como asume sus relaciones. Las capacidades emocionales no son innatas, se adquieren y perfeccionan en el curso de sus vidas.

El bienestar psicológico, como consecuencia de una IE desarrollada, está relacionado con la salud física, llamado también bienestar eudaimónico (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009). En su opinión, Vázquez y Castilla (2007) indican que el bienestar eudaimónico probablemente guarda relación “con mecanismos de regulación afectiva a medio y largo plazo a través de búsqueda de conductas súper vivenciales y de ajuste a las demandas del medio (ej.: dar sentido a la experiencia, buscar lo positivo de lo que nos sucede, efectuar ajustes de planes vitales, etc.”

(p. 389). Existe la posibilidad de que la enfermedad pueda ser un desencadenante inesperado de cambios positivos que afecten a las esferas emocional, intelectual y vital. Esto ha sido denominado búsqueda de beneficio frente a la adversidad o CPT definido según (Calhoun y Tedeschi, 1996 cit. por Vázquez y Castilla, 2007, p.392) como “el cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático”.

Con el concepto de manejo de sufrimiento analizado en las personas enfermas se relacionan estudios de autores como Bermúdez et al. (2003) en los que existe correlación positiva entre bienestar psicológico e IE. A mayor IE superior manejo de los eventos traumáticos. La psiconeuroinmunología ha corroborado que las emociones afectan al sistema inmunitario, ya que las emociones negativas tienden a debilitar las defensas de dicho sistema, mientras que las positivas lo aumentan (Bisquerra et al., 2010). Numerosos factores inhiben el funcionamiento del sistema inmune: el aislamiento social, los conflictos no resueltos, el estrés, las emociones negativas de miedo, angustia, desesperanza y, especialmente, las de ira, rabia y rencor. Cuando esto pasa el cuerpo suele mostrar indicios.

Bisquerra (2003) explica cómo “las aportaciones de la neurociencia han permitido conocer mejor el funcionamiento cerebral de las emociones. Ellas activan respuestas fisiológicas (taquicardia, sudoración, tensión muscular, etc.) que una vez producidas son difíciles de controlar, o la disminución en el nivel de serotonina puede provocar estados depresivos. Igualmente es interesante conocer el papel de la amígdala en las emociones” (pp. 28-29).

Los estudios de bienestar subjetivo, aportados por Argyle (1987), Diener (2008), Fordyce (1988), Myers (1992) y Veenhoven (1991, 1994, 1996), han relacionado el bienestar emocional y constituyen unos de los objetivos de dicha educación (Bisquerra et al., 2010 y Bisquerra, 2002).

A través de la validez del contenido de las entrevistas, se aprecia cómo el sufrimiento es individual y engloba todas las dimensiones personales, por tanto, debe ser tratado multidisciplinariamente. Así, se puede vincular la educación con el sufrimiento, ya que es educable (Jonas, 2010). Este estudio ha apoyado cómo se



produce o no el alivio del sufrimiento con la educación en IE a través del desarrollo de herramientas positivas como la aceptación, amor, esperanza, resiliencia etc., se alcanza una mejor gestión. En el lado opuesto, surgen variables (emociones negativas) como la no confrontación de la realidad, la resignación, el miedo, etc., que no ayudarían al correcto manejo del sufrimiento.

### ***Sufrimiento y dolor. Dos conceptos relacionados, pero diferentes***

Wierzbicka (2014) concluye que el dolor es universal, y por lo tanto, está codificado en todos los idiomas. De sus conclusiones se deduce que el dolor es un constructo objetivable, unitario y tipificable, es el resultado de una agresión o proceso y que suele responder al tratamiento con mayor o menor grado de éxito. Explica el "dolor" como un fenómeno unitario basado en "alguien siente algo malo", y tiene un prototipo corporal: prototípicamente, una mala sensación se localiza en una parte determinada del cuerpo (Wierzbicka, 2014, p.168). Bueno-Gómez (2017), plantea una definición del dolor que no se basa únicamente en una comprensión neurológica del mismo, sino que incorpora otros factores, como la conciencia cognitiva, la interpretación, las disposiciones conductuales, los factores culturales y educativos.

No ocurre lo mismo con el sufrimiento, que requiere un nivel de abstracción mayor que el dolor (Bueno-Gómez, 2017, p. 159). No es casualidad que tenga la misma raíz que el verbo transitivo sufrir, sinónimo de soportar. Además, en el caso del "dolor", hay una connotación semántica de "no quiero esto", mientras que, en el sufrimiento, la connotación, aunque también es de rechazo, contiene un componente cultural de soportar, aguantar, que no tiene "dolor".

De lo anterior, se concluye que el dolor y el sufrimiento están relacionados, pero son conceptos diferentes. El sufrimiento está más asociado con la conciencia, con la forma en que se vive el momento de dolor o enfermedad.

Se señala, por ahora, que puede haber dolor sin sufrimiento y sufrimiento sin dolor, entendiendo este último como el producto de no querer aceptar algo que ya ha sucedido y que es un hecho.

Hay pruebas empíricas de que el 43% de los eventos traumáticos son experiencias que enriquecen al individuo y favorecen el crecimiento personal (Middleton, 2016, p.138). Según Middleton (2016), aquellos que logran superar los eventos traumáticos experimentan un crecimiento personal. No se trata de resignación, ni de adaptación a las vicisitudes que plantea la vida. Es algo que tiene consecuencias directas sobre el bienestar personal y las relaciones interpersonales. Entender que el sufrimiento es un reto para las estructuras mentales preexistentes es asumir que las rutinas de percepción y comportamiento externo tienen que cambiar, para acomodarse a la nueva realidad y seguir creciendo con ella. Autores como (Hinton et al., 2012 y Kashdan, 2010, p. 330) definen que las herramientas con las que se cuentan son: la comprensión, asimilación, asunción de nuestras propias vidas, control de las emociones IE y flexibilidad mental. Ayudan a las personas a manejar la ansiedad y el trauma.

Es entonces cuando la vida se embarca en un nuevo curso de evolución centrándose en los valores prioritarios que produce la felicidad de cada individuo. El sufrimiento ya no es la clave, el objetivo ya no es luchar contra él, sino educar para aumentar el grado de bienestar, integrando ese sufrimiento como algo necesario en el aprendizaje. De acuerdo con Lewis (2013) se define flexibilidad psicológica como la capacidad de distanciarse de mentalidades actuales o habituales, y de considerar otras opciones. La mente flexible se acomoda al cambio, a la apertura de nuevas posibilidades. Así pues, no se solidifican las emociones negativas, ignorándolas, siguiendo adelante, no engrandeciéndolas. No se trata de reprimirlas sino de no asumir emociones dañinas. Esta noción de flexibilidad implica aceptación y compromiso.

Como argumenta Kongtrul (2009) "tener sentido no significa estar alegre todo el tiempo sino apreciar la naturaleza ilusoria de las cosas. El humor nos permite ver, en última instancia, que las cosas no tienen sentido. Lo único que tiene sentido es el dejar ir cualquier cosa a la que nos sigamos aferrando" (p. 131).

En autores como Gaudino et al. (2017), Godinho et al. (2017), Lima et al. (2016), Ohlén (2002) entre otros, se señala que existen pruebas empíricas de que los cuidadores que acompañan a los enfermos aumentan



su empatía, aprenden de la sabiduría del paciente, del sufrimiento de los demás y desarrollan un crecimiento personal. En este sentido, el cuidador debe aumentar su empatía, flexibilidad, sensibilidad, escucha activa y conexión con la persona. Estas actitudes son herramientas que alivian el sufrimiento de la persona enferma. De ahí la función educativa de los cuidados. La sabiduría del enfermo frente al sufrimiento, explícita o implícitamente, supone un cambio, tanto en la función de los cuidados como en la actitud de ser y mejorar como seres humanos.

Para llegar al conocimiento, la conciencia de nuestra realidad, la aceptación y el compromiso, Lewis (2013) expone que el sufrimiento es la actitud de la persona ante los problemas, no los problemas en sí mismos. Sufrimiento es igual a actitud. La realidad no es modificable, la felicidad no está en el exterior, está dentro de nosotros, en un entendimiento, en un cambio de actitud o de patrones de pensamiento. Afirma que el sufrimiento es una actitud "interior" de la persona ante las circunstancias por lo que concluye que lo que hay que modificar es el pensamiento sobre la situación (p. 326-328).

#### ***Diferentes terapias de aprendizaje que pueden aminorar el sufrimiento***

En este apartado se exponen diversas técnicas para gestionar el sufrimiento y obtener una mayor adaptación a la realidad.

Anteriormente, en Ohlén (2002) la "sabiduría" de la persona que sufre, implicaba un cambio positivo en ella misma y en el propio cuidador. Esta afirmación interconecta ideas con la técnica ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) en la que Páez (2007) muestra cómo el ser humano puede aprovechar lo que sucede cada día, aceptando los aspectos/valores que le ofrece la vida cotidiana, que son prioritarios para ser más feliz. Por consiguiente, se redefine el "valor" como el aprendizaje que da sentido a la vida, en el que deben integrarse aspectos positivos y negativos. Lo "negativo", como parte integrante del ser humano, coordinación en lugar de oposición. El sufrimiento (percibido como negativo y repugnante) es una fracción que se configura en el ser humano junto con los valores. Al superar la dualidad y no ver el sufrimiento como algo negativo, se asume que avanzar en esta terapia implica pasar por momentos dolorosos. Sin embargo, el sufrimiento no debe verse como un síntoma a erradicar, sino como parte integrante de un

todo que es pleno, fructífero y saludable, sólo si se asume en su totalidad. En ACT, los valores están siempre disponibles para dar sentido y vida a la conducta. Si están bien elegidos, la motivación del comportamiento se transforma, ganando así más coherencia y flexibilidad. La ACT como sistema terapéutico, sostiene la eficacia de la conducta, incluyendo su análisis (pensamientos, recuerdos, emociones o sentimientos) como esquema de estudio de los valores personales. El problema no es tener ciertos pensamientos, sino cómo reaccionamos a esos eventos privados. La ACT mantiene un concepto de salud psicológica y "los problemas no provienen de pensamientos negativos, sino que surgen cuando estos contratiempos privados adquieren un papel protagonista en el control y terminan siendo relevantes, culminan dirigiendo las elecciones de la persona estando en un segundo plano los valores fundamentales de este ser" (Páez-Blarrina et al., 2006, p. 9). Un valor se materializa en una meta y objetivo concretos a través de acciones específicas para avanzar hacia ellos, en ACT, valorar no es creer, pensar o desear, en ACT valorar es actuar.

El sufrimiento también se puede gestionar desde teorías cognitivo-conductuales eliminando las amenazas que el paciente percibe como tales mediante un trabajo personal sobre cómo dirigir y transmutar pensamientos negativos en positivos, todo este trabajo de autogestión de la conciencia se ha centrado en el desarrollo de recursos, habilidades que nos permiten afrontar la vida con garantía de éxito y encontrar la inutilidad del sufrimiento (Álava, 2003).

También sería muy eficiente aliviar el sufrimiento de forma holística a través de diferentes disciplinas, ya que el ser humano es multidimensional. Krikorian (2012) apoya esta terapia holística, ya que reduciría la mayoría de los niveles de ansiedad y depresión. Se necesitan personas empáticas para trabajar con los pacientes de manera holística como contempla Ohlén, (2002). No obstante, para Pocino et al. (2007) las personas han de ser tratadas en sus diversas dimensiones: emocional, cognitiva y afectiva, para mejorar su calidad de vida. No basta con reducir el sufrimiento a través de las ciencias biomédicas. La nueva estructura cubre no sólo la dimensión personal, sino también el nivel institucional. En este sentido, Londoño (2005) apoya el desarrollo de programas holísticos, incluyendo nuevas dimensiones, tales como



la sensorial, motivacional y evaluativa, en la que el paciente se involucra activamente, comprendiendo y haciéndose cargo de su propia vida. Las personas flexibles tendrían menos reactividad al dolor. El manejo y la aceptación del dolor es más efectivo que su rechazo e ignorancia. El objetivo fundamental de estas terapias sería aumentar la percepción del "dolor" como algo que puede ser tratado por el paciente, modificando las creencias, lo que influiría en la calidad de vida y bienestar.

Por último, destacar, una pedagogía que aborda el sufrimiento en el ámbito de la educación. La enseñanza y el aprendizaje de esta pedagogía llevarían a los pacientes a un mejor manejo y a una disminución o alivio del sufrimiento en sus situaciones personales, haciéndolos más resilientes. Jonas (2010), vincula la educación con el sufrimiento, por lo que el sufrimiento es entrenable y educable.

La intervención pedagógica estaría dirigida al manejo del sufrimiento ya que, como parece, es un constructo cultural, y responde a unos parámetros cognitivos que pueden ser moldeados, educados, reconceptualizados para obtener un mayor bienestar global, de forma independiente o, de forma paralela, al dolor que se está experimentando (Wierzbička, 2014).

El sufrimiento puede ser manejado a través de emociones positivas como la compasión. Algunos educadores tienden a aliviarlo aplicándola hacia el estudiante que sufre (enfermos en nuestro caso), pero la compasión es un arma de doble filo que debe ser utilizada apropiadamente (Jonas, 2010, p.45). Hace referencia a una compasión positiva (los educandos aprenden, tienen más éxito), y otra compasión negativa (experiencias negativas, luchas dolorosas y dificultades de aprendizaje). Sin embargo, hay que cultivar su uso razonable para hacer a los individuos más fuertes. En esta línea Jonas (2010, p.54) argumenta que: "la compasión es irreflexiva e involuntaria" negando la posibilidad de que pueda ser gobernada por la cabeza en lugar del corazón. Se deduce en esta pedagogía del sufrimiento, que la compasión positiva haría crecer al individuo, haciéndolo más sabio, resiliente y autónomo. Jonas (2010) define la compasión como "una poderosa fuerza educativa que conlleva un aprendizaje, ya que desarrolla el autocontrol del sujeto, lo hace más autodisciplinado, valiente y autónomo, es decir resiliente" (p.56).

En este sentido Cyrulnik (2018) muestra en sus investigaciones la importancia pedagógica de apoyar, enseñar, educar en la resiliencia, lo que repercute un mayor bienestar y alivio del sufrimiento.

Una vez expuesto el estado de la cuestión, el estudio propone una definición de sufrimiento o dolor no físico, visto como un fenómeno holístico y complejo de delimitar. Se trata de un fenómeno individual, inherente al ser humano, angustioso y agotador, basado en emociones y sentimientos negativos como dolor, miedo, resignación y no aceptación, que empequeñece al individuo, sintiéndose indefenso, incierto y triste. En contraposición, existen valores, actitudes, emociones y pensamientos positivos (aceptación, dimensión espiritual, amor, resiliencia, crecimiento, compasión, esperanza etc.) los cuales se pueden desarrollar para obtener un mayor grado de bienestar. Por tanto, el sufrimiento es educable.

Así pues, el objetivo que se buscado en esta investigación es analizar la relación existente entre inteligencia emocional (IE), bienestar individual y el manejo del sufrimiento en contexto, llevado a cabo en enfermos crónicos y terminales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio realizado queda enmarcado en una investigación de carácter cualitativo. Flick (2015) señala que las investigaciones de carácter cualitativo estudian los acontecimientos en su entorno natural, tratando de dar sentido a los fenómenos, o interpretándolos desde un punto de vista de los significados que les dan las personas. La metodología adoptada ha sido la aprehensiva, que implica la búsqueda de aspectos no evidenciables, donde la principal fuente de información proviene de la experiencia subjetiva de cada una de las personas hospitalizadas, objeto de estudio. Se pone de relieve sus vivencias, emociones y justificaciones/razonamientos ante situaciones complicadas en un determinado contexto, en este caso el hospital. Este método fenomenológico ayuda a profundizar en la experiencia microhistórica de la persona y a sacar conclusiones de sus actitudes y comportamientos ante el sufrimiento.

### *Población, muestreo y muestra*

Este estudio se ha efectuado con enfermos crónicos de hospitales de Granada (España), entre febrero a julio de 2016. En el hospital se ha realizado un muestreo de



selección directa e intencional, mediante el que se han vinculado a la investigación aquellos sujetos con mayor grado de soledad, siendo un tipo de muestreo incidental. La muestra participante fue de cuatro sujetos de diferente género, entre 41 y 80 años de edad, de diferentes ciudades de España y América como puede verse en la Tabla 1:

Tabla 1. Muestra

Sujeto	Enfermedad	Edad	Hospital	País
S.1	Craneotomía	41	X	América
S.2	Cáncer de próstata	65	X	España
S.3	Accidente cerebro vascular con tubo	50	X	España
S.4	Cadera rota	80	X	España

Fuente: Elaboración propia

#### *Técnica e instrumento de recolección de datos*

Las técnicas de recogida de información han sido:

a) Observación no participante. Se han observado en el hospital comportamientos cotidianos, silencios, miradas, atención a sus sentimientos, como percibían sus emociones, priorización de valores (alargar pensamientos positivos y regular estados emocionales negativos), acciones y recursos individuales que han empleado.

b) Entrevistas semi-estructuradas en profundidad, narración-biografía. La oralidad ha constituido la fuente principal de información.

Las categorías que figuran a continuación, emergen del marco teórico, una vez analizados los datos que han surgido de las entrevistas. Las categorías han servido para organizar los resultados y que su análisis sea más manejable.

- Dolor: se realizan preguntas sobre el umbral, la intensidad que cada persona percibe, causas del dolor, cuánto tiempo lo ha soportado y si necesita apoyo para movilizarse.
- Miedo: investigamos a qué le temen, qué temen perder, su intensidad, síntomas fisiológicos y cómo lo manejan.
- Resignación: qué sentimientos les hacen sentir así, si les aporta algo positivo o constructivo, si se sienten capaces de cambiar su actitud y si están satisfechos con lo que están viviendo.
- No aceptación: a qué no se enfrentan de su realidad, por qué no la aceptan, cómo pueden evitar el sufrimiento por lo que no aceptan, nivel de sufrimiento que la no aceptación produce en ellos.
- Aceptación: descubrir valores prioritarios, acciones valiosas, comportamientos positivos que fortalecen y dan sentido a sus vidas, luchas por adaptarse a su entorno, cómo se sienten.
- Dimensión espiritual: qué los acerca a la divinidad, a lo trascendental, qué creen y qué tipo de esperanzas tienen en una deidad, doctrina o enseñanza de una religión y si los ayuda a enfrentar la situación, si tienen o no fe y si genera paz o transforma su forma de vivir, pensar y sentir.
- Amor en la familia: dónde y con quién viviste de niño, si actualmente vives con o tienes el apoyo de un miembro de la familia o un ser querido, quién te ayudó a crecer y madurar, qué tipo de fortalezas se te transmitieron y si te sientes amado y aceptado por tu familia.
- Esperanza: qué tipo de planes y vida les gustaría realizar de ahora en adelante, si la esperanza mantiene su fe viva hasta que las cosas que creen o desean se cumplan y si tienen la expectativa de recibir lo que aún no ven.



Para la realización del análisis se ha utilizado la técnica de codificación, agrupando los datos en categorías y los elementos correspondientes, organizando así los diferentes relatos de los enfermos. En la selección de estas categorías se ha utilizado la

validez del contenido, ya que cada categoría se apoya en las definiciones de sufrimiento que se han expuesto. Las definiciones de cada categoría figuran en la tabla 2.

**Tabla 2.** Categorías y definición

Categoría	Definición
Dolor	Sensación objetivable, unitaria y tipificable, probablemente transmitida por fibras nerviosas especializadas e identificada por el paciente como de este tipo de sensación, ya sea agradable o no. (Lewis, 2016, p.105)
Miedo	Es un signo que indica una desproporción entre las amenazas que enfrentamos y los recursos que tenemos para resolverlas; es una emoción clave en nuestra supervivencia. (Adorna, 2015, p.90).
Resignación	Si me resigno, el dolor y el sufrimiento siempre permanecerán conmigo, quedo atrapado en la situación de la que me resigno, sintiendo lástima de mí mismo, sintiendo que soy víctima de la situación y sin hacer nada al respecto, ya que raramente me digo "esto es lo que hay, no puedo hacer nada". Me resigno. (Rizo, 2013, p.2).
No aceptación	Los problemas psicológicos no vienen dados por pensamientos negativos, tristeza, ansiedad, sino que surgen cuando adquieren un papel protagonista y terminan siendo relevantes y dirigiendo las elecciones de la persona, dejando los valores de la persona en un segundo plano. (Páez-Blarrina et al., 2006, p. 16).
Aceptación	El momento de éxito llega cuando no tienes que modificar la situación porque en su lugar has modificado tu pensamiento sobre la situación. (Lewis, 2013, p.326).
Dimension espiritual	Las personas viven su fe (sea cual sea) con fidelidad y paz, se traduce en menor estrés. Se debe a múltiples causas: tener un sentido en la vida, una comunidad de apoyo, propósito y objetivos... y la oración/meditación como mecanismo para lidiar con problemas y dificultades contribuye al ansiado equilibrio interior. Los efectos serán similares en la meditación budista, en mindfulness, en la oración cristiana, en la judía, siempre que se hagan con dos elementos: aceptación y abandono. Si uno pide exigiendo, implorando con angustia, más que aliviar genera mayor intranquilidad. (Danese, cit. en Rojas, 2018, p.169).
Categoría amor en la Familia	El amor es la única manera de llegar a las profundidades de la personalidad de un hombre. Nadie conoce la esencia de otro ser humano si no lo ama. A través del acto espiritual del amor se contemplan los rasgos esenciales de la persona amada; incluso su potencial, que aún no ha sido revelado. Más aún: a través del amor, la persona que ama permite al amado realizar sus posibilidades ocultas. El amor permite al otro realizar su potencial personal (Frankl, 2015, p. 139).
Categoría esperanza	El optimismo está relacionado con la esperanza. Consiste en conocer los pasos que debemos dar para alcanzar un determinado objetivo y tener la energía necesaria para hacerlo. La esperanza es una fuerza motivadora cuya ausencia conduce a la parálisis. La esperanza es crucial para todo aquel que asume un trabajo duro, y dado que las expectativas positivas pueden ser especialmente beneficiosas en los trabajos más difíciles, aprender a ser optimista puede ser una estrategia de trabajo muy gratificante (Goleman, 1999, p.184).

Fuente: Elaboración propia



### Procedimiento de la investigación cualitativa

Se ha procedido en tres fases:

1. Se solicitó la aceptación de la investigación a los responsables del hospital a través de una carta de consentimiento informado.
2. Se proporcionaron los pacientes, que debían formar parte de la muestra.
3. Se concertaron una serie de citas con ellos, como se muestra en las tres sesiones: 1ª. Se explica el proyecto de forma individual y la importancia de investigar el sufrimiento en contexto para encontrar causas, afrontarlo y gestionarlo individualmente. 2ª. La grabación de sus historias de vida se inicia mediante un cuestionario semiestructurado y su posterior

transcripción y análisis. 3ª. Complementan su información debido a la mayor confianza con fotos, etc.

### RESULTADOS

A través de la información obtenida, se han transmitido las historias de sufrimiento, percibiendo y conociendo cómo lo gestionan las personas. Se han abierto posibilidades para que el narrador se entregara al entrevistador y hablara de sí mismo. Se ha ido construyendo el diálogo y acceso a la subjetividad, dando lugar a las categorías reflejadas en la tabla 3.

**Tabla 3.** Categorías emergidas durante el análisis de los datos

Sujetos	Enfermedad	Dolor	Miedo	Resignación	No Aceptación	Aceptación	Dimensión Espiritual	Amor en la Familia	Esperanza
S.1	Craneotomía	Si	Si	A veces		Si	Si	Si	Si
S.2	Cáncer de próstata	Si	No	A veces	Si		Si	A veces	Si
S.3	Accidente cerebrovascular con tubo gástrico	No	A veces	A veces		Si	Si	No	Si
S.4	Cadera rota	Si	Si		Si		A veces	Si	No

Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos se han expresado en función de los objetivos expuestos con anterioridad.

Middleton (2016) considera que las experiencias traumáticas son desafíos a las estructuras preexistentes, son las experiencias de aprendizaje más importantes de la vida ya que nos obligan a reorientarla, a tener nuevas perspectivas. En esta reestructuración será necesario decidir cuáles son los aspectos más importantes en la vida de cada uno, los *primordial facts* (p. 141). Lewis (2013), también señala que hay constancia empírica de que aquellos pacientes que logran una mayor flexibilidad mental para superar los eventos traumáticos experimentan un menor nivel de sufrimiento. Cuando se refieren a "flexibilidad mental" (resiliencia), nos referimos a "individuos con una mayor capacidad para buscar formas alternativas de procesar la realidad, con menos rigidez de las estructuras cognitivas. Se ha observado

un alto nivel de sufrimiento en los pacientes. El sufrimiento no cambia nada externamente (*"Lloro, me quejo, quiero morir para no sufrir más, tuve que tomar decisiones antes y no esperar tantos años para cambiar mi situación de sufrimiento, hasta los seis años no me di cuenta de que tenía que separarme de él"* S-4). (*"Tenía cerdos, conejos. Yo quiero mucho a los animales, pero mi marido no, golpeaba a los animales, los castigaba mucho, y me dolía mucho, mi marido era muy malo. Ya no lo amaba, no sé si sigue vivo o dónde está. Ya debía estar muerto. No podía soportarlo*). Habría que ser conscientes de que todos debemos poner límites al sufrimiento tratando de modificar nuestra forma de pensar, basada en las creencias limitantes y actuando en la realidad, tomando decisiones y priorizando lo más importante (*"Dejé de sufrir cuando tomé las riendas de mi vida"*



*Lo denuncié y me divorcié porque lo estaba pasando muy mal, por eso no me importa si murió y no quiero saber nada" S-4). ("A veces mi energía baja, pero cuando me siento triste trato de distraerme con algo" S-1)*

### **O.E.1. (Objetivo Especifico 1). Explicar la gestión del dolor**

El dolor según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (cit. en Londoño (2005), se define como una experiencia sensorial y emocional displacentera asociada al daño tisular real o potencial. Esta incluye tres dimensiones básicas: sensorial, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. El hecho de que el dolor sea percibido por el individuo, cada cual tiene un umbral diferente, ello implica problemas metodológicos en su medición y evaluación. El dolor puede abordarse a nivel asistencial y no de forma preventiva.

Lo que todo médico ha de procurar es que los pacientes no se vayan con las manos vacías, que, si no se han curado, al menos se les haya consolado. Nunca la medicina clínica podrá eliminar completamente el dolor y el sufrimiento, pero puede ayudar a las personas a afrontarlo y, si esta tarea se hace correctamente, habrá hecho todo lo que puede pedírsele. En esa ayuda personal se ve el enfoque educativo y compasivo de gestión del dolor. (Callahan, 2004, p.16).

La mayoría de los sujetos se quejan y dan gran importancia al dolor físico, que les impide estar tranquilos (*"Ahora cada día tengo más dolor en el cráneo por la falta de hueso, me adelantaron la cirugía reconstructiva". "Siento mucho no haber podido escribir. Lo he pasado mal con los dolores de cabeza. El día 24 me operaron" S-1*). Están atenuados y limitados por los analgésicos y la medicación, esto es paliativo porque los dolores vuelven (*"la quimio me la ponen el próximo miércoles, lo que temo es que los dolores sean tan fuertes, que vuelvan las náuseas. Me duele el cuerpo, pero me meten calmantes y se me quitan... aquí estamos quejosos" S-2*). El dolor les incita a tener emociones desagradables como el miedo, la ira (*"¿No puedo estar del dolorcico que tengo!, claro es que de estar todo el día en la cama pues uno está incomodo! Sí, me rompí la cadera al caer de la cama. Es un gran dolor, vienen y nos sacan de la cama porque estamos agustico y nos meten en el sillón ahí" S- 4*).

### **O.E.2. Exponer la gestión del miedo**

El miedo es una emoción clave y fundamental en nuestro equilibrio interior y supervivencia. A veces es tan intenso que da un "golpe de estado", toma el control de nuestra mente y comienza a monopolizar nuestro comportamiento. En esos casos, la vulnerabilidad de la persona que sufre es grande y cualquier estímulo externo puede causar una reacción desproporcionada que altere química y fisiológicamente el organismo. Es en este ecosistema donde surge la ansiedad, el miedo patológico que nos bloquea y nos impide llevar una vida normal Rojas (2018). El miedo es descrito como la creencia de que algo malo les puede pasar (*"Puedo contraer osteomielitis y si me toca más hueso tienen que desecharlo. Estoy muy asustada, porque la infección es severa S-1*). Es un tipo de pensamiento negativo, que no aporta solución. Cuando guardan en sus mentes ideas negativas, su ilusión desciende (*"Estoy siendo fuerte, pero que va... esto es muy fuerte y hoy me siento sin energía" S-1*). Se vuelven susceptibles a la sugestión. No piensan con claridad. El miedo a la pérdida es la base de la angustia. Los seres humanos tenemos miedo de perder nuestras vidas y bienes materiales (*"Mi casa está cerrada. Pero yo tengo miedo, cuando llegue, a ver cómo está. Hay ocupas. Da miedo por si entran, la convivencia es fatal porque la gente de corazón, no hay. " S-3*). Si no podemos controlar algo, tendremos miedo.

### **O. E. 3. Mostrar la gestión de la resignación**

De esta manera, me esclavizo a la situación, me ato a ella, me bloqueo en mi vida, ya que creo que me toco vivir eso y no busco más opciones. Me resigno, (Rizo, 2013). Los pacientes muestran resignación, son incapaces de cambiar sus circunstancias (*"¿No tienen nada más que pescado por la noche y al mediodía? Llevo cuatro meses comiendo lo mismo. ¿Cómo es posible? Eso es lo que el doctor dijo que tiene que comer. ¡Bueno, ya está! S-2*). Si están resignados, significa que se están resistiendo: (*"No tengo suficiente fuerza, no tengo suficiente capacidad para manejar esto" S-2*) y están frustrados. Están cansados de luchar inútilmente para acomodar la vida a lo que quieren (*esos ocupas, ni limpian, ni pagan comunidad. Tienen la luz y el agua enganchadas. Trabajan pidiendo en las puertas de las iglesias y cada uno tiene un móvil... ¡viven mejor que uno! "No podemos hacer nada más, sólo resignarnos"*).



El camino de la liberación sería cambiar la concepción interna de la vida cuando las circunstancias son difíciles. La resignación sería la aceptación con paciencia y conformidad de una adversidad o de cualquier estado o situación perjudicial. Con la resignación uno sigue sufriendo, (*"Veamos qué ayuda me dan, en qué condiciones estaré cuando me vaya de aquí"* S-3), es una falsa aceptación. Hay retenciones y tiempo para reconocer los hechos.

#### **O. E. 4. Exhibir la gestión de la no aceptación**

En Páez-Blarrina et al. (2006) se muestra una terapia "opuesta" a la ACT, llamada Terapia de Evitación Experiencial (TEE). En ella prevalece la dualidad bueno/malo, sufrimiento/felicidad, generosidad/egoísmo, una noción excluye a la otra. Las TEE, asumen esta ingenua dualidad (Trastorno de Evitación Experiencial, ansiedad, depresión, falta de autoestima). El problema es que este patrón de evitación puede llegar a ser crónico, porque los intentos de control alivian momentáneamente el malestar, quedando el comportamiento de evitación reforzado negativamente. Esta conducta de evitación es incompatible con la realización de acciones valiosas para la persona (ACT).

La realidad de nuestros pacientes, es la que es, no depende de lo que sientan o piensen. No importa lo que hagan o no, vean o no, piensen o no, entiendan o no, ninguno de estos elementos modifica la realidad. (*"evade hablar de su enfermedad terminal, responder a preguntas sobre tu deterioro físico. Cuando habla por teléfono dice que está mejorando. Ahora toca recuperarse, punto, y a disfrutar de la vida"* S-2). La realidad no es cambiante, lo único que es cambiante es lo que sucede dentro del individuo frente a la realidad. Uno de los mayores desgastes energéticos se produce al luchar contra la realidad o no confrontarla, no ser consciente (*"Cuando has hecho una lucha en la que no has merecido perder, porque no has hecho nada para no perder, me parece muy injusto"* S-2). (*"¡ni postre ni na, no quiero comer, no, no quiero na coño!" me han llevado a pasear y lo único que me gusta es la cama y ya está, me van a trasladar a otro sitio peor!* S-4).

#### **O. E. 5. Describir la gestión de aceptación**

Según Páez (2007) aquellas personas que son capaces de poner en práctica la terapia ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso), que se centra en los valores o hechos prioritarios en la vida diaria de una

persona, evita mantener su foco en el sufrimiento. Cuando las personas aceptan la realidad de sus vidas, su enfermedad, se genera una nueva realidad, (*"Cuando me veo en el espejo con mi cara desfigurada doy gracias a dios por estar viva"* S-1), no era la vida de antes, ahora tienen una vida diferente. (*"Mi pareja y mi hija son mi gasolina, nunca fui tan feliz con ellos como ahora", es increíble cómo mi vida cambió"* S-1). Sólo cuando las personas cambian su interior generan una nueva realidad. Aprovechan la realidad como una oportunidad para trascender sus limitaciones y tener paz, (*"a veces pienso que pierdo las fuerzas y se me bajan las energías, pero siempre trato de distraerme con algo". Lo único que no me permito es deprimirme porque si no, no lo supero"* S-1), sus pensamientos son más positivos, se sienten útiles, felices, capaces de llevar una vida cotidiana digna y poder ayudar a los demás. Trabajan sobre sí mismos para alcanzar un mayor nivel de armonía (*"Llevo aquí 4 meses recuperándome del ictus fenomenal, gracias a dios. Soy fuerte y me ha dao, porque me ha dao y ya está, ahora pones de tu parte y ya está"* S-3).

#### **O. E. 6. Detallar la gestión del amor en la familia**

Álava (2003), define la empatía como la sensibilidad que engrandece al ser humano y acompaña a las personas auténticamente privilegiadas; personas capaces de sentir donde otros no llegan, pero también que saben actuar con la suficiente IE para no hundirse en un pozo sin fondo. La actuación de los familiares, cuidadores y la forma en que se relacionan con los enfermos suele ser con fraternidad, compasión, respeto y empatía. (*"Tengo familia, sí, en otra ciudad. No, mi cuñada no viene, no le dije que estoy enfermo. Se lo he dicho a un vecino. Tengo un hermano en X y los dos trabajan."* S-3). (*"¡Mi sobrina viene a saludarme! es la madre de mi niña, desde que nació, la he criado, le he dado biberones, ropa, me quiere mucho y yo también"* S-4). Esto conlleva resultados externos: calidad en las relaciones, mejor salud mental y adaptación al entorno (*"mi hijo viene a verme todos los domingos al hospital, trabaja en otra ciudad. Tengo dos hijos maravillosos. La mujer que tuve, se llamaba X, con la primera tuve a mi hijo, con la segunda tuve a mi hija. Ellas vinieron a verme"* (S-2). El sufrimiento ya no es la clave, sino el aprendizaje que extraemos de nuestro propio sufrimiento o del de otros. Este aprendizaje trae consigo más sabiduría: es la capacidad que desarrollamos para escuchar a las



personas y enfrentarnos con la realidad del sufriente, para poder enfrentar juntos momentos difíciles.

### **O. E. 7. Explorar la gestión de la dimensión espiritual**

La dimensión espiritual del ser humano posee un extraordinario poder sobre la mente y el cuerpo (Rojas, 2018, p.169). Los pacientes demuestran una dimensión espiritual, (*"hemos venido a la tierra para aprender lo que no sabemos exactamente, yo lo creo"* S-4). Algunos tienen fe en dios, es una creencia exenta de razonamientos y dudas (*"creemos que seremos eternos, que siempre estaremos en nuestros 20 años y te da algo y ahora que"* S-3). La mente de algunos pacientes acepta esa creencia, haciéndola realidad (*"Dios sabe lo que hace, tengo fe en él"* *"En realidad todo está en manos de diosito"* S-1). La fe les da una fuerza interior para enfrentar la vida y los problemas (*"¡Sr. X! Lo recuerdo con mucha fe y de todo lo que me decía, estoy mejor. Estaba al lado en mi habitación y era un predicador que hacía lo mejor para los demás"* S-2). La fe en algunos casos puede sustituir a la aceptación. Finalmente, algunos pacientes buscan técnicas para relajarse, meditar y conectarse con lo trascendental. Esta paciente muestra subliminalmente que hay acontecimientos en su vida que tienen que suceder forzosamente, no se pueden controlar. (*"depende de lo que diosito tenga preparado, "dios me ayuda en todo", siempre me protege, igual me da la enfermedad, que el coraje y la fuerza interior para superar los obstáculos". El resultado final se lo dejo a dios"* S-1).

### **O. E. 8. Indagar la gestión de la esperanza**

El prisionero que perdió la fe en el futuro, en su futuro, estaba condenado. Con la quiebra de la esperanza, faltaba la fuerza del asidero espiritual; se abandonaba y decaía y se convirtió en un sujeto aniquilado física y mentalmente (Frankl, 2015, p.103). Los pacientes han mostrado esperanza como un sentimiento positivo y constructivo (*"ojalá que dios me dé vida y podamos hacer una historia de todo esto". Llegó un momento en el que perdí la esperanza y le dejé todo a diosito"*). Les gustaba imaginar una situación de mejora o de bienestar, confiaban en que lo que esperaban sucedería, aunque fuera a largo plazo (*"por supuesto, quiero superar las cosas, ahora es el momento de recuperarse y disfrutar de la vida"*). Tenían una actitud optimista, aunque a veces se desesperaban si sus expectativas no se cumplían (*"Antes no podía*

*respirar, o estar sin oxígeno, pongo de mi parte todo el día me cueste o no. Cada día me cuesta menos. Grrrrr hablaba, sólo ruidos, ahora hablo algo. El primer día era nada"* S-3).

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Pese a que el sufrimiento es un ámbito escasamente estudiado, se acepta en diferentes disciplinas (Psicología, IE, Medicina, Enfermería o Filosofía). En Pedagogía ha encontrado más obstáculos para su desarrollo, no teniendo aún un área propia para aportar instrumentos. Sería un reto viable, un programa pedagógico desde un enfoque multidisciplinar que abordara el sufrimiento en el ámbito educativo, diseñando estrategias de actuación en contexto e integradas donde todos los actores sean protagonistas y agentes, introduciéndolo en el currículum escolar e implementándolo, dando un paso adelante, en la gestión de los hospitales y centros de salud. La enseñanza y el aprendizaje de esta pedagogía llevaría a las personas a una mejor gestión de sus emociones, sentimientos y mayor bienestar, convirtiéndolos en seres más resilientes. Se trataría de vincular la educación con el sufrimiento (Jonas, 2010).

Este estudio ha revelado que el sufrimiento es una experiencia compleja que involucra a la persona holísticamente y se ha apoyado que a través de las categorías como el dolor, el miedo, la resignación y la no aceptación no hay disminución del sufrimiento ni bienestar, es lo que llamaría Goleman (2003) "emociones destructivas". En el lado opuesto, al analizar las historias de vida, se concluyó que quienes tomaron conciencia, lograron aceptar, adaptarse y controlar la experiencia traumática, lograron un mayor bienestar. Categorías como la aceptación, el amor en la familia, la dimensión espiritual, la esperanza, una actitud positiva y la resiliencia sí reducen el sufrimiento, ya que se han considerado como emociones constructivas, paliativos, protección y cobertura. La dimensión familiar en el alivio del sufrimiento merece una atención especial, la cual ayuda a continuar los proyectos individuales, anima al enfermo a encontrar metas ajustadas a sus limitaciones actuales que den sentido a su vida, entendiéndola como un aspecto y condición existencial para cualquier persona, razonando y comprendiendo que el sufrimiento puede convertirse en una cierta forma de sabiduría. Por lo tanto, la IE puede ser de valor agregado en los resultados de salud en condiciones



crónicas. La evidencia presentada sugiere que las personas con menor IE pueden encontrar dificultad para superar la frustración y la incomodidad y, por lo tanto, tienen un mayor riesgo de deterioro a largo plazo. La capacitación y los planes de intervención psicosocial destinados a perfeccionar las habilidades emocionales (regulación de las emociones, posponer la gratificación, la planificación, etc.), pueden ser de valor agregado, Zysberg, Bar Yoseph y Goldman (2017).

Un bajo nivel de IE, mostró una baja autoestima y frustración por lo que refleja un estado insatisfactorio personal. Dicho hallazgo, en la misma línea que reflejan los estudios de Bisquerra et al. (2010) y Bisquerra (2002), ha demostrado que, en las aportaciones de la psiconeuroinmunología, un buen estado de ánimo incrementa las defensas del sistema inmunitario. Sin embargo, un estado de ánimo depresivo debilita las defensas.

El sufrimiento es individual, puede ser educable, se puede producir una transformación personal a través del desarrollo de la riqueza creativa interna que tiene el ser humano, apoyándose también en los demás, trabajando y poniendo en práctica herramientas de IE como: apoyo, enseñanza y educación; confianza en sí mismo; afecto, solidaridad con y para los demás; capacidad de recuperación; comprensión; asumir la propia vida; control de las emociones; focalización en los valores prioritarios que producen felicidad; desapego, compromiso y empatía; comunicación; sensibilidad; sabiduría y compasión positiva. Como señala Cyrulnik (2018) no hay una sola resiliencia, sino múltiples procesos, que demuestran la riqueza creativa de los seres humanos frente a las situaciones de adversidad. Algunos sujetos desarrollan naturalmente el proceso, otros necesitan ayuda a lo largo del camino, lo que concluirá en bienestar y alivio del sufrimiento.

En las historias de vida se refleja este conocimiento a lo largo de sus conversaciones, flexibilidad, apego, empatía, atención, compromiso y conexión entre todos estos factores. Como resultado, en aquellos que son más conscientes, comienza la transformación y perciben que la sabiduría es la capacidad de aprovechar lo que existe, sucede en el lugar donde estamos presentes, utilizándola para obtener un bienestar psicológico (termino preferible al de felicidad), ser abundantes y prósperos. Martin (2016)

define bienestar como “el resultado de la percepción sobre logros alcanzados en la vida y el grado de satisfacción personal con lo que se ha realizado, se está realizando o puede realizarse” (p.16).

Concluimos, que en las historias de vida se han verificado las diferencias entre el dolor y el sufrimiento, señalando que el dolor ha sido denominado por las mismas personas, como el que sus cuerpos sentían cuando se lesionaban o sufrían las consecuencias de la cirugía, los tratamientos paliativos, etc. El dolor es considerado como un mecanismo de defensa del cuerpo contra una agresión interna o externa, siendo paliado o aliviado por las drogas, como lo indica Londoño (2005). El hecho de que el dolor sea percibido por el individuo, corrobora que cada uno tiene un umbral diferente, lo que implica problemas metodológicos en su medición y evaluación. El dolor sólo puede abordarse a nivel asistencial y no de forma preventiva.

Referente a los objetivos propuestos, analizar la relación existente entre inteligencia emocional (IE), bienestar individual y el manejo del sufrimiento en contexto, llevado a cabo, por enfermos crónicos y terminales. se ha alcanzado dependiendo de la forma en que cada persona ha manejado su sufrimiento. Son procesos individuales de comprensión y trabajo interno. Se ha obtenido una información enriquecedora, gracias al testimonio de enfermos meditados por el sufrimiento. Hemos conocido y compartido sus realidades, así como sus diferentes formas de afrontar un grave problema de salud. El sufrimiento debería estar más asociado a la conciencia, a la forma en que se vive el momento de dolor o enfermedad. Consiste en lo que la mente (los sentimientos) siente ante lo que no puede tolerar, aceptar. El sufrimiento es un estado de la mente, del cuerpo o del espíritu (Wierzbicka, 2014). Una vez más, la aceptación aparece como un elemento clave, esta vez en negativo como la no aceptación, que precede y prepara de alguna manera el sufrimiento (en la conciencia). La intervención pedagógica (a través de la IE), estaría dirigida al manejo del sufrimiento ya que, como parece ser, es una construcción cultural, como tal, responde a unos parámetros cognitivos que pueden ser moldeados, reconceptualizados para obtener un mayor bienestar global, independientemente o, de manera paralela, al dolor que se está experimentando. Hemos observado en las entrevistas que el sufrimiento no modifica nada en el



exterior, sólo modifica el estado interior. El sufrimiento, como actitud mental o estrategia para enfrentar esas situaciones difíciles, es totalmente inútil. Hemos visto que ninguna persona ha logrado resolver ningún problema por medio del sufrimiento ante lo que le está sucediendo.

La experiencia total de la persona enferma abarca la ansiedad, la depresión y el miedo; la inquietud por el dolor que entristecerá a su familia y, a menudo, la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en la que apoyarse. El ser humano necesita cuidarse a sí mismo si quiere prolongar su existencia en el mundo, debe trabajar para la vida con una actitud resiliente de cuidarse a sí mismo y a los demás, de lo contrario terminará dañándose, disminuyéndose a sí mismo y destruyendo lo que le rodea. La curación es un arte que debe ser enseñada, educada; significa aliviar el dolor y apaciguar el sufrimiento, conseguir un mayor bienestar. Perfeccionar este arte sería un gran reto en los hospitales y centros educativos, nos permitiría entender el cuidado como una actitud para actuar después. Para cuidar de uno mismo es necesario aceptar al otro y a uno mismo. La dimensión del cuidado para manejar eficientemente el sufrimiento, establece relaciones de complicidad al tratar de ser empático y entender la historia de vida del paciente narrador. Mostrar que el manejo y la intensidad del sufrimiento es: individual, variable según la cultura, los valores que se priorizan según el mundo social y afectivo de cada persona en su entorno familiar. De la misma manera, influirán la actitud y las elecciones del individuo a lo largo de su vida, los sentimientos de pertenencia o desapego, los silencios, la falta de comunicación y las falsas ilusiones.

Nuestra sociedad vive generalmente de espaldas al sufrimiento de los demás. No nos preparamos para lo que un día ciertamente nos sucederá en algún momento, aunque temamos el dolor y el sufrimiento. Los hospitales carecen de medios para aliviarlos; todas las personas merecen una vida digna mientras existan. El dolor que experimenta un enfermo crónico o terminal va más allá del dolor físico y la persona que lo acompaña debe tener en cuenta los aspectos sociales, emocionales o espirituales.

Para ello, es adecuado implementar propuestas educativas tanto en el sector público como en el privado, ya que sería una forma viable de acceder a

ellas. El cambio individual y social debe ir de la mano de la renovación educativa y con ello la expansión y difusión de esta pedagogía de cómo manejar el sufrimiento. Se trata de un proceso continuo cuyo carácter es cualitativo y su sentido constructivo, basado en el reconocimiento de logros, potencialidades y habilidades, suponiendo un refuerzo para el trabajo diario y a la vez atendiendo las necesidades o dificultades para superarlas, para mejorarlas, a partir del refuerzo positivo y la priorización de los valores personales. Esto requeriría un alto nivel de compromiso a nivel educativo y social junto con una especial sensibilidad. Las personas son responsables de su propio progreso y éxito, ya que la educación debe servir para formar seres más conscientes, capaces de asumir y elegir sus propias decisiones de vida. Se trata de una pedagogía para la liberación del sufrimiento que se compromete con la sociedad, ya que el sufrimiento es inútil, como afirma Lewis (2013) el sufrimiento, como actitud mental o como estrategia para enfrentar aquellas situaciones de la vida que representen cualquier nivel de dificultad para la persona, es totalmente inútil.

Si trasladamos todo esto a la realidad de nuestros pacientes, podemos observar que cuando sufren, pierden muchas ilusiones, esperanzas y desperdician energía. No hay justificación para tanto dolor, incomodidad. El enfermo a menudo se siente aprisionado por su forma de ser y actuar, por sus nervios, por los errores que quiere evitar y que encuentra una y otra vez. Debemos aprender a vivir de forma positiva y entusiasmarnos por saber gestionar nuestros pensamientos y conductas, poner en práctica técnicas de autocontrol, aprender de otras personas con las que hemos compartido sus experiencias de vida y procesos de enfermedad, algunas de las cuales nos han dado las claves para no entender la vida como una tragedia, sino como un regalo lleno de oportunidades que debemos aprovechar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adorna, R. (2015). *El origen de la infelicidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer
2. Argyle, M. (1987). *La psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza Editorial.
3. Álava, M. J. (2003). *La inutilidad del Sufrimiento*. Madrid: La Esfera de los Libros



4. Álava, M. J. (2011). *Recuperar la ilusión*. Madrid: La Esfera de los Libros
5. Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43
6. Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla
7. Bolívar, A., Domingo, J., y Fernández, M. (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación*. Madrid: La Muralla.
8. Boyatzis, R., Goleman, D. y Mckee, A. (2017). *El líder resonante crea más*. Madrid, España: Debolsillo.
9. Bueno- Gómez, N. (2017). Conceptualizing suffering and pain. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 12, 7-11. Doi:10.1186/s13010-017-0049-5
10. Callahan, D. (2004). *Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
11. Cifuentes, R. (2011). *Diseño de proyectos de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Noveduc.
12. Cyrulnik, B., y Anaut, M. (2018). *Resiliencia y Adaptación*. Barcelona: Gedisa.
13. Diener, E. y Lucas, R. (2008). Personality and subjective Well-Being. In O. John, R. Robins, L. Pervin (Eds.), *Handbook of personality* (3ª Ed.). New York: Guilford.
14. Edo-Gual, M. (2015). Afrontar el sufrimiento y la muerte: desafíos para el cuidado en el siglo XXI. *Enfermería Clínica*, 25(1), 42-44
15. Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el modelo Salovey y Mayer. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19 (3), 63-93.
16. Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
17. Flores, R. (2013). From personal troubles to public compassion: charity shop volunteering as a practice of care. *The Sociological Review*, 62, 383-399.
18. Fordyce, M.W. (1998). A review of research on the Happiness Measures: A sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*, 20, 355-381.
19. Frank, A.W. (1995). *The wounded Storyteller. Body, Illness, and ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.
20. Frankl, Víctor E. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder Editorial, S.L.
21. Gaudino, R., Braband, B., y Rogers, A. (2017). Entering into suffering: Becoming a transformed and transforming healer. *Journal of Christian Nursing*, 34(1), 3–9.
22. Godinho, C., Lerch, V., Silva da Silveira, Devos, E. y Lima, G. (2017). El sufrimiento moral del enfermero docente de cursos técnicos en enfermería. *Revista Brasileira de Enfermagem* 70 (2), 301-317. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0185>.
23. Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós
24. Goleman, D. (2003). *Emociones Destructivas*. Barcelona: Kairós
25. Gustems-Carnicer, J., y Caterina, C. (2016). Virtues and character strengths related to approach coping strategies of college students. *Social Psychology of Education* 19, 77–95. [doi:10.1007/s11218-015-9305-y]
26. Jonas, M. (2010). When Teachers Must Let Education Hurt: Rousseau and Nietzsche on Compassion and the Educational Value of Suffering. *Journal of Philosophy of Education*, 44 (1), 45-60. Doi: 10.1111/j.1467-9752.2010.00740.x
27. Kongtrul, D.(2009).Have Courage and a sense of Humor. Boyce,B. (ed). *The Face of Fear:Buddhist wisdom for Challenging*



- Times* (pp. 129–136). Boston, MA: Shambhala.
28. Krikorian, A. (2012). Suffering and distress at the ‘end-of-life’. *Psycho Oncology*, 21, 799-808.
29. Lewis, C.S. (2018). *El problema del dolor*. Madrid: Rialp
30. Lewis, S. E. (2013). Trauma and the Making of Flexible Minds in the Tibetan Exile Community. *Ethos*, 41(3), 313-336.
31. Lima, C., Pereira, M.O., Araújo, D., Bacelar, H., Souza-Ramos, Fl. y Menezes, M. J. (2016). Moral Distress in Family Health Strategy: experiences expressed by daily life. *Journal of School of Nursing*, 50, 86-92. Doi : 10.1590/S0080-623420160000300013.
32. Londoño, C. Contreras, F., Delgado, G., Tobón, S. y Vinaccia, S. (2005). Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 10 (1), 25-31. Doi: 10.5944/rppc.vol.10.num.1.2005.3988.
33. Martín, V. X. (2016). *Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y significación vital en personas en situación de desempleo*. Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación Grado en Trabajo Social: Universidad de La Laguna. Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3815/bienestar%20subjetivo%2c%20bienestar%20psicologico%20y%20significacion%20vital%20en%20personas%20en%20situacion%20de%20desempleo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
34. Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En Salovey, P. y Sluyter, D. (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications*, (pp. 3–31). Nueva York: Basic Books.
35. Middleton, H. (2016). Flourishing and Posttraumatic Growth. An Empirical Tack on Ancient Wisdoms. *Health Care Anal*, 24, 133-147.
36. Myers, D. (1992). *The pursuit of happiness*. New York: William Morrow.
37. Ohlén, J. (2002). Practical Wisdom: Competencies Required in Alleviating Suffering in Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 18(4), 293-299.
38. Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia, S. y Luciano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1), 1-20.
39. Páez, M., Luciano, C y Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicosociología*, 4 (1), 75-95.
40. Pocino, M., Luna, G., Canelones, P., Mendoza, A., Romero, G. Palacios, L., Rivas, L. y Castés, M. (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4 (1), 59-73
41. Veenhoven, R. (1991). Questions on happiness: classical topics, modern answers, blind spots. F. Strack, M Argyle, y N. Schwarz (eds), *'Subjective wellbeing, an interdisciplinary perspective'*, (pp.7-26) London: Pergamon
42. Vidal, D. (2013). Aceptación o resignación? Recuperado de <https://www.doloresrizopsicologa.es/accion-o-resignacion/>
43. Rojas, E. (2011). *No te rindas*. Barcelona: Ediciones Planeta.
44. Rojas, M. (2018). *Cómo hacer que te pasen cosas buenas*. Barcelona: Espasa,
45. Rubio, J.L.y Puig, G. (2015). *Tutores de Resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
46. Saunders, C. (2016, 23 de noviembre). *Mujeres con ciencia*. Recuperado de <https://mujeresconciencia.com/2016/11/23/cicely-saunders-importas-ultimo-momento-vida/>



47. Tedeschi, RG., y Calhoun, LG. (1996). The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*, 9, 455-471
48. Vázquez, C., y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.
49. Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
50. Wierzbicka, A. (2014). "Pain" and "suffering" in cross-linguistic perspective. *International Journal of Language and Culture*, 1, 149-173. Doi: 10.1075/ijolc.1.2.02wie
51. Zysberg, L., Bar Yoseph, T., y Goldman, M. (2017). Inteligencia emocional y manejo glucémico en pacientes con diabetes tipo I. *Revista de Psicología de la Salud*, 22, 158-163. Doi: 10.1177/1359105315596373

