

# LA BOR HOS PITA LARIA

1 - 2004  
enero / febrero / marzo  
nº 271

Humanización, pastoral  
y ética de la salud

Necesidades Espirituales  
del ser humano.  
Cuestiones preliminares.

El Diagnóstico  
Espiritual o el diagnóstico  
de las Necesidades  
Espirituales

Necesidades espirituales del  
Enfermo y Beneficios  
del Acompañamiento Espiritual

La Historia de la Pastoral

De la Salud Espiritual en los  
Documentos  
de la Orden



LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA

Humanización, pastoral  
y ética de la salud

## Hermanos de San Juan de Dios Barcelona - Provincia de San Rafael

Año 55. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 2003  
Número 268. Volumen XXXV

### Consejo de Redacción

Director - Miguel Martín  
Administración - Joan Lluís Alabern  
Coordinación y Redacción - Maite Hereu

### Consejo Asesor

Francesc Abel, M<sup>re</sup>. Carmen Alarcón, Miguel A. Asenjo,  
Manuel Cebeiro, Esperanza Cachón, Ángel Calvo,  
Jesús Conde, Rudesindo Delgado, Joaquín Erra,  
Francisco de Llanos, Pilar Malla, Javier Obis, José A. Pagola

### Dirección y Redacción

#### Curia Provincial

#### Hermanos de San Juan de Dios

Doctor Antoni Pujadas, 40  
Teléfono 93 630 30 90  
08830 Sant Boi de Llobregat -Barcelona-  
curia@ohsjd.es

### Fotografía

Santiago Domingo i Franquesa

Información y suscripciones  
revistas@ohsjd.es

www.ohsjd.es

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte  
Válido. Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61  
COLOR DIGITAL - BCN

### Editorial

0 Pág. 5

### 1 Necesidades Espirituales del ser humano. Cuestiones preliminares

> Francesc Torralba i Roselló

Pág. 7

### 2 El Diagnóstico Espiritual o el Diagnóstico de las Necesidades Espirituales

> Rafael Lora González

Pág. 17

### 3 Necesidades Espirituales del Enfermo y beneficios del Acompañamiento Espiritual

> Hno. Juan Bautista Llinares Lloret

Pág. 29

### 4 La Historia de la Pastoral

> Rafael Lora González

Pág. 59

### 5 La Salud Espiritual en los Documentos de la Orden

> Hno. Miguel Pajares, O.H.

Pág. 71

### 6 Conclusiones

Pág. 85

# Boletín de suscripción: Año 2004

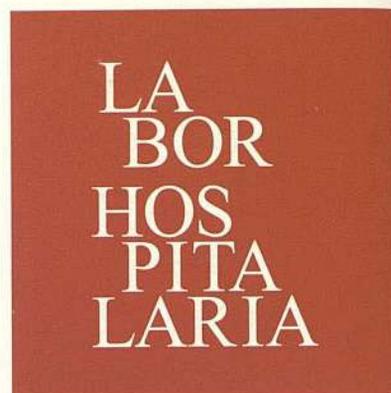
Suscripción anual: cuatro números

España

36 €

Extranjero

50 € / \$



Apellidos	Nombre		
Calle	Número	Piso	Puerta
Código postal	Población	Provincia o país	
Teléfono	Profesión		

Indique con una X la forma de pago que le interese

**Por giro postal**

**Por cheque nominativo** adjunto nº  
a favor de LABOR HOSPITALARIA

**Por Caja o Banco** (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir datos)

Banca o Caja de Ahorros

Titular de la cuenta

Entidad

Oficina

DC

Núm. de cuenta

Ruego a ustedes se sirvan de tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

Fecha

/

/

Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:

**Hermanos de San Juan de Dios**, Dr. Antoni Pujadas 40,  
Tel. 93 630 30 90, 08830 Sant Boi de Llobregat

www.ohsjd.es  
curia@ohsjd.es  
revistas@ohsjd.es

O.H.S.J.D.  
CURIA PROVINCIAL  
SANT BOI  
5.E.39

## Editorial

En el mundo de la empresa es cada vez más frecuente la búsqueda de certificaciones que acrediten la calidad tanto de sus procesos de elaboración como de los productos obtenidos mediante ellos. Práctica que se ha introducido también con fuerza en los centros hospitalarios –empresas de salud– que van acreditando sus diversos servicios de acuerdo a determinados parámetros que objetivan la calidad del funcionamiento de los mismos. Y todo ello no como un lujo sino como una forma de afirmarse ante la sociedad a la que sirve que, de una u otra forma, se lo exige. No pocos convenios, conciertos y contratos vienen mediatizados por la presencia de tales certificados.

Dentro de este contexto –incluido el sanitario, repetimos– la Pastoral de la Salud debe de interperlarse por la consecución de unos criterios de calidad en la prestación de sus servicios que le hagan caminar hacia la “excelencia”. Es verdad que una prestación como la de atención espiritual siempre parecerá resistirse a determinado tipo de objetivación. Pero no es menos cierto que, en medio de esta dificultad, hemos de dar pasos que nos lleven hacia la mayor objetivación posible.

Y este camino, indudablemente, viene de la mano de una apuesta por definir qué entendemos por necesidades espirituales –que no sólo religiosas–, y qué síntomas nos pueden acercar a su diagnóstico. Asimismo cabrá valorar las diversas prestaciones que ofertamos en función de las mismas. Sólo desde un proceso de este tipo nos legitimamos en nuestra presencia en el mundo de la salud al tiempo en nuestra opción por integrarnos en una asistencia integral que, lógicamente, nos lleva al trabajo interdisciplinar.

No es fácil el camino. Pero hay que iniciarlo. Y eso es lo que estamos pretendiendo hacer los Hermanos de S. Juan de Dios desde diferentes foros. Uno de ellos fueron las Jornadas Interprovinciales de Pastoral de la Salud –sector Hospitales– que bajo el lema “Dimensión Espiritual en la Atención Integral a la Persona Enferma”, se desarrollaron en Los Molinos (Madrid) los días 13-14 de mayo de 2003.

LABOR HOSPITALARIA recoge en el presente número el material sobre el que se trabajó en aquellas jornadas. Creemos que, con ello, ofrecemos a nuestros lectores una posibilidad para la reflexión, para el trabajo pastoral y, en definitiva, para el camino común en el que todos estamos comprometidos de avanzar nuestra asistencia pastoral en el campo de la salud.

# Necesidades Espirituales del ser Humano. Cuestiones preliminares

> Francesc Torralba i Roselló  
*Filósofo y teólogo, Profesor de la Universitat Ramon Llull (Barcelona)  
y colaborador del Institut Borja de Bioètica*

El autor quiere explicitar unas constataciones previas y exponer, en primer lugar, las herramientas intelectuales que ha utilizado en la dilucidación de esta cuestión. Él cree que es un trabajo de honradez intelectual mostrar cuales son las fuentes que uno utiliza cuando se dispone a explorar un tema complejo como, por ejemplo, el de las necesidades espirituales del ser humano. ▶

## 1. Lo espiritual se dice de muchas maneras

La primera constatación que deseo poner de manifiesto es la extraordinaria ambigüedad del término espiritual. Esta ambigüedad se puede simplemente constatar con un análisis comparativo de distintos diccionarios donde se defina la palabra espiritual, sea, por ejemplo, el Diccionario de Filosofía de Josep Ferrater Mora, sea un diccionario de Mística o de Ciencias de la Religión. En todos ellos, aparece como una palabra extraordinariamente polisémica. Esta consideración me parece clave, sobre todo frente a las posibilidades de reduccionismo de lo espiritual y de las comprensiones unilaterales o unidimensionales de dicho término. A partir de un simple cotejo con la bibliografía filosófica y teológica al uso, uno llega a la conclusión que lo espiritual puede ser considerado de maneras muy distintas.

El mismo término Geist es utilizado por **Friederich Wilhelm Hegel**, por **Max Scheler**, por **Karl Rahner** y por otros grandes hitos de la historia del pensamiento occidental. En cada uno de sus planteamientos, la palabra adopta un significado particular. En algunas antropologías, se llega a definir al ser humano como espíritu en el mundo o como espíritu encarnado. El mismo término es sujeto de usos muy distintos, lo que conduce a una situación de perplejidad, pero que, a su vez, abre distintas posibilidades intelectuales.

No hay un canon, ni una dogmática sobre lo espiritual. Esta circunstancia permite abrir perspectivas muy amplias, pero también tiene un riesgo que es la multiplicación de discursos y la caída de una especie de relativismo. Al final, uno puede llegar a tener la impresión de que todo vale cuando se habla de lo espiritual, que todo se puede decir, que todo tiene cabida en lo espiritual. Y entonces naturalmente se produce una especie de caída en el relativismo de los discursos. Por lo tanto, entre esa dogmática cerrada en torno a lo espiritual, entendida de un modo determinado y esta constelación de múltiples significados en el que estamos ubicados hoy, creo que es esencial, tratar cuando menos de encontrar un concepto vertebrado y justificado filosóficamente.

### 1.2. Lo espiritual en la cultura postmaterialista

Una segunda premisa consiste en constatar la emergencia de este concepto precisamente en el contexto de

una sociedad que algunos filósofos y sociólogos caracterizan como postmaterialista. Algunos pueden tener la impresión de que nuestra sociedad es materialista, o más precisamente, hipermaterialista. Sin embargo hay síntomas, especialmente en las nuevas generaciones, en las tablas axiológicas de las nuevas generaciones de un cansancio, de un agotamiento del modelo de sociedad materialista. Eso lo expresa muy bien R. Inglehardt en un análisis entorno a los valores de la juventud postmoderna, donde detecta que no es una casualidad que la decadencia de la sociedad materialista tenga como correlato el deseo de espiritualidad. Hay múltiples ejemplos que avalan esta tesis.

### 1.3. La emergencia de lo espiritual

Todavía una tercera constatación a modo de prolegómeno: vivimos una emergencia de lo espiritual en un claro tono sincrético, y a lo sumo en un tono interreligioso o ecuménico que merece la pena analizar. El tratamiento de lo espiritual en la sociedad postmoderna ya no obedece a los esquemas de la sociedad cristiana occidental.

Es decir, hay una apertura a lo espiritual, pero desde el sincretismo, desde la unión de tradiciones espirituales distintas. En las personas jóvenes se detecta un creciente interés por tradiciones espirituales nuevas en el horizonte de la sociedad occidental, por ésas que resultan una novedad. Estas tradiciones contemplan dimensiones del ser humano que han sido olvidadas, eclipsadas durante esa hegemonía del materialismo en el que hemos educado las nuevas generaciones durante largo tiempo.

Se observa una apertura a lo espiritual de tipo sincrético, completamente heterodoxa, y que tiende a buscar puntos de unión y convergencia entre las distintas tradiciones. Se celebran encuentros de carácter ecuménico e interreligioso, que no tiene nada que ver con lo sincrético. Se detecta la apertura a lo espiritual desde el diálogo de las distintas tradiciones, tratando de ver lo que las une. En esta tarea, la filosofía intercultural está jugando un papel de primera magnitud.

### 1.4. Lo espiritual como moda

Una última constatación: lo espiritual se está convirtiendo en una moda, en un puro esteticismo que, sin lugar a dudas, tiene que ser considerado críticamente. Jacques Maritain se refería al culto al tiempo y a lo nuevo como una forma de novolatría, que consiste en la tendencia a convertir en bueno la última corriente

de moda, solo por el hecho que es lo último que ha aparecido. Esta tendencia lleva asociada una actitud de desprecio hacia lo que se ha dicho siempre. El filósofo tomista se refería naturalmente al rechazo de la *philosophia perennis*, y se lamentaba de la tendencia a sumarse a la última moda.

Lo espiritual está moda. En los objetos audiovisuales, en los productos del mercado, la marca espiritual se convierte en realidad de consumo. Lo espiritual vende. Eso se detecta de una manera extraordinariamente visible en las redes telemáticas. Por ella, navegan auténticos mercenarios de lo espiritual que reciben sumas extraordinarias como consecuencia de sus servicios y de su pretendida asistencia espiritual. Merece la pena no caer en ese culto a la novedad y mostrar como lo espiritual, al menos en las grandes tradiciones, nunca ha sido olvidado, sino que revela una dimensión básica del ser humano.

### 1.5. Lo espiritual desde la perspectiva judeocristiana

En la sociedad actual se ha olvidado durante un largo tiempo lo espiritual, pero lo espiritual no es una moda en el pensamiento de raíz judeocristiano, sino que siempre se ha reconocido en ella una dimensión intangible, no material, de carácter espiritual, en el ser humano. Se ha denominado de distintos modos, pero no es una moda en las antropologías de **San Agustín**, de **Ireneo**, de **Santo Tomás**, de **San Buenaventura**, de **Raimundo Lulio** y de muchos otros. En las grandes antropologías de corte judeocristiano, se contempla el reconocimiento de una

dimensión espiritual en el ser humano que se puede cifrar de maneras muy distintas.

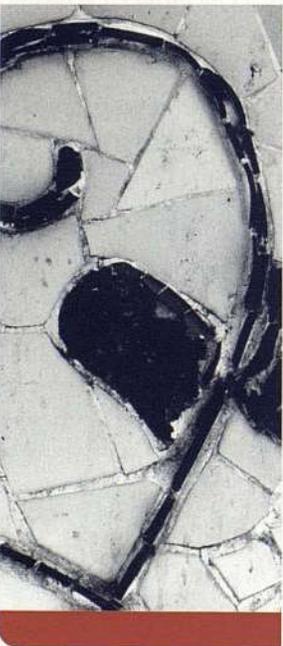
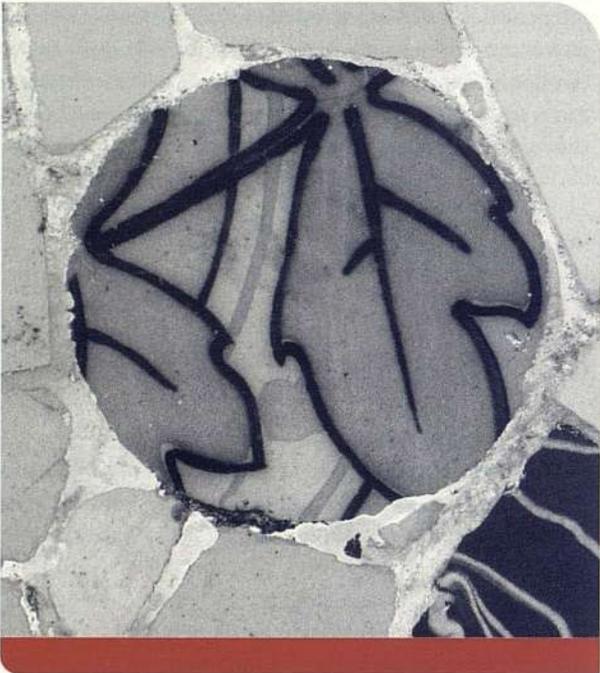
Generalmente, se ha utilizado la expresión *psique* del griego; *anima* del latín y *alma* en español para denominar esa dimensión intangible del ser humano. Puede denominarse de distintas maneras, pero en cualquier caso no es una novedad en el pensamiento de la tradición judeocristiana. Lo es en la sociedad materialista. En esta sociedad, aparece, frecuentemente, como una moda que es siempre frecuente en contextos muy caóticos. El ciudadano de un mundo invertido parece tener necesidad de recogimiento y de reencuentro consigo mismo. La emergencia de lo espiritual tiene que ver con la crisis del pensamiento utópico y la percepción del mundo como un todo caótico.

## 2. Meditaciones en torno al concepto de necesidad

Dicho esto, empiezo por la primera parte del título, tratando de aclarar lo que es una necesidad, para luego referirme a una tabla de doce necesidades de tipo espiritual.

El concepto necesidad remite, en el fondo, a la naturaleza de un ser carencial, que tiene una naturaleza carencial, es decir que no tiene la plenitud en si mismo, que no es autosuficiente. Una cosa es ser autónomo





y otra cosa, muy distinta, es ser autosuficiente. Podemos aspirar a tener cuotas de autonomía, debemos de aspirar a tenerlas, pero lo que es inaudito y, además, desproporcionado para el ser humano, es aspirar a la autosuficiencia. No somos autosuficientes, ni lo es el hombre adulto, ni por supuesto el niño o el joven.

La autosuficiencia es un mito que no está al alcance de la condición humana, porque ser carencial es lo definitivo del ser humano. Eso significa que para subsistir tenemos que resolver un cuadro de necesidades. No se trata de resolverlas para ser mejores, sino simplemente para subsistir, para mantenerse en el ser. Debemos resolver necesidades de orden muy distinto que naturalmente se pueden tabular.

En este sentido, se puede hablar de necesidades primarias, de necesidades secundarias, de necesidades materiales y también, por qué no, de necesidades espirituales.

**Pero, el concepto de necesidad proviene de algo muy hondo del ser humano, que es el ser carencial.**

Dije en la introducción que me refería a las herramientas y aquí me refiero a la primera herramienta desde la que analizo esta dimensión del ser humano, como ser carencial. Se trata de poner a colación una de las aportaciones más lúcidas de la filósofa de Vélez, **María Zambrano**, en dos de sus obras: **El hombre y lo divino** o **Claros del bosque**. Esa filósofa extraordinaria, discípula de **Xabier Zubiri** y también de **José Ortega y Gasset**, define al ser humano como un ser carencial, como alguien que siempre tiene que resolver necesidades. Siente la necesidad de comer, de dormir, de sentirse amado, de tener identidad, de Dios... es, en definitiva, un conglomerado de necesidades. Propiamente, se refiere al ser humano como *homo mendicans*.

Este dato es fundamental, sobre todo teniendo en cuenta que hay antropologías que han olvidado ese rasgo esencial del ser humano que es el ser carencial. En éstas, no tiene sentido hablar de necesidades,

ni tampoco, por supuesto, de necesidades espirituales. Como dice Zambrano, la carencia no es un rasgo de algunos seres humanos, sino que la mendicidad es consubstancial al ser humano.

Todos somos mendigos, pero mendigamos cosas distintas. Podemos mendigar de distintas maneras, pero el ser mendigo, la mendicidad es ese rasgo fundamental del ser humano.

Otro elemento clave: este ser carencial tiene necesidades, pero estas necesidades pueden desarrollarse en dos tipos: las de orden natural y las de orden artificial. El ser humano tiene necesidades naturales y necesidades que él siente como necesarias, pero que han sido objeto de una interiorización por parte de la cultura o de los medios de comunicación de masas. Realmente, el ser humano es un ser de necesidades, pero tiene muchas más necesidades de las que realmente tendría como consecuencia del influjo de la cultura y de los medios de comunicación social. En este universo en el que vive, se le plantean una serie de necesidades que son totalmente artificiales, pero que se acaban considerando como vitales.

Estas necesidades que se ven como vitales, pero no lo son, son el fruto de una cultura consumista, de una cultura fundada en el tener y en el artificio. Son, en definitiva, la respuesta a estímulos que hemos recibido de orden mediático o cultural. En este sentido, hemos creado muchas necesidades que enajenan nuestras vidas. Las necesidades de orden espiritual emergen de la interioridad de la persona, aunque se articulan en cada contexto según la cultura y la tradición del lugar donde se ubica la persona. No se pueden considerar necesidades orden artificial, porque se hallan de modo transversal en todas las culturas humanas, aunque tienen expresiones muy diferentes en cada una de ellas.

La necesidad, por ejemplo, de orar, se puede ubicar claramente dentro del cuerpo de este tipo de necesidades espirituales. La necesidad de encararse a un tú eterno, a un tú más allá del tú horizontal es una necesidad que emerge en el ser humano, aunque algunos filósofos consideran que esta necesidad es fruto, también, de una educación y que, por lo tanto, es artificial en la persona. El debate es muy serio, porque en él está en juego, la definición de persona y el valor de la indigencia espiritual. **Arthur Schopenhauer** afirma, por ejemplo, que la necesidad religiosa es un artificio, mientras que otros autores, de gran relieve, como el mismo **Viktor Frankl**, afirman que la necesidad

religiosa es intrínsecamente humana, que emerge del ser humano. El autor de este texto se ubica en esta segundo posición, aunque admite el valor que tiene el acto educativo en el desarrollo y el cultivo de dicha potencia humana.

La necesidad espiritual es intrínsecamente humana, pero tiene manifestaciones culturales muy distintas. Hay un mosaico de expresiones de las necesidad espirituales, pero más allá de ellas, se observa una extraña raíz común entre los distintos seres humanos. Somos muy distintos, de color, de raza, de lengua, de tradición, de cultos, de ritos, pero hay una extraña raíz común entre los distintos seres humanos. Esta raíz común podría ser la necesidad espiritual que, se contempla de formas muy distintas en el plano de las culturas. En las culturas laicas también puede expresarse esa necesidad de lo espiritual, aunque fuese a través de lo que **Peter Berger** denomina la religión invisible, de un modo ajeno a los cánones habituales.

### 3. El ser humano, como ser carencial

El ser humano, tal y como se ha dicho, es un ser carencial, capaz de necesidades de orden natural y de orden artificial. Pero, además, es un ser que cuando experimenta la infirmitas, la enfermedad, su cuadro de necesidades se altera profundamente.

La enfermedad no es un dato accidental en el periplo biográfico, no es algo irrelevante. **Pedro Laín Entralgo** en la Antropología Médica para clínicos, dice que la enfermedad no se puede reducir a la categoría de accidente, puesto que el accidente es irrelevante en la estructura de la persona, mientras que la enfermedad genera una auténtica desestructuración de la persona. Estar enfermo no es algo accidental, y sobre todo cuando uno padece determinadas enfermedades. Lo que se tiene que pensar es cómo se altera la jerarquía de necesidades espirituales como consecuencia de la experiencia de la enfermedad.

Hay necesidades que están en un estado latente, pero que, como consecuencia de la experiencia de enfermedad, emergen con fuerza. La necesidad de orar, por ejemplo, puede estar en estado latente,

pero puede haber una experiencia del orden que sea, que haga que esta necesidad que estaba en un estado latente emerja en el primer plano de la vida consciente. Puede ocurrir con la necesidad de orar, pero también con la necesidad de silencio, de símbolo, o de sentido.

Por lo tanto, se debe analizar cómo emergen las necesidades latentes que ya estaban, pero que afloran a la superficie como consecuencia de esta experiencia de la enfermedad. Eso no ocurre sólo con la enfermedad, sino también en relación con otras experiencias como, por ejemplo, la de la paternidad. La necesidad que uno tiene de pensar por él y por sus intereses se transforma en una necesidad de orden colectivo. En tanto que padre, tengo que pensar en otro ser que es vulnerable y que depende fundamentalmente de mí.

A lo largo de nuestro periplo vital vivimos experiencias que alteran nuestras necesidades, también las de orden espiritual. Por ello, no soy partidario de elaborar un cuadro estático de necesidades, sino, más bien, un cuadro dinámico, en el que las necesidades se alteran o se modifican en función de las experiencias que vivimos a lo largo del trance biográfico.

El hombre enamorado, por ejemplo, tiene unas necesidades que no tiene el que no está enamorado. Tiene, por ejemplo, la necesidad de la presencia del otro, de verle, de oírle de estar con el otro. Se vive con dolor la ausencia de la persona amada.

## Quando uno está enamorado, siente la necesidad de gustar al otro, de seducir al otro.

Hay un tipo de necesidades que no estaban en nuestra vida, pero que aparecen como consecuencia de una nueva experiencia. Mejor dicho: sí que estaban, pero de modo latente, y posteriormente, afloran a la superficie.

El ser humano es carencial, pero esto no lo explica totalmente, porque, además de carencial, es un ser capaz, a través del ingenio, de resolver el cuadro de necesidades, aunque sea provisionalmente. Si fuéramos solo seres carenciales difícilmente hubiéramos sobrevivido a la lucha de las especies. Somos carenciales,

pero disponemos de una inteligencia práctica, que es la capacidad de anticipar necesidades, de preverlas y de preocuparnos de ellas antes que se manifiesten.

Voy a plantear doce necesidades que se podrían ubicar dentro de lo espiritual, entendiendo lo espiritual como lo no tangible, como lo no cósmico, como aquella necesidad de orden intangible que emerge del ser humano, como una necesidad que no tiene directamente una razón en el soma.

## 4. Cuadro de necesidades espirituales. Primer esbozo

### 4.1. Necesidad de sentido

El ser humano siente la necesidad de dar sentido a su vida, a su existencia. No tiene bastante con estar, o con subsistir, o con permanecer en el ser, sino que, además de ser, desea permanecer en el ser con sentido. Y si detecta que esa permanencia no tiene sentido, que vivir carece de sentido, que es algo absurdo, estúpido, insulso; puede, incluso, desear no ser, hacerse nada.

Esta necesidad de sentido, es necesidad de orden espiritual y se puede alumbrar de muchas maneras. La necesidad de sentido puede hallar su respuesta en distintas tradiciones, ya sean de orden immanente o trascendente, pero lo que une a los seres humanos en tanto que indigentes espirituales, es la sed de sentido.

### 4.2. Necesidad de reconciliación

El ser humano siente la necesidad de reconciliarse, de cerrar el círculo de su existencia y vencer el resentimiento. Tiene necesidad de curarse de resentimiento y para la cura del resentimiento está el perdón. No hay otra forma de curarse del resentimiento que no sea a través del perdón, de la reconciliación. No cabe duda que esta necesidad, que es, en esencia, de orden espiritual, tiene expresiones de carácter afectivo y psicológico. Difícilmente puede encontrarse una serenidad interior, sin practicar la reconciliación.

Esta necesidad de reconciliación puede plantearse en un plano immanente, pero también en un plano trascendente. El cuidador debe velar para que esta

reconciliación tenga lugar, esto significa, que debe facilitar, cuando sea posible el acercamiento entre personas con el fin de propiciar entre ellas procesos de reconciliación. En las personas en situación terminal o crítica esta necesidad todavía se percibe con más intensidad, precisamente porque como consecuencia de la proximidad a la muerte, se plantea en ellas con más urgencia la necesidad de reconciliarse, de resolver esos asuntos pendientes.

### 4.3. Necesidad de reconocimiento de la identidad

La necesidad de que la propia identidad sea reconocida y respetada es una necesidad de primer orden, que naturalmente también tiene connotaciones de orden psicológico y social. La necesidad de que no se vulnere mi identidad, de que no se aplaste mi identidad es muy presente en el ser humano, pero se pone de manifiesto cuando uno advierte sobre su persona procesos de disolución de la propia identidad y de los referentes vitales que configuran una existencia.

El ser humano no sólo tiene necesidad de conocer, sino de ser reconocido. Desea que se reconozca su identidad, lo que él es. Cuando esta necesidad no se reconoce correctamente, se vive de un modo muy violento la propia identidad. Esto también tiene que ver con las identidades colectivas. Cuando no se reconoce una identidad colectiva, se producen fenómenos que no deberían haberse producido jamás. En el plano personal la identidad tiene que ser reconocida. Cuando se desprecia la identidad del otro, el otro se siente fundamentalmente humillado.

La necesidad de reconocimiento de una identidad implica el respeto a los caracteres del otro. La identidad siempre se define por una constelación de rasgos, como la lengua, la religión, la condición sexual, la formación, los lazos afectivos, entre otros. Reconocer la identidad del otro significa tratar al otro como a tú, como a un sujeto que tiene nombre y apellidos, que es, por encima de todo, una persona, un ente singular, único e irreplicable en la historia. Esto significa que el trato anónimo, los procesos

*Villa-Reyes, S.A.*

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15  
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90  
08022 BARCELONA

de despersonalización y la caída en la indiferencia son formas de no respetar la necesidad espiritual de reconocimiento de la propia identidad.

#### 4.4. Necesidad de orden

El ser humano tiene necesidad de orden, de un cosmos en el espacio y en el tiempo. Somos seres espacio-temporales y el desorden influye negativamente en nuestra estructura vital. No cabe duda que los modos de entender lo que significa orden varían de una persona a otra, no solo culturalmente sino generacionalmente, pero cada ser humano siente la necesidad de vivir conforme a su orden y cuando se halla en un contexto donde no puede expresar, ni vivir conforme a ese cosmos personal, siente, con mucha intensidad, ese cosmos.

Tenemos necesidad de ordenar, de ordenar los acontecimientos de la vida, de ordenar las experiencias. No me refiere, solamente, a la necesidad de orden físico, que también influye en la persona, sino al orden de carácter interior. Sentimos la necesidad de ordenar los acontecimientos, las prioridades, los sentimientos, los recuerdos. Precisamente la patología es una forma de desorden, de caotización en todos los sentidos. Cuando uno enferma, ese orden se desvertebra, se desestructura y, por ello, requiere de una intervención, cuyo fin sea el restablecimiento de aquél orden, no del orden del sujeto que cura.

Esta necesidad de orden es de tipo espiritual. De hecho, uno puede tener resultas las necesidades primarias, pero sentir la necesidad de poner orden en su interior. Es muy difícil que una persona, de un modo solitario, se pueda reordenar. Por lo general, requiere de la intervención de otra, de la palabra y el consejo ajeno para reestructurar su propio mundo.

#### 4.5. Necesidad de verdad

Platón, definió al ser humano como un ser que desea conocer la verdad, que siente la necesidad de conocer la esencia de las cosas. El hombre desea trascender el orden de las apariencias, siente el impulso de ir más allá del fenómeno, comprender lo que son las cosas.

Esta necesidad se percibe con mucho intensidad cuando se trata de aclarar la propia realidad, lo que cada uno es realmente. El enfermo siente la necesidad de verdad, aunque no siempre está preparado para recibirla y, menos aún, para digerirla. El cuidador debe comunicar la verdad soportable, esto es, esa verdad que el enfermo puede comprender y asumir en su subjetividad.

Algunas veces, el propio sujeto no quiere conocer la verdad y, por eso, él mismo se protege por miedo a lo que esa verdad pueda revelar.

**El enfermo tiene derecho a saber la verdad que le atañe a él, pero también tiene el derecho a no estar informado, a permanecer en la ignorancia.**

El cuidador no puede caer en el denominado encarnizamiento informativo, pero tampoco puede practicar la indiferencia frente al enfermo. Debe tratar de indagar porqué ese enfermo no quiere conocer su verdad, qué es lo que teme, y como ayudarlo a superar ese temor frente a la verdad.

#### 4.6. Necesidad de libertad

La necesidad de libertad se identifica, generalmente, con la de autonomía, pero la necesidad de libertad es más amplia. El concepto de libertad es más exhaustivo, que el concepto de autonomía. Naturalmente, si no hay autonomía no hay libertad, pero la libertad desde la perspectiva de la liberación o de eso que **San Agustín** denominaba *libertas*, es una liberación de todas las ataduras de ego.

El ser humano tiene necesidad de liberarse, de liberarse de todo cuando le enajena y le mantiene en un estado subordinado. La necesidad de actuar libremente se ve muy limitada como consecuencia de la experiencia de la enfermedad, pero la posibilidad de liberarse de determinadas obsesiones o fijaciones internas es independiente de la enfermedad. Cuidar las necesidades espirituales de la persona implica responder a la necesidad de libertad, o más concretamente, de liberación. Una práctica del cuidado que no sea liberadora, no es una práctica excelente del cuidado.

#### 4.7. Necesidad de arraigo

La necesidad de arraigo se puede explicar como el deseo de pertenecer a algún tipo de comunidad. Es una necesidad de pertenencia. El ser humano, en tanto que animal

político y social, establece vínculos a lo largo de su periplo vital y crea lazos afectivos. Cuando sufre la separación o la ruptura de estos lazos, percibe, con mucha fuerza, la necesidad de arraigo, de sentirse vinculado a una gente, a un pueblo, a una comunidad, a una familia.

Tendemos a echar raíces y sentimos la necesidad de estar con los nuestros. No somos seres desarraigados. Esta necesidad no sólo es de orden psicológico o social, sino también espiritual porque afecta a lo más hondo e intangible del ser humano.

El ser humano siente necesidad de arraigo, especialmente en contextos que se caracterizan por el individualismo, el atomismo y la fragmentación. Esta necesidad todavía se percibe más en contextos anónimos, vacíos, donde uno se siente como un extraño. En estas circunstancias, uno necesita, más que nunca, su comunidad, el arraigo.

#### 4.8 Necesidad de orar

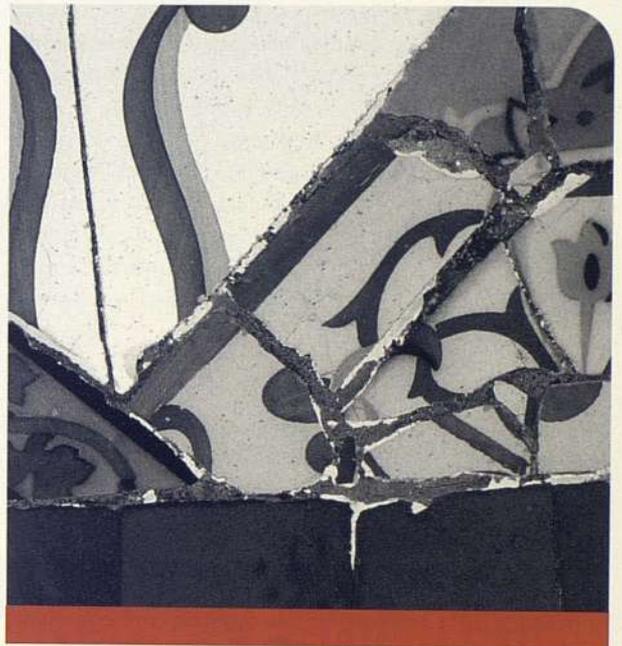
La necesidad de orar es de orden espiritual y religioso. Se puede describir como la necesidad del Tú eterno, de una religación existencial con el Tú, para decirlo al modo de Xavier Zubiri.

Ésta es una necesidad transversal en las religiones. Los fenomenólogos de la religión consideran que uno de los rasgos transversales de las distintas manifestaciones religiosas es, precisamente, eso que denominamos la oración. Esta necesidad de interlocución, de apertura a un Tú invisible y trascendente, no sólo se produce en el hombre institucionalmente religioso, sino también en el hombre cuando se enfrenta a su soledad y a su desamparo. Cuando más intensa es la experiencia de la fragilidad del homo mendicans, tanto más intensa se percibe la necesidad del Tú.

#### 4.9. Necesidad simbólico-ritual

El ser humano produce símbolos. Los símbolos son esos artefactos que nos permiten decir lo que no podemos expresar con palabras. Jugamos con el símbolo y lo utilizamos en distintos contextos.

La necesidad de representación simbólica, además de cumplir con unas funciones sociales, es una necesidad de orden espiritual, que sobre todo se expresa cuando no podemos expresar experiencias muy hondas. Entonces necesitamos símbolos, artefactos y mediaciones para expresar lo que no expresamos verbalmente.



También sentimos la necesidad de ritos. El hombre es un animal ritual y siente la necesidad de conmemorar y celebrar las experiencias claves de su vida como el nacimiento o la muerte de un ser amado. Hay rituales fundamentales en el ser humano, no solo de orden religioso, sino también de orden no religioso. Lo observamos en sociedades muy secularizadas. La necesidad de ritualizar determinadas experiencias clave de la vida humana es una experiencia que tiene que ver con lo espiritual, aunque no necesariamente con lo religioso.

#### 4.10. Necesidad de soledad-silencio

Don Miguel de Unamuno, en su extraordinaria obra titulada *Soledad*, distingue dos tipos de soledad: la soledad buscada y la soledad forzada. El ser humano siente la necesidad de estar solo, de huir de la sociedad, de abrir paréntesis espacios y tiempo de soledad. Esta necesidad de soledad es fundamental para el equilibrio personal, la práctica de la meditación y la construcción consciente y reflexiva de la propia identidad.

La necesidad de soledad, de encontrarse con uno mismo, conduce al sujeto a un viaje sin retorno. Cuidar de una persona y atender a sus necesidades de orden espiritual, significa propiciar en ella esta experiencia de soledad si el enfermo la solicita. Lo que constituye un imperativo ético mínimo en toda práctica del cuidar es velar para que el otro no sufra la soledad forzada.

#### 4.11. Necesidad de cumplir el deber

El ser humano siente la necesidad de cumplir con sus deberes. La persona sufre un malestar interior cuando percibe que no ha realizado sus obligaciones. Naturalmente, la experiencia del deber es muy subjetiva y cada ser humano la vive según su naturaleza, pero la necesidad de cumplir con el propio deber es una necesidad propia de un sujeto libre capaz de autoderminarse y de regular la propia vida. Cuidar de una persona significa a ayudarla a pensar y a articular fácticamente sus deberes. El enfermo moribundo experimenta paz si se acerca al trance final con la consciencia clara de haber cumplido con sus deberes a lo largo de su existencia. El enfermo que percibe que todavía debe llevar a cabo determinados actos antes del acto final, requiere de una atención para que pueda materializar dichos actos y morir en paz.

#### 4.12 Necesidad de gratitud

Existe la necesidad de gratitud, que puede describirse como la necesidad de sentirse agradecido por lo que uno ha hecho. Es la necesidad de reconocimiento.

El ser humano, como es frágil, tiene necesidad de gratitud, de agradecimiento. Necesitamos que nos digan gracias por lo que hemos dicho, por lo que hemos hecho, por nuestra labor en este mundo. Ésta es una necesidad muy humana que afecta al plano espiritual, pero también al plano interpersonal.

No es fácil satisfacer esta necesidad, pero sí que es posible hacerlo cuando el cuidador sabe delante de quién está y después de una escucha atenta de su historia, es capaz de valorar algunos elementos de su existencia y hacerle ver al enfermo que su vida tiene valor, que ha merecido ser vivida, aunque sólo fuera por determinados episodios que él, a priori, no consideraba relevantes.

### 5. A modo de conclusión

Este cuadro de necesidades espirituales debe contemplarse en un sentido aproximativo, como un esbozo. A nuestro juicio, la cuestión de las necesidades espirituales no debe ser considerada como un residuo de carácter confesional que se trata de incrustar artificialmente en un mundo secularizado y laico, sino un rasgo antropológico universal. Todo ser humano, en tanto que humano, padece necesidades espirituales que debe resolver a lo largo de su periplo vital.

Este orden de necesidades puede expresarse de un modo explícito, pero también de un modo implícito. La manifestación y la intensidad de dichas necesidades varían según circunstancias y según el estado evolutivo de la persona. Las necesidades espirituales, como las otras necesidades, mutan con el tiempo y no se perciben de igual modo a lo largo del periplo vital. Esto significa que un estudio mínimamente serio, reclamaría la investigación de estas necesidades en distintos momentos de la persona. Resulta evidente, de un modo intuitivo, que las necesidades espirituales de una persona moribunda no son las mismas que las que siente una persona joven en la plenitud de sus facultades.

Tampoco se expresan, de igual modo, las necesidades espirituales en la persona sana, que en la persona que padece una patología de orden mental. Con todo, el ser humano, en tanto que ser carencial, es un ser que tiene, por naturaleza, necesidades que debe resolver a lo largo de su existencia. Las necesidades de orden espiritual forman parte del cuadro de necesidades humanas y requieren, como cualquier otra necesidad, de la intervención adecuada, competente y profesional de quienes ejercen la labor de cuidar.

# El Diagnóstico Espiritual o el Diagnóstico de las Necesidades Espirituales

> Rafael Lora González

*Pastoralista Clínico. Hospital San Juan de Dios de Córdoba.  
Responsable de Pastoral de la Salud del Sector de Hospitales Provincia  
Bética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.*

El autor expone cómo diagnosticar las necesidades espirituales de los pacientes. El tema es arduo, ya que como se ha visto anteriormente, se trata de una carencia concreta de todo ser humano pero que al mismo tiempo no es tangible, medible, y parametrizable. Este es el reto al que se somete el autor. ▶



Si los Agentes de Pastoral (Capellanes, Pastoralistas Clínicos, Religiosos, Voluntarios...) somos maestros o al menos alumnos aventajados en el arte de manejar lo intangible que se debate en el interior de la persona y que en situación de crisis, pérdidas, enfermedad o cualquier otra situación dolorosa se tambalea, e incluso se termina perdiendo el horizonte de las mismas, esta necesidad me ha forzado a que desde mis acompañamientos a enfermos terminales, de larga estancia de medicina interna y paliativos diseñe, o al menos, lo intente, un procedimiento que me ayude a detectar esta carencia, darle un nombre y proponer un método de abordaje.

Si no lo hiciera siguiendo un mínimo procedimiento o protocolo, la Escucha, en muchas ocasiones quedaría estéril, al no continuarla con un método de abordaje.

Ningún profesional tiene en su poder o bolsillo una fórmula mágica que permita diseñar la cartografía de la interioridad del ser humano. Pero sí podemos ir diseñando, destrezas, habilidades, actitudes que nos permitan aumentar la competencia relacional con nuestros enfermos y sus familias, rotos por el dolor de una enfermedad grave.

## El objetivo es ¿cómo diagnosticar una necesidad o carencia Espiritual?

Y el primer interrogante que aparece es: pero ¿se puede detectar, diagnosticar y abordar una Necesidad



Espiritual? Vamos a verlo.

Como dije anteriormente, hablar de lo inmaterial ya es difícil, cuanto más, detectar esa carencia. Pero voy a intentarlo.

Antes de nada veamos como se lo plantea Juan de Dios, en la Granada del Siglo XVI acompañando a los enfermos:

*“Mi sentido común me decía: esforzarse por tener limpias las habitaciones no es suficiente; la cuestión era más profunda: era ¿cómo hacer el bien y equilibrar por dentro y por fuera, cuerpo y alma?”<sup>1</sup>*

*“... que tengamos ojos para ver no sólo la enfermedad que tratamos de curar, sino el sufrimiento y el mundo interior y exterior de quien la padece”*

*“... que seamos terapeutas que no nos detenemos sólo en los síntomas, sino que intentamos llegar hasta las raíces del mal”*

Estas tres bellas expresiones que ha puesto Alfredo Muñoz en boca de Juan de Dios, nos muestran maravillosamente cómo a Juan de Dios le preocupaba el hombre completo, el hombre entero. Para Juan de Dios era importante tanto su Biología como su Biografía, por eso intentaba a la hora de procurar los cuidados a las personas necesitadas de Granada, discernir y detectar cuáles eran sus carencias en todas las dimensiones de la persona: Biológica, Psicológica, Social y Espiritual.

En el Hospital que él soñaba, veía un lugar privilegiado donde en el cuidado de la persona no se separasen los cuerpos de las almas y se enfocase ese cuidado integral a la persona viéndola como una realidad única.

1- ALFREDO MUÑOZ. De Juan Ciudad a Juan Ciudad / 1990.

El gran Profeta de la Hospitalidad del siglo XX, el Hno. Pierluigi Marchesi, también lo manifestaba de esta manera:

*“... el enfermo es nuestra Universidad; por lo tanto necesitamos captar e interpretar sus mensajes, sus protestas, sus dramas, sus exigencias, pero para captarlas, necesitamos escucharlas y para escucharlas necesitamos dedicarle el tiempo suficiente y necesario a cada enfermo”.*

## Antecedentes históricos de la Relación de Ayuda Pastoral

Hasta hace unos años las capellanías se centraban casi exclusivamente en la actividad sacramental, actividad encomiable y extraordinaria pero insuficiente.

Pero a partir de 1.926 **Antón Boisen**, siguiendo a **Richar Cabot**, Médico de Boston y Profesor de Teología de la Universidad de Harvard, propuso la filosofía de la Clínica Pastoral Education, con este objetivo:

*“... para hacer eficaz nuestra andadura con el enfermo, necesitamos acudir a los documentos vivientes, es decir a las personas en crisis”.*

Antón Boisen, elabora los principios de la **Educación Pastoral Clínica**, convencido de que todo estudiante de Teología (Sacerdote, Religioso o Secular) que se vaya a dedicar al acompañamiento de enfermos, necesita un aprendizaje teórico-práctico pastoral semejante a los programas de formación que siguen los **M.I.R.** (Médicos Internos Residentes) en nuestro país.

Por la misma época, **Russell Dicks**, incorpora una **metodología concreta denominada: “El Ejercicio verbal escrito”**, siguiendo la línea del Estudio de Métodos de Casos.

Desde esa fecha de 1.926 y viendo la eficacia y la eficiencia de la Educación Pastoral Clínica y observando que para hacer eficaz la andadura con el enfermo lo mejor que han podido hacer es acercarse a los documentos vivientes, es decir a las personas en crisis en su mismo hábitat, estas destrezas, capacidades, habilidades y actitudes se han difundido desde Estados Unidos a otros países como Irlanda,

Alemania, Italia...; en España, estamos iniciándolo con muchas dificultades.

En Europa ya tenemos Universidades, Facultades de Teología, Seminarios e Institutos que dentro de la Teología Pastoral, lo van reconociendo académicamente de manera gradual.

En nuestro caso, la **Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Provincia Bética)** y la **Facultad de Teología de Granada** están ofreciendo actualmente el **I Master y Experto en Pastoral de la Salud**, intentando preparar alumnos no sólo en Teología Pastoral, sino en las destrezas, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para poder prestar un acompañamiento al enfermo y sus familias eficaz y eficientemente, donde se les ayude a generar recursos tanto internos como externos en los momentos dolorosos como son el pasar por una enfermedad grave e incluso terminal.

## Aportaciones de la Teología Pastoral y de la Psicología Humanista

Si queremos aprender a detectar, diagnosticar y abordar las Necesidades o Carencias Espirituales, lo primero que necesitamos es:

- 1) Preguntarnos qué son esas necesidades
- 2) Generar un Catálogo de las mismas para saber de qué estamos hablando.

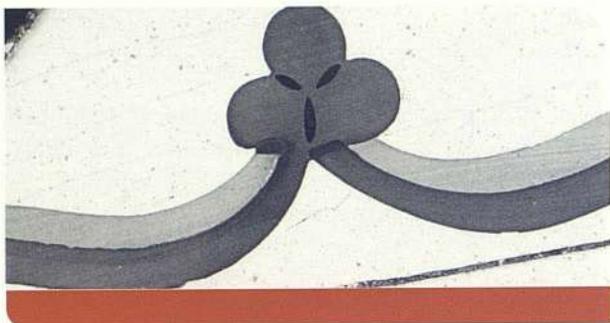
¿Qué es entonces una Necesidad Espiritual?

Intentemos antes de diseñar el Catálogo de Necesidades preguntarnos de qué estamos hablando:

**Necesidad:** es todo déficit o carencia de algo que necesitamos satisfacer en nuestra vida.

**Espiritual:** es precisamente lo contrapuesto a lo material y a lo temporal contemplado desde estos cuatro sentidos:

- \_ Lo anímico o psíquico
- \_ Lo inmaterial
- \_ Lo sensible y cultivado
- \_ Como principio del pensamiento



El hombre en su propia naturaleza une el mundo espiritual y el mundo material, por lo tanto es un ser corporal y espiritual. Aunque lo espiritual es designado en muchas ocasiones por el alma humana, y ésta designa a su vez a la vida humana (Mt 16, 25-26; Jn 15, 13), también *designa lo que hay de más íntimo en el hombre* (Mt 26, 38; Jn 12, 27) *y de más valor en él*, aquello por lo que es particularmente imagen de Dios: “*alma*” significa, pues, el principio espiritual del hombre.<sup>2</sup>

Por ese principio espiritual del hombre, es preciso que cada uno preste mucha atención a sí mismo para oír y seguir la voz de su conciencia. Esta exigencia de interioridad es tanto más necesaria cuanto que la vida nos impulsa con frecuencia a prescindir de toda reflexión, examen o interiorización.<sup>3</sup>

Para confeccionar el catálogo, no cerrado, de Necesidades Espirituales, desde la Teología Pastoral seguiremos a J.H. Thieffrey y desde la Psicología Humanista, a Maslow.

Según J.H. Thieffrey estas Necesidades serían:

- \_ Posibilidad de abrirse a la Trascendencia
- \_ Búsqueda de Sentido de la Vida (vida, enfermedad y muerte)
- \_ Conectar con el pasado, diseñar de alguna manera el futuro para vivir más intensamente el presente (el día a día, como el día más importante de la vida en esos momentos)
- \_ Establecer la vida Más Allá de sí mismo
- \_ Liberarse de viejos sentimientos de culpa
- \_ Reconciliarse consigo mismo, con los demás y si es creyente, con Dios
- \_ Ser reconocido como persona
- \_ Si se es creyente, expresarlo religiosamente
- \_ Volver a leer la Vida

Según Maslow estas Necesidades serían:

2- Catecismo de la Iglesia Católica número 363.  
3- Catecismo de la Iglesia Católica número 1.779.

- \_ Necesidades Fisiológicas
  - \_ Necesidades de Seguridad
  - \_ Necesidades de Amor y pertenencia
  - \_ Necesidad de Estima
  - \_ Necesidad de Realización
- y podemos añadir otras Necesidades como:
- \_ Discernir por la fase de la enfermedad que está pasando, siguiendo los pasos marcados por la **Dra. Kübler Ross**.
  - \_ Mundo de Valores
  - \_ Apertura a la Esperanza
  - \_ Relación de la Familia con el Enfermo
  - \_ Relación de la Familia con la Enfermedad

## La Atención Integral a los Enfermos y Familiares

En los Hospitales de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, estamos apostando por esta Atención Integral. Por eso necesitamos crear ese espacio dentro de nuestros Centros, aprovechando el paso por ellos en los momentos más críticos del ser humano, que es precisamente cuando pasa por una enfermedad grave, intentando que las Necesidades Espirituales que se intuyen desatendidas, sean escuchadas, comprendidas, esclarecidas. Por eso es muy importante que si queremos atender integral y holísticamente al enfermo y sus familias, cubramos también las Necesidades Espirituales junto con el resto de las dimensiones de la persona que ya son atendidas de ordinario.

La Carta de Identidad nos recuerda que: **El enfermo tiene quebrada su salud, lo que pone en crisis a toda la persona... por lo tanto de lo que se trata es de que a esa persona en crisis se le pueda poner en contacto**

con su dimensión de fe, si existe, para que de ese encuentro surja una fuente de salud integral.<sup>4</sup>

## Herramientas, Pistas, Habilidades, Destrezas de la Relación de Ayuda Pastoral

A la configuración Teológica y al enriquecimiento de la Relación de Ayuda Pastoral, ha contribuido la Psicología Humanista y la Psicoterapia. Han prestado a la Teología Pastoral:

- \_ Conocimientos (Saber)
- \_ Destrezas y Habilidades (Saber Hacer)
- \_ Actitudes (Saber ser)

Autores como **Rogers, Dietrich, Casera y Jesús Madrid** nos sugieren que:

1. Cuando intentamos hacer surgir los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos, potenciamos la Autoayuda.
2. Cuando el Pastoralista estimula al Enfermo, o a su Familia o a ambos, para la Autoayuda, pone en marcha todos los recursos dormidos dentro de la persona. Esto nunca significará tomar decisiones en nombre de nadie, sino que iniciando un diálogo y una escucha activa, con la persona enferma, este mismo diálogo nos permitirá que tanto el enfermo como su familia en situación de crisis, se aclaren sobre su propia persona, genere recursos tanto internos como externos y ponga en marcha toda una serie de iniciativas, que generalmente están dormidas, pero dentro de sí mismo. Se trata de activar las propias iniciativas de la persona enferma.
3. De lo que se trata, entonces, es de intentar promover un cambio en la mentalidad y en el comportamiento.
4. Estimulando, liberando, impulsando, remitiendo a alternativas y a posibilidades desatendidas, facilitamos de alguna manera el crecimiento de capacidades secuestradas de una persona en conflicto.

4- Carta de Identidad / Orden Hospitalaria de San Juan de Dios nº 5.1.3.2.

## Probabilidad

Si en mis acompañamientos pastorales puedo crear un cierto tipo de Relación de Ayuda Pastoral, la persona acompañada, desde una relación de empatía y ayudado por una autoexploración constructiva, le doy la ocasión de que se descubra a sí misma y sus posibles capacidades para ser utilizadas en esos momentos dolorosos, buscando su propia maduración y de esa manera, produciéndose: tanto el cambio, como la aceptación de las posibles pérdidas, la integración de las mismas e incluso la aceptación del final de la vida.

### ¿Qué espera del Pastoralista o Agente de Pastoral, el Enfermo y la Familia?

- a) La persona que vive una situación que le supone una **dificultad** concreta
- b) Experimenta que esta dificultad le genera un **gran sufrimiento**
- c) Expresándolo a través de **sus sentimientos** como: inseguridad, miedo, ansiedad, sentimientos de culpa, confusión...
- c') Espera del Pastoralista que éste comprenda **sus sentimientos** que está viviendo, expresando, verbalizando.
- b') Que participe de alguna manera de su **sufrimiento** (sobre todo con Empatía). El sufrimiento se reduce cuando se comparte.
- a') Que el Pastoralista examine y explore con el/ella estas **dificultades** y busque con él/ella, sentido a la vida, pistas, generación de recursos ... que le permitan salir o integrar e incluso tomar decisiones para vivir estas experiencias dolorosas lo más saludablemente posible.

## Distintos Estilos de Relación de Ayuda Pastoral

En la Relación de Ayuda Pastoral podemos manejar distintos Estilos de Relación:

- a) *Paternalista*: Orientado a la Persona pero de manera directiva.
- b) *Autoritario*: Orientado al Problema y de manera directiva.
- c) *Democrático*: Orientado al Problema pero de manera facilitadora
- d) *Empático*: Orientado a la persona y de manera facilitadora

Aunque los distintos estilos pueden ser usados con flexible creatividad en nuestros acompañamientos, por supuesto que recomendamos el Estilo Empático-Participativo donde el Pastoralista se centra en la persona, inspirándose sus intervenciones de autoexploración, confrontación y método de abordaje en una actitud facilitadora.

Así lograremos que  
el enfermo y sus familias  
que nos han demandando  
ayuda, se sientan  
comprendidos.

De esta manera podrán caminar hacia la resolución lo mejor posible del conflicto o la crisis, en función de sus recursos y de sus limitaciones y no de los que les ofrezca el Pastoralista como mercancía barata.

## El Proceso de la Relación de Ayuda Pastoral

El proceso consta de tres grandes partes:

- 1) *La Exploración;*
- 2) *La Comprensión*
- 3) *El Medio de Abordaje*

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**  
**Servicio de Pastoral de la Salud**  
**Relación de Ayuda / Humanización**  
**CORDOBA**

### PROCESO DE RELACIÓN DE AYUDA

#### *1ª Fase: Explorar*

Tratar de comprender y penetrar en el punto de vista tanto del enfermo como de la familia, facilitando la propia autoexploración. (Necesitamos: Escuchar, Acoger, Captar, Percibir)

(Se identifican las Acciones Pastorales realizadas a través de Items)

#### *2ª Fase: Comprender*

Se van reuniendo los datos de la exploración / autoexploración para que se pueda ver la relación de unos con otros.

Intentaremos que el enfermo o su familia haga un: Discernimiento, Busque Sentido a la Vida, Confronte, Personalice con nuestra ayuda.

(Se identifican las Acciones Pastorales realizadas a través de Items)

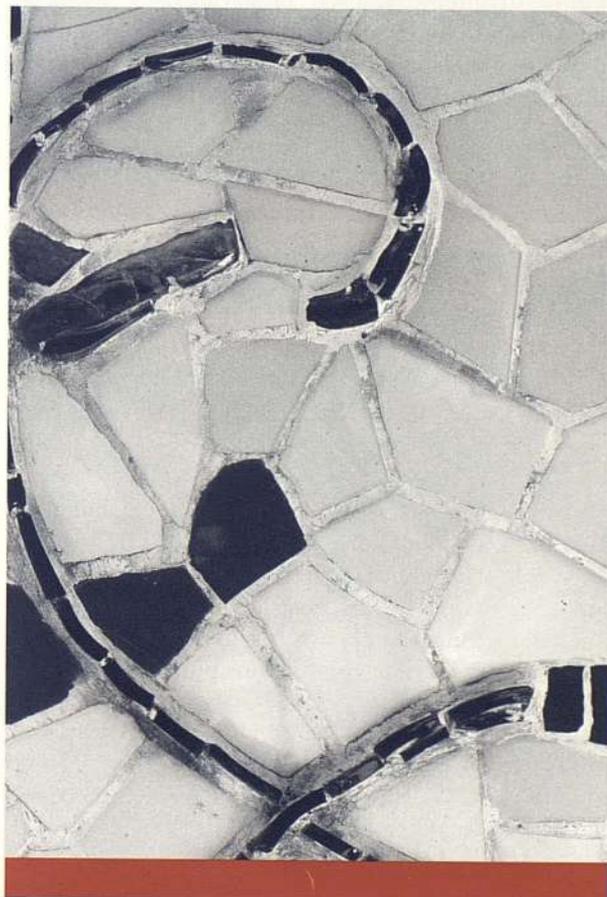
#### *3ª Fase: Actuar iniciando un Método de Abordaje*

Se trata de elaborar con el enfermo y/o la familia un plan de acción concreto contando con sus limitaciones, y la posibilidad de generen toda clase de recursos tanto internos como externos.

(Se identifican las Acciones Pastorales realizadas a través de Items)

En el momento de la exploración, fomentamos en realidad la autoexploración y la autocomprensión haciendo que el enfermo o el familiar que nos ha demandado ayuda, se haga consciente de la situación que está viviendo, el grado de complejidad y gravedad de su enfermedad, para así, promover desde dentro, el posible cambio de comportamiento o de actitudes que le permitan superar e integrar esa situación que le está generando sufrimiento, para intentar vivirlo de la forma más adecuada.

Este momento de la exploración puede ofrecerse, en la habitación del enfermo, en el despacho del pastoralista, en el pasillo del área de consultas, camino de los quirófanos, en la puerta de urgencias... esto es, en cualquier lugar donde podamos mantener un encuentro con el enfermo o la familia. De lo que se trata es de que ésta sea atendida, se sienta comprendida, acogida, que se capten sus sufrimientos, la angustia experimentada, su caos interior, la soledad que está viviendo y se le favorezca el proceso de autoayuda para que de alguna manera se pueda dar forma y contenido a la dispersión y caos que están soportando, experimentando y viviendo como buenamente pueden.



En la segunda fase que es la de personalización, concreción, se trata de intentar reunir los datos que han surgido en la autoexploración, de manera que viendo la relación de unos con otros o subsanando los que no cuadran, incluso se enfrentan, se ayude a comprender la raíz, la génesis de la situación que se está viviendo. Si no hay previamente un clima de Empatía, a esta segunda fase nunca se llega.

En esta segunda fase es cuando tiene lugar el discernimiento, la búsqueda de sentido, la generación de recursos tanto internos como externos, la revisión de las propias limitaciones y todo gracias a que en nuestros acompañamientos pastorales, facilitamos la comprensión, la empatía, la experiencia de que alguien se interesa por el/ella en esos momentos cruciales y al mismo tiempo no permitimos que la soledad acabe rematando la enfermedad.

En la tercera fase, llega el momento de iniciar el cambio, de poner en marcha las alternativas posibles, de iniciar los recursos disponibles, en definitiva de elaborar un Plan de Acción – si es posible. Es bueno tener en cuenta que en ocasiones el mismo diálogo contemplado en el acompañamiento ya ha provocado un cambio real en el modo de concebir lo que está pasando y al mismo tiempo la generación de recursos posibles adaptados a las limitaciones.

## Otras fuentes de inspiración para nuestros acompañamientos

No solo la Psicología Humanista nos presta Habilidades, Destrezas, y Conocimientos, también de la **Teología de la Pastoral Bíblica**, podemos aprender, utilizando los recursos que ésta nos posibilita, iluminando nuestros acompañamientos pastorales a la **Luz de Jesús de Nazaret**. Por ejemplo nos pueden servir éstas perícopas:

1. *El Buen Samaritano (Lucas 10, 25-37)*
2. *El Ministro de la Reina de Etiopía (Hechos 8, 26-40)*
3. *El Buen Pastor (Juan 10, 7-21)*
4. *El Endemoniado de Gerasa*
5. *La Curación del Paralítico (Lucas 5, 17-26 y Juan 5, 1-9)*

### 6. Camino de Emaús (Lucas 24, 13-35)

7. ...

Son preciosos, eficaces y eficientes itinerarios de acompañamiento útiles y efectivos para aprender de Jesús de Nazaret cómo acompañar y despertar recursos dormidos. Estos recursos ya los lleva utilizando la Comunidad Cristiana desde hace sólo 2.000 años.

Como éste no es el lugar apropiado, por su extensión de ver todas las perícopas, sirva como ejemplo El Buen Samaritano de Lucas 10, 25-37:

*“Jesús le respondió: - Un hombre bajaba de Jerusalén a Jericó y cayó en manos de unos salteadores que, después de desnudarlo y golpearlo sin piedad, se alejaron dejándolo medio muerto. Un sacerdote bajaba casualmente por aquel camino y, al verlo, se desvió y pasó de largo. Pero un samaritano que iba de viaje, al llegar junto a él y verlo, sintió lástima. Se acercó y le vendó las heridas, después de habérselas curado con aceite y vino; luego lo montó en su cabalgadura, lo llevó al mesón y cuidó de él. Al día siguiente, sacando dos denarios, se los dio al mesonero, diciendo: “Cuida de él, y lo que gastes de más de te lo pagaré a mi vuelta”.*

En nuestros acompañamientos a enfermos y familiares podemos hacer lo mismo:

- a) Al verlos, podemos desviarnos, pasar de largo, hacer visitas de rutina, incluso pasar dos o tres veces por todas las plantas de nuestros hospitales sin conocer ni siquiera el nombre de nuestros enfermos.
- b) O llegar junto a ellos (aquí no interesa la cantidad de acompañamientos, sino la calidad de los mismos), y conovernos, acercarnos, escuchar, vendar sus heridas desde la Escucha y la Empatía, intentando comprenderlos, quererlos, escucharlos e incluso acompañarlos en silencio cogidos de la mano, intentando caminar con el/ella, recorriendo su proceso de enfermar, intentando despertar sus recursos que están dentro de ellos pero dormidos hasta el momento y además cuidando de que El Equipo Interdisciplinar (El Mesón) atienda lo mejor posible a la persona integralmente, esto es, desde todas sus dimensiones.

Se trata en el fondo de ofrecer ayuda en los cuatro agujeros negros que aparecen en nuestra vida sobre todo en el momento de enfermar y cuando la situación

es crítica y pone en peligro nuestra existencia: La Enfermedad, la Soledad, Los Viejos Sentimientos de Culpa y sobre todo el Miedo a la Muerte quizá ni elaborada anteriormente ni cuestionada hasta ahora.

**Veamos por encima estas Habilidades y Destrezas y su Definición, Objetivos, Dificultades, Peligros, Direcciones que comporta:**

Un primer bloque estará dedicado a la primera parte del proceso de ayuda al que hemos denominado: la Exploración o Autoexploración.

**La Actitud Empática**

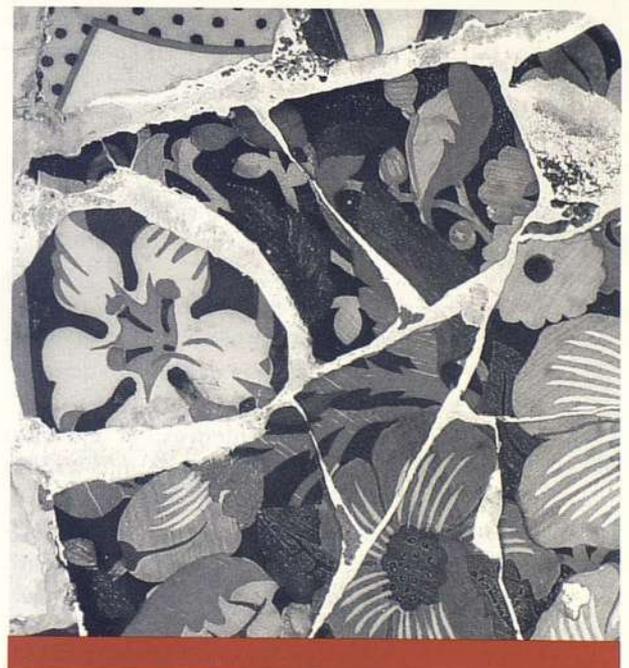
Es la percepción fina y sensible necesaria para captar las manifestaciones de nuestros enfermos y familiares, esto es, es la percepción fina y sensible necesaria como Pastoralistas que necesitamos para que en nuestros acompañamientos nos podamos meter en los “zapatos del otro”, con permiso del enfermo, con todo respeto y sin hacer juicios de valor.

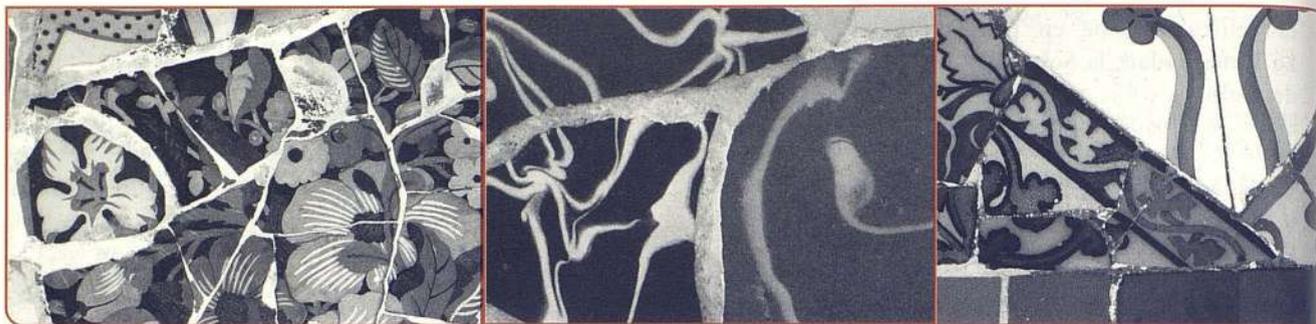
Por eso las dificultades que necesitaremos detectar desde un adiestramiento constante serán la de no dar consejos ni proponer soluciones, o correr el peligro de pasar de la Empatía a la Simpatía, o caer en el aburrimiento o hastío y la rutina por quemamiento profesional.

**La Escucha Activa**

Como todos sabemos, aunque no caigamos cuando estamos frente o junto a otra persona, “Escuchar” significa muchos más que “Oír”, significa que cuando estamos escuchando, el enfermo o su familia atendida y acompañada en esos momentos, se siente comprendido en su dolor y en su sufrimiento, porque se da cuenta que el Pastoralista no está haciendo una visita de rutina, sino que lo está comprendido, no sólo por lo que verbaliza, sino porque ha captado el mensaje que hay detrás de las palabras, que suele ser mucho más grande. Generalmente en nuestras conversaciones manifestamos situaciones que se verbalizan y otras que no, por eso solemos quedarnos cortos cuando las compartimos. El Pastoralista es el que está adiestrado para captar ese mundo interior, ese otro mensaje que no aparece en las palabras, porque está detrás de ellas.

La Escucha Activa, es sana, terapéutica y ayuda más de lo que nos podemos imaginar y esto es así porque crea un espacio donde el enfermo puede abrirse





y puede verbalizar con confianza y libertad todo su dolor, permitiendo este drenaje, que se sienta comprendido. Esto le ayuda a curarse al menos interiormente y, al sentirse bien, potencia positivamente su sistema inmunológico.

### La Respuesta Empática

Toda Escucha, demanda una Respuesta. Lo que pedimos al Pastoralista es que sea también una Respuesta Empática, esto es, que no se trata de resolver los problemas del enfermo, ni de dar consejos magistrales, sino de que podamos buscar juntos alternativas posibles, razonar juntos, comprender juntos; esto le permite al enfermo y/o a sus familiar, tomar conciencia de que es comprendido tal como se comunica, de que aún tiene recursos tanto internos como externos. Otras veces la única respuesta posible será “callar”, y cogerle la mano en silencio ofreciéndole seguridad y manifestándole con este gesto, que no está sólo en esta lucha contra el dolor que le produce la enfermedad. Así ayudaremos muy eficazmente en esos momentos difíciles donde las palabras sobran e incluso en alguna ocasión molestan.

### La Aceptación Incondicional

Pero nuestros acompañamientos nunca serán eficaces, si previamente el enfermo no ha captado que ha sido Aceptado Incondicionalmente, esto es, que ha sido aceptado sin ponerle condiciones, con todo su presente, su pasado y su posible futuro y por tanto con su modo de expresarse y de vivir, sin reservas y sin juicios de valor.

Si en nuestros acompañamientos, el enfermo percibe la ausencia de cualquier tipo de juicio sobre todo el moralizante, si percibe una confianza positiva, si se siente acogido con toda su persona y si experimenta cordialidad en el trato, el acompañamiento será efectivo, aunque no pueda ser medible y cuantificable. Lo podemos apreciar en recuperación de la calidad de vida de la persona acompañada.

## Veamos Habilidades de la segunda parte del proceso de ayuda: La Comprensión

### La Personalización y la Confrontación

Estamos Escuchando con mucha atención grandes cantidades de dolor, problemas sin resolver, sentimientos heridos... llega la hora de concretar con el enfermo. Si éste se ha sentido comprendido durante la Escucha Empática, ahora la Personalización y la Confrontación ayudarán a poner orden, a concretar, a ser específico, a evitar toda generalización, a que el diálogo se centre en que se pueden despertar recursos reales tanto internos como externos. En el fondo se trata de que el enfermo se haga cargo de su propio problema, con sus recursos, que pueda analizar su grado de responsabilidad y el grado de control que tiene sobre sí mismo y en el caso del Pastoralista cómo seguir ayudándole para que se despierten dichos recursos.

Por eso es bueno, necesario y de manera prudente confrontar diversas alternativas posibles con sus ventajas e inconvenientes.

Pero la Confrontación tiene un peligro grave y serio del que necesitamos ser conscientes los pastoralistas: y es que una confrontación sin comprensión, puede degenerar en moralismo al convertirnos en jueces del bien y del mal y más que ayudarle podemos hacerle más daño del que está sufriendo en estos momentos.

## Y en la tercera parte del proceso de Relación de Ayuda Pastoral

### El Medio o Método de Abordaje

Con todo este material que ha surgido en nuestros acompañamientos junto a los documentos vivientes que son las personas enfermas o en situación de crisis y posiblemente cercanas a la muerte y con todas las dimensiones de la persona rotas o deshechas por el dolor, aún así, podemos despertar un medio

de abordar esa situación despertando recursos tanto internos como externos, para:

- 1) En caso de grandes pérdidas que se generen recursos tanto internos como externos y así rehacer el Proyecto de Vida personal.
- 2) En caso de cercanía de la muerte, que podamos ayudar a enfrentarse a ella y entrar en el misterio, si es creyente desde la fe y, si no es creyente, como buenamente podamos respetando siempre la dignidad humana y la última voluntad posiblemente diseñada, confeccionada en su Testamento Vital del enfermo acompañado y su familia. Y si no lo tiene también se le puede ayudar a concretarlo.

A modo de resumen de este catálogo de Habilidades y Destrezas, se trata en el fondo que dando estos tres pasos:

- a) *La Exploración y la Autoexploración*
- b) *La Comprensión*
- c) *Iniciar un Medio de Abordaje*

Tengamos suficientes conocimientos, como para despertar en el enfermo y su familia los recursos tanto internos como externos necesarios, utilizando todas las destrezas, habilidades y actitudes reseñadas anteriormente y ayudemos en nuestros acompañamientos.

Creo que ya tenemos un poco más claro que acompañar en el plano espiritual incluye lo religioso pero no lo agota, por lo tanto os dejo las siguientes sugerencias:

- 1) Escuchemos a nuestros enfermos, no sólo los visitemos.
- 2) Que se sientan comprendidos con nuestras visitas, no reprendidos con nuestros sermones a destiempo y fuera de contexto.
- 3) Que les respondamos a los temas que nos demanden y que podamos facilitarles su propia autoexploración.
- 4) Que desde nuestra Escucha Activa, podamos recoger y recabar los diversos datos que han ido surgiendo en la autoexploración para ver si Personalizando o Confrontando, ayudamos a concretar.
- 5) Y así podamos colaborar con el enfermo y su familia a que ellos mismos, desde sus recursos, puedan elaborar más o menos el Plan de Acción que mejor les conviene de acuerdo a sus recursos posibles tanto internos como externos y de acuerdo también a sus limitaciones.

## El Diagnóstico Pastoral

En principio la palabra diagnóstico, según la **Real Academia de la Lengua**, viene del griego *diagnosis* –conocimiento–. Dícese de los signos que permiten reconocer las enfermedades. Desde el campo de la Medicina, el diagnóstico se ocupa de determinar las enfermedades por los síntomas de las mismas, luego partiendo de un diagnóstico es cuando se puede indicar un tratamiento para la enfermedad.

Pues bien, con las Necesidades Espirituales necesitamos seguir las mismas pautas aunque se trate de lo más íntimo del hombre y de más valor y aunque no tengamos una cartografía perfectamente diseñada.

Desde lo escuchado con mucho respeto en nuestros acompañamientos y manifestado a través de sus sentimientos nos tenemos que bastar. No hay más. Desde ahí necesitamos identificar los signos y los síntomas que nos permitan elaborar el Diagnóstico Pastoral. Estos son. (Catálogo abierto)

### *Estado Saludable*

En buena disposición para conservar la salud y/o luchar por la enfermedad desde la generación de recursos tanto internos como externos.

### *Situación Compleja*

Conjunto de elementos diversos que complican su curación o mejoría o la integración de las limitaciones.

### *Formalista*

Persona escrupulosamente cuidadosa de la forma o tradición

### *Indiferente*

Que no presenta ninguna motivación preferente. Sin interés. No desea luchar. Ha tirado la toalla.

### *De difícil valoración*

No nos podemos comunicar (ej.: coma vigil)

Una vez obtenido el Diagnóstico Pastoral, estamos ya en situación de promover en el enfermo y la familia, recursos tanto internos como externos en la medida que podamos.

## Todo en Equipo Interdisciplinar

El Pastoralista no es un eslabón perdido en el Equipo

Terapéutico. Si queremos ofrecer a nuestros enfermos y sus familias una Atención Integral, necesitamos trabajar en Equipo Interdisciplinar.

Sólo trabajando por el enfermo en equipo haremos efectivo nuestro trabajo.

El Pastoralista necesita participar como miembro activo en el Equipo Interdisciplinar, junto con el Médico, DUE, Auxiliar, Trabajador Social, Sacerdote, Psicólogo...

Es la única manera de que el enfermo sea atendido en todas sus dimensiones como persona.

Por lo tanto el Pastoralista Clínico, puede colaborar atendiendo interconsultas de otros profesionales, proponiendo alternativas en cuanto al apoyo integral del enfermo y de la familia en situaciones críticas, abordar altas programadas en equipo en situaciones críticas...

### Objetivos del Acompañamiento Pastoral desde la Relación de Ayuda Pastoral

De cara al enfermo acompañado y sus familias

- \_ Que se produzca el cambio si se puede.
- \_ Ayudar a que integre su situación actual, que puede ser de grandes pérdidas o de abordar su final.
- \_ Que se vaya adaptando a su situación actual con la mayor calidad de vida posible.

Como tarea del Pastoralista Clínico

- \_ Que ayude a eliminar el sufrimiento innecesario.
- \_ Que intente luchar contra el sufrimiento injusto.
- \_ Que intente mitigar el dolor inevitable.
- \_ Que contribuya a que el enfermo se afirme a pesar de su situación negativa.
- \_ Que intente integrar la situación adversa por la que está pasando.
- \_ Y sobre todo que ayude a Humanizar la Asistencia Integral al Enfermo y su Familia

#### Bibliografía consultada

ROGERS, C. *El proceso de convertirse en persona* / Editorial Paidós / Barcelona / 1.986

DIETRICH, G: *Psicología General del Counseling* / Herder / Barcelona / 1.986 <sup>2</sup>

CASERA, D: *E si prese cura di lui* / Salcom Varese / 1984 <sup>3</sup>

BERMEJO, J.C. *Apuntes de Relación de Ayuda* / 1.998

BERMEJO, J.C. *Relación de Ayuda y Enfermería* / 1.998

PANGRAZZI, A: *Girasoles junto a sauces* / 1.999

ÁLVAREZ, F. *El Evangelio de la Salud*

BERMEJO, J.,C. *Aspectos Espirituales en los Cuidados Paliativos*

JUAN PABLO II: *Salvifici Doloris*

GIORDANI, B. *La Relación de Ayuda de Rogers a Carkhuff*

GONZÁLEZ, A: *Antes que el cántaro se rompa* / 1.993

PANGRAZZI, A: *¿ Por qué a mi ?*

FRANCIA, A: *Vivir desde lo positivo*

BAUMGARTNER, I: *Psicología Pastoral* / 1.997

TELEFONO DE LA ESPERANZA: *Hombre en Crisis y Relación de Ayuda* / 1.986

MARCHESE, P. *La Humanización* / Secretariado Interprovincial de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios / Curia Generalicia / Roma 8 de Marzo de 1.981

CARTA DE IDENTIDAD de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios / Curia Generalicia / Roma 8 de Marzo de 2.000

# Necesidades Espirituales del Enfermo y Beneficios del Acompañamiento Espiritual

> Hno. Juan Bautista Llinares Lloret  
*Licenciado Universitario en Estudios Eclesiales.  
Diplomado en Teología. Diplomado en Ciencias Empresariales.  
Master en Ética Aplicada y Bioética*

El autor reflexiona sobre los beneficios que aporta el acompañamiento espiritual basándose en el modelo espiritual de cuidado de la salud. Hace un repaso a la semántica del concepto basado en diferentes autores y del vocabulario para acabar con una clasificación de necesidades espirituales y llegar a los beneficios del acompañamiento espiritual. ▶

## 1.1 Situación actual del concepto

La noción de “necesidades espirituales” ha sido repetida recientemente y con mucha insistencia dentro del medio sanitario, sobre todo en profesionales del ámbito anglófono y francófono, donde ha surgido un “movimiento” promoviendo la integración de la espiritualidad en la medicina y en la pastoral de la salud y más en concreto en los cuidados paliativos: entra en el marco de la aproximación integral de la persona enferma que ha sido restituido gracias, entre otros a este movimiento.

Jorge Engel<sup>1</sup> presentó una visión alternativa para el cuidado de la salud cuando describió su modelo de bio-psico-social. Este modelo, no se ha llevado siempre a la práctica, colocó al enfermo directamente dentro de la conexión que incluyen los estados afectivos y los psicológicos del paciente, así como el significativo las relaciones interpersonales que rodean a aquella persona. Al mismo tiempo, White, Williams, y Greenberg<sup>2</sup> introducían un modelo ecológico de cuidado del paciente que incluyó también la atención a su ambiente, un modelo de salud pública de cuidados primarios. Ninguno de estos modelos contemplaban la dimensión espiritual. Aunque ambos confirman ciertas realidades sobre los enfermos como personas humanas en su globalidad, pero ninguno se ha adaptado al modelo antropológico totalmente integral, es decir, ningún ha intentado articular una base metafísica para una nociones de enfermo como persona.

Ambos modelos han luchado para encontrar un lugar en la principal corriente médica. En gran medida, esto es porque los logros de la medicina se habían realizado acogiendo al modelo contrario. Más bien, considerando al enfermo, no como una persona situada dentro de una conexión de relaciones, sino que la ciencia médica a menudo, consideraba al paciente como un objeto de investigación dócil, separado y desintegrado. Por la reducción científica de la persona a un espécimen lleno de sistemas, órganos, células, reacciones bioquímicas y genoma; la medicina ha hecho notable descubrimientos que han conducido

a incontables avances terapéuticos. Nadie pone en duda que estos avances hayan sido buenos. Pero la experiencia, de pacientes y personal sanitario, a comienzos del siglo veintidós, es que el reductivismo es un modelo científico inadecuado a las necesidades verdaderas de los enfermos, que son personas y aunque hayamos descubierto el código genético, esto no nos ha conducido a entender quienes son los seres humanos: qué es el sufrimiento o la muerte mezquina, qué puede darnos una esperanza, que queremos decir con la muerte digna, o como podemos aprender a morir como personas. Todas las personas humanas tienen genomas, pero las personas humanas no son reducibles a su genoma. Parafraseando a Marcel<sup>3</sup>, “una persona no es un problema para ser solucionado, pero si es un misterio en la cual morar”.

En los centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, pretendemos utilizar un modelo que va más allá del bio-psico-social, tenemos como referencia al modelo espiritual de cuidado de la salud (King; McKee y Chappel<sup>4</sup>). A la hora de acercarnos, preocuparnos y ocuparnos de la persona, lo vamos a hacer iluminados por el modelo configurativo que tenemos de la persona, el cual va a perfilar la asistencia que una institución se plantea.

El Modelo antropológico<sup>6</sup> del que partimos, es considerar a la persona como una realidad plural, constituida por las dimensiones: somática, psíquica, social y espiritual.

La somática es el vehículo que nos pone en contacto con el mundo exterior, y que nos interacciona con el mundo interior. No somos ni existimos sin cuerpo. La actitud que se ha tenido ante esta dimensión constitutiva de la persona, ha ido variando a través de las distintas épocas. Ha ido desde una concepción más platónica, en la que se le concebía como cárcel; pasando por una concepción cristiana, en la que el valor del cuerpo era ambiguo, siendo a la vez peligro y valor; y hasta llegar a una concepción actual más hedonista, en la que se absolutiza el cuerpo, instruido con competencia y un rigor técnico principalmente en el expediente médico y el enfermero

La psíquica constituye todo el mundo del intelecto,

1- Engel G. L., 1977. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 196: (4286) 129-136..

2- White K. L., Williams T. F., Greenberg B. G., 1996. The ecology of medical care. Bulