

En Torno del Dolor y del Sufrimiento

Dra. Elena Lugo, Ph. D.

Introducción

La prestigiosa entidad reguladora de las instituciones del cuidado de la salud estadounidense (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*) acaba de indicar que el control o manejo del dolor representa una prioridad en los próximos dos años (1998 – 2000). En este sentido propone:

1. Analizar las prácticas actuales en el manejo del dolor y estudiar las nuevas iniciativas para su control.
2. Analizar la literatura pertinente y entrevistar a los expertos de las “*clínicas para el control del dolor*” antes de diciembre (1998).
3. Implementar gradualmente las recomendaciones antes del año 2000 (cf. documento adjunto).

Una de esas recomendaciones merece nuestra atención particular: “*Proveer educación profesional en todos los niveles del manejo del dolor*”. En esta educación se incluye los aspectos éticos de la intervención o terapia.

Creo oportuno recordar que en un estudio reciente sobre los objetivos globales de la medicina, realizado por el Hastings Center, conocido pionero en bioética, se insistió en el “*alivio del dolor y del sufrimiento causado por el malestar*” como una de las justificaciones de la existencia de profesiones de la salud.

Se indica a su vez que el cuidado paliativo está en muy malas condiciones y que el alivio del sufrimiento recibe aún menos atención que el control del dolor. Un estudio de tres años de duración llevado a cabo por la Johnson Foundation (1997), conocido por las siglas inglesas SUPPORT (*Study to understand Programs and Preferences for Outcome and Risks of Treatment*) señala el uso insuficiente de intervenciones clínicas para el control del dolor, al igual que un descuido en la concepción del morir como proceso de dimensión personal, comunitaria y espiritual.

Un somero estudio de los documentos aquí citados permite apreciar diferentes interpretaciones en cuanto a la formación del profesional de salud y su relación con el paciente y su comunidad. Algunos médicos no reconocen el estado mental de sus pacientes y por tanto tienden a ignorar ese aspecto. No se ve al paciente como una persona que también busca sentido, rumbo y permanencia ante la experiencia del dolor y del sufrimiento. Incluso se llega a dudar de la existencia del dolor cuando el paciente narra su vivencia.

Muchos doctores tratan las condiciones psicológicas de sus pacientes con narcóticos, cuando lo oportuno sería la psicoterapia o un poco de empatía y misericordia cristianas.

Otro problema son los límites que deben respetar los profesionales de la salud a la hora de tratar de eliminar el sufrimiento o bien en qué consiste aliviar y buscar sentido para el sufrimiento sin proponer el suicidio médicamente asistido.

Es preciso reconocer que los pacientes terminales y aún los crónicos se hacen preguntas filosóficas sobre el sentido de la vida y de la muerte. Con cierta frecuencia los profesionales de la salud no están preparados académica ni espiritualmente para dialogar sobre los interrogantes existenciales. En este sentido D. Callaham afirma que su misión clínica es intervenir en caso de dolor sólo cuando este sea somáticamente verificable, pero no atender la ansiedad que el mismo pueda generar.

Este seminario no pretende resolver en toda su amplitud la problemática planteada. Para atender todos los casos hay que contar con largos plazos, coordinar las áreas sociales e institucionales y realizar un esfuerzo sostenido y hecho con convicción personal.

Sí, en cambio, podemos brindar un aporte para la formación ética del profesional de la salud, a fin de que adquiera una percepción más fina y una mayor orientación a la hora de interpretar el dolor y el sufrimiento y poner manos a la obra para aliviarlo.

La tarea no es fácil. ¿Por qué? Porque para controlar el dolor, las profesiones de la salud (la medicina en particular) se inspiran en un modelo biomédico de salud y enfermedad, en el que se acentúa la objetividad empírico – científica y la intervención técnica. Por otra parte, cuando se trata de aliviar o compadecer a la persona que sufre, nos parece adecuado el modelo psicosocial de percepción empática y comprometida con la persona concreta que sufre.

El juicio clínico debe incluir ambos modelos. Al finalizar la presentación introduciré el concepto aristotélico de frónesis (φρόνησις) clínica, a fin de conciliar las dos corrientes existentes en la formación de los profesionales de la salud: la corriente científico - técnica y la existencial. Ambas se hallan en una mutua relación de tensión.

La persona y el dolor

Tomemos como punto de referencia la persona misma, base y fundamento del discurso ético y cuyo bienestar es la razón de ser de las profesiones de la salud.

La persona se presenta como una unidad sustancial (esencia), y no sólo operativa (función), de dimensiones biológicas, psicológicas, sociológicas e intelectuales y volitivas que se integran admitiendo asimismo una dimensión *espiritual*.

La dimensión espiritual del ser humano

1. supone una búsqueda de objetivos que infundan sentido a la vida y la enriquezcan;
2. constituye una fuerza poderosa y determinante en el núcleo psíquico;
3. es impulso para vivir, ser libre, entender, gozar, crear, vincularse y trascender lo meramente individual.

Precisamente el aspecto de “*búsqueda de sentido*” constituye un desafío para el médico y su paciente que vive el dolor y sufrimiento. Se trata de buscar sentido en la creatividad (¿cómo configurar un plan de vida que incorpore el dolor - sufrimiento?). Se trata de buscar sentido en la experiencia (el dolor y el sufrimiento pueden fragmentarla). Se trata de buscar sentido en las actitudes (¿cómo interpretar de modo positivo el dolor - sufrimiento?)

De cara a la persona, la medicina en particular puede ser concebida como “*la ciencia y el arte de responder al dolor y el sufrimiento*”, aún cuando su meta final siga siendo promover la salud y la vida (Cassell, Loewey, Pellegrino).

Antes de exponer las responsabilidades éticas de las profesiones de la salud ante la persona dolorida y sufriente, es preciso acordar algunas definiciones y distinciones básicas en torno de lo que es dolor y sufrimiento.

Dolor

Se lo puede considerar como un concepto más restringido que se ubica dentro de otro más amplio que es el sufrimiento. Ahora bien, el sufrimiento puede suponer dolor físico pero también otras dificultades humanas de carácter económico, familiar, psíquico, social, etc.

No es de mi competencia exponer los aspectos neurológicos del dolor. Tan sólo puedo citar una definición que ustedes reconozcan como científica y clínicamente aceptable. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como: *una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño actual o potencial de un tejido.*

El dolor supone percepción y conciencia de un proceso neurológico o de una señal corpórea indicativa de algún quebranto, daño o enfermedad somática.

Crónico

Se acostumbra a distinguir entre dolor crónico y agudo. Por lo general el dolor crónico es de larga duración y sus efectos psicológicos (irritabilidad, depresión, aislamiento, etc.) son predecibles. No están indicados en este caso ni la cirugía, ni los narcóticos ni los relajantes musculares. El paciente se fatiga y se puede acentuar el sufrimiento ligado al dolor.

Agudo

En cambio el dolor agudo es de corta duración y su patología sirve de recurso para predecir su condición futura. En este caso están indicados la cirugía, los narcóticos y los relajantes. El paciente sufre pero sus expectativas psicológicas pueden ser diferentes de las del paciente con dolor crónico.

En el diálogo y deliberación entre médico y paciente es de suma importancia la cuestión del significado e importancia del dolor, de su interpretación (¿qué es y por qué?) y de su valor (¿para qué?).

Hasta aquí hemos presentado al dolor como categoría básicamente somática. El médico de competencia clínica objetiva mide e interpreta el dolor por vía de pruebas de laboratorios e instrumentos finamente calibrados.

Sufrimiento

Sufrimiento es un concepto muy amplio que abarca no sólo la reacción generalmente desagradable o negativa ante el dolor, la pérdida de una función, la crisis emocional, la inseguridad económica, la pérdida de orientación vital y la amplia gama de dificultades de la existencia humana.

En esta oportunidad me limitaré a exponer el aspecto del sufrimiento que está más íntimamente ligado a la experiencia de dolor corpóreo.

El sufrimiento resiste explicaciones fisiológicas y bioquímicas. Algunos lo llaman "*misterio*" que trasciende el orden empírico y las destrezas ordinarias del profesional clínico ante los problemas.

De cara a este misterio, los médicos pueden asumir actitudes como las siguientes:

1. Ignorar el sufrimiento considerándolo aclínico.
2. Asignar responsabilidades a otro profesional, a la familia o a un ministro religioso.
3. En caso de definirlo como problema "*clínico*", lo reduce a datos empíricos.

Sería oportuno que estos médicos, siguiendo al filósofo Gabriel Marcel, aceptasen el misterio; que interviniesen para controlar el dolor aplicando una terapia científicamente sustentada, pero complementada por la empatía, la compasión y el cuidado paliativo.

Aún si la esencia del sufrimiento supera nuestra comprensión, podemos entender algunas de sus características existenciales:

1. El sufrimiento significa un desafío a la confianza básica en la vida en cuanto proceso coherente y consistente.
2. El sufrimiento se experimenta como la intromisión de algo extraño y ajeno al propio ser.
3. El sufrimiento suscita el anhelo de hallar una explicación y un significado del mismo, de aceptarlo como inherente a la existencia humana.
4. Normalmente el sufrimiento despierta o agudiza el anhelo humano de trascender el orden natural.

La experiencia clínica muestra que a menudo la persona enferma y con dolor sufre, y que tal sufrimiento puede asumir diferentes formas: sensación de

aislamiento, pérdida de armonía psicosomática, incertidumbre, carencia de libertad para actuar, desintegración del universo cotidiano, dudas ante el futuro, atención reducida o enfocada en el presente con atención particular sobre el cuerpo o zona dolorida, desconfianza ante el cuerpo que, de alguna forma, lo ha traicionado.

En suma, el sufrimiento puede entenderse como un estado específico de malestar severo inducido que acarrea pérdida de integridad, coherencia y sentido de totalidad y autopertenencia. Es evidente que el sufrimiento sólo es posible para quien es *persona*.

Recordamos que *ser persona* representa una unidad sustancial de corporeidad, sentido de un "yo", historicidad propia, conjunto de creencias e ideas, tendencias subconscientes, vínculos personales, pertenencia a una cultura y a un ambiente, y anhelo de espiritualidad.

El sufrimiento se produce cuando se padece un quebranto o una interrupción imprevista e inexplicable de algún aspecto de los que hemos mencionado y que configuran la unidad sustancial de persona.

El sufrimiento es una experiencia universal pero, en cuanto acontecimiento o suceso, es único e individual, desafía las metas y propósitos personales, puede conducir a un conflicto con uno mismo y con frecuencia genera un sentimiento de abandono.

Cada individuo responde al sufrimiento de acuerdo a su historia personal, cultural, social y étnica, tradición religiosa, valores y circunstancias personales. Puede verse a sí mismo como víctima de una discriminación, confrontado con lo absurdo de la vida o bien - si es cristiano - como favorecido por la Providencia Divina.

La relación del médico con el paciente que padece dolor y sufrimiento

¿Cómo ha de ser la práctica clínica a la hora de abordar el sufrimiento? Recordemos que hemos llamado "*misterio*" al sufrimiento. De ahí entonces que el hecho de aceptarlo pueda exigir del médico ciertas virtudes difíciles de promover en un ambiente científico - técnico.

1. Es preciso fomentar *la valentía* en el sostenimiento de las convicciones personales, la perseverancia, la autoeducación en cuestiones existenciales.
2. Por otra parte, para llevar a cabo el proceso del consentimiento ilustrado resulta clave no sólo poseer una mera destreza de comunicación sino *respeto* por la persona del sufriente. Una red de apoyo técnico, psicológico, moral y espiritual facilita la perseverancia ecuánime y efectiva en el cuidado del paciente que sufre.

3. Ante el paciente, el médico ha de cultivar la *empatía*. Se trata de un modo reflexivo e interpersonal de conocimiento. En virtud de la empatía uno comparte hondamente y comprende el estado psicológico momentáneo de otra persona. Supone la capacidad de aceptar y apreciar la vida afectiva de otros manteniendo a la vez el sentido del propio yo para que se produzca una experiencia cognoscitiva.
Gracias a la empatía de un médico o profesional de la salud, el paciente puede sentirse reconocido y aceptado como persona individual y estimulado en lo que hace al respeto de sí mismo. Quizás el paciente experimente el deterioro de sus funciones, la desintegración de su vida, el aislamiento y desee guardar silencio. El médico ha de respetar el silencio, pero brindar su compañía. Quizás el paciente experimente más adelante determinada incapacidad y tome una posición pasiva y depresiva. El médico puede animar entonces con la palabra esperanzadora, pero a la vez honesta y veraz. Quizás el paciente recupere el autocontrol de su cuerpo, las emociones y se adapte a las circunstancias. Aquí el médico contribuirá a una reconfiguración de la vida a partir del sufrimiento.
4. Por vía de la *conversación o deliberación* compartida el médico puede iniciar la apertura hacia el paciente, disponerse a ver y escuchar al paciente desde su perspectiva.
5. La *introspección* es condición para la empatía. Mediante ella el médico capta el significado del sufrimiento en su propia vida y se puede imaginar el mundo interior del otro. Así podrá centrar su atención benévola y reverente en el otro que sufre. De ese modo procurará activar los recursos espirituales del afligido y fomentar el desarrollo de los mismos.
6. Es necesario insistir en el *carácter religioso* de los recursos espirituales que permiten interpretar al sufrimiento en un sentido positivo o al menos esperanzador. Teológicamente hablando, podríamos indicar varios sentidos del sufrimiento:
 - 6.1. El sufrimiento es resultante del pecado y, por lo tanto, un modo de restaurar el orden justo alterado.
 - 6.2. Es recurso educativo para la purificación ascética.
 - 6.3. Es sacrificio por el bien común de la familia de Dios.
 - 6.4. Se sufre a causa del mal y el caos en el universo. Ese sufrimiento nos lleva a depender de la Providencia Divina.
 - 6.5. Es un acontecimiento misterioso e inexplicable que nos une a Cristo Redentor.

Relación médico - paciente en el contexto hospitalario

Una institución que ignora, evita o de algún modo niega el dolor y el sufrimiento en el paciente, puede generar aislamiento, apatía e inseguridad en dicho paciente, lo que reducirá la eficacia del cuidado y a veces hasta la cura clínica. Influirá asimismo sobre los proveedores del cuidado, quienes menospreciarán entonces el apoyo espiritual y psíquico necesario para perseverar en la empatía y la compasión.

Sugerencias prácticas

Paso a ofrecer algunas sugerencias que surgen de trabajos empíricos hechos con criterios científicos:

1. Proveer un lugar privado y correspondientemente equipado y decorado para la interacción personal, particularmente cuando haya que dar noticias tristes.
2. Tratar con sensibilidad al paciente dolorido o sufriente y colocar personas profesionalmente formadas para asistirlo. Propongo que sean personas formadas con rigor científico pero sin represión emocional, vale decir, capacitadas para la empatía, compasión y misericordia, y suficientemente sólidas como para no abandonarse a la frustración o la formulación de juicios críticos probablemente injustos para con quien sufre.
3. Aceptación, en el plano del grupo interprofesional, de las reacciones diversas de los pacientes ante el dolor y el sufrimiento:
 - 3.1. Negación, escape, aislamiento e incluso rencor.
 - 3.2. Acusación de otros y lamentación crónica.
 - 3.3. Aceptación inicial de la información e interpretación personalizada y contextualizada según la cultura y nivel socioeconómico.
 - 3.4. Reconocimiento abnegado del dolor y del sufrimiento.
 - 3.5. Inicio de una reconfiguración de la vida basándose en la aceptación.
4. También a modo de grupo o red de apoyo interprofesional, es conveniente dispensar al paciente el acogimiento personal necesario para que éste proyecte su reacción emotiva: llanto, risa, lamento, etc., y ensaye la reorganización del yo fragmentado.
5. Proveer y enseñar técnicas de relajamiento u otras psicoterapias.
6. Facilitar la toma de decisiones, recurriendo particularmente al comité de ética institucional:
 - 6.1. Interpretando con el paciente (diálogo - modelo deliberativo) sus opciones a la luz de sus valores.
 - 6.2. Explicando los principios éticos y fortaleciendo las virtudes del paciente.

- 6.3. Deliberando críticamente para asesorar, aconsejar, evaluar y recomendar opciones al paciente y a su familia, a fin de reinfundir sentido a la vida y restaurar la vivencia comunitaria.

En cuanto a las responsabilidades compartidas entre las profesiones de la salud ante el paciente dolorido y afligido:

1. Contrarrestar el aislamiento del paciente mediante la compañía y cercanía personales.
2. Ser testimonio del sufrimiento concreto mediante la compasión fundamentada en la empatía, y contribuir a la autoestima del paciente.
3. Fortalecer al afligido en el abordaje de su dolencia y angustia para contribuir a la integración de sí mismo como persona.
4. Insistir en el respeto y la reverencia ante el dolor y el sufrimiento. Constituir de este modo *una comunidad solidaria de cara a la condición humana universal y en apertura a la trascendencia espiritual* (E. Loewey). Como diría E. Levinas, *“la vida ética se inicia cuando la persona, liberándose de la fuerza centrípeta que lo impulsa hacia la individualidad, necesidades, intereses y valores propios, emprende el camino hacia el prójimo. Ese camino comienza a recorrerse cuando se es capaz de apreciar también la vulnerabilidad del otro.”* En este sentido, Max Van Mallen escribe: *“Cuando veo al otro como una persona que puede quebrarse, angustiarse, padecer dolor, sufrir... me abro entonces al ser esencial del otro... Es la experiencia del desprendimiento de sí mismo y de sentirse responsable por el otro”*¹. Al reconocer mi yo como ser único y capaz de sufrir y también al prójimo como persona única y vulnerable al dolor y al sufrimiento, surge una responsabilidad que, más que un imperativo categórico del deber, es una llamada al *amor misericordioso*. El amor misericordioso es mucho más que la profesionalización de las virtudes de la empatía y de la compasión. Más bien se funda en una espiritualidad o encuentro personal del profesional con su propia autenticidad, lo cual supone una dimensión explícitamente religiosa.

Reflexiones sobre la educación del profesional de la salud

El dolor y del sufrimiento deben ser atendidos con competencia profesional, científica y técnica; pero asimismo con sensibilidad y compasión empática. Para ello se necesita una educación multidisciplinaria en ética clínica.

Recientemente han surgido corrientes críticas en relación con la ética médica deductiva – teórica y con la ética del principalismo (en la versión de Childress y

¹ Citado por Dixon, K.M., “The quality of mercy”, en: **The Journal of Clinical Ethics**, otoño de 1997, pág. 291.

Beauchamp). Se las acusa de no tener la suficiente sensibilidad ante la vivencia concreta y específica del paciente. Ya en otro artículo he criticado a la ética médica casuística por conducirnos a la incertidumbre del relativismo.

Tampoco resulta suficiente el añadido de una serie de métodos de reflexión ética con ricos matices psicosociales, tales como los cultivados en las llamadas ética comunitaria, ética del cuidado, ética narrativa, ética feminista y ética de la autenticidad.

A modo de anticipo de un estudio posterior, propongo una ética clínica regulada por la frónesis aristotélica - tomista. Se trata de un tipo de racionalidad más amplia, rica y compleja que la racionalidad instrumental de carácter científico - técnica (praxis médica) y que la racionalidad formal de la filosofía teórica.

La frónesis clínica mantiene la objetividad y distancia clínicas inherentes a las funciones de cálculo, predicción y eficacia del diagnóstico y pronóstico médico, pero no presenta a estas como finalidades en sí sino como recurso al servicio de las metas de la medicina (*arte y ciencia del dolor y del sufrimiento*, entre otras que no hemos destacado en esta presentación).

La frónesis clínica supone conocer al paciente como persona, para así interpretar los datos clínicos en el contexto específico de sus vivencias.

Naturalmente se ha de establecer un diálogo continuo con la *persona* del paciente, es decir, establecer una interacción comprometida en el ámbito interpersonal.

Este método de la ética clínica (frónesis) representa una dinámica de mutua interrelación entre, por un lado, conceptos, principios y reglas (carácter universal) y, por otro, circunstancias, vivencias y particularidades (carácter individual). A partir de esta dinámica se genera el encuentro clínico como núcleo de la gestión médica en sí.

Más que un suceso o evento, el encuentro clínico es un proceso que incorpora el método del diálogo-narrativa, tan popular en círculos hispanos. El médico debe mostrarse atento, receptivo y respetuoso, procurando interpretar el significado de la vivencia del paciente en las coordenadas de espacio y tiempo.

Para lograr esa empatía o estado de misericordia (E. Levinas), el médico debe reconocer su propia fragilidad, vulnerabilidad y mortalidad. Estas constituyen una condición humana que comparte con el paciente - persona. La interrelación entre introspección propia y acto compasivo contribuye al fortalecimiento y recuperación del paciente y a un fortalecimiento del profesional en el área del cuidado.

En el marco de la frónesis clínica, ¿cómo es la presencia del médico ante el paciente con dolor y en sufrimiento? El médico o profesional de la salud es una presencia inmediata, alerta, vulnerable, receptiva y disponible; es un participante con empatía y responsabilidad en su competencia profesional. Esa presencia y participación no equivale a una identificación sentimental ni es un ejercicio intelectual de empatía, sino una acción de misericordia ejecutada con plena eficacia y rigor científico y técnico.

A su vez la interacción no se basa en destrezas de comunicación aplicadas mecánicamente, sino que supone una interpretación dialogada que se obtiene mediante una conversación respetuosa, veraz y confidencial.

Apéndice I

Paciente moribundo: dificultades en la toma de decisiones al final de la vida

Considero que existen dos aspectos culturales que dificultan las decisiones al final de la vida:

1. Una *compleja tecnología* capaz de sostener y extender las funciones de los órganos del cuerpo humano pero con frecuencia en desmedro de la aceptación y cuidado de la persona próxima a morir.
2. *Negación de la muerte* o visión de ésta como fracaso y resultado indeseable de la medicina.

Es preciso señalar que ante el uso excesivo de técnica para sostener al paciente moribundo, éste puede reaccionar con frustración, depresión, tristeza y quedar extenuado y descorazonado ante la intervención técnica (a menudo fútil). Quizás el médico insista en el uso de la técnica por dos razones: por temor a una eventual acusación de mala praxis o por deseo de corresponder a las expectativas de los familiares, las cuales suelen ser poco realistas. Además los familiares pueden ser víctimas de un sentimiento de culpabilidad ante el paciente.

Otros médicos sencillamente aceptan la rutina o estándar casi automáticamente, sin discernimiento reflexivo, o tal vez se dejan llevar por el imperativo técnico.

De todos modos resulta particularmente difícil para el médico tomar decisiones ante la muerte o pedir a las familias que lo hagan mientras no se acepte la muerte como suceso natural e inherente a la existencia humana. Es probable que el médico prefiera posponer la decisión de discontinuar los recursos técnicos complejos para sostener la vida o retardar el proceso de morir.

Sin duda existe incertidumbre en lo que concierne al concepto de "futilidad". Sería trágico que ante la incapacidad o temor de tomar estas decisiones, más pacientes moribundos contemplan el suicidio asistido como opción razonable o alternativa frente al uso de intervenciones desproporcionadas. Nos parece que el cuidado paliativo y el sistema de institutos para el cuidado de pacientes terminales es lo clínicamente indicado según un criterio ético, científico y técnico.

Apéndice II

Variables a tomar en cuenta en el caso de pacientes oncológicos y con dolor severo

Familia

Un primer conjunto de variables atañe a la familia del paciente: número y edad de los miembros, calidad de la interacción en todas las direcciones, localidad geográfica (urbana, semiurbana, rural), estado de salud de los integrantes, situación económica y laboral, y la personalidad de los integrantes del cuadro familiar.

Otro conjunto de variables atañe a la condición oncológica en sí misma. Se puede observar el ritmo del crecimiento del tumor, la apariencia y realidad del deterioro general del cuerpo, y la etapa en la cual se encuentra la condición, ya sea crítica, de remisión o terminal.

Intervención o terapia

Las variables en la intervención o tratamiento seleccionado y sus consecuencias laterales revisten particular importancia para la ética. Es necesario estimar la capacidad de cada miembro del equipo terapéutico en cuanto a competencia en la especialidad profesional, destrezas de comunicación y disponibilidad para la compasión. El equipo de trabajo puede dialogar y buscar un acuerdo en cuanto el momento oportuno para informar al paciente sobre la etapa final del cáncer, interpretar y presentar el concepto de futilidad ante el paciente y luego tomar decisiones sobre el cuidado apropiado.

La información al paciente ha de ser clara, completa y veraz; debe reflejar asimismo respeto por su dolor y compasión por su sufrimiento.

Manifestación de la pena

Por su parte, el paciente puede manifestar su pena de diversos modos:

1. Sensación de abandono recíproco (del paciente de parte de su familia y viceversa).
2. Anhelo de lograr alivio emocional, social y económico para la familia (sentimiento de culpa posible).

3. Represión de sentimientos difíciles de aceptar como la ira y el resentimiento.
4. Mecanismo de defensa como negación, proyección, polarización.
5. Esperanza (visión) y valentía (energía).
6. Mente atenta a los recuerdos del pasado.
7. Anticipación del futuro inmediato como única manera de atesorar.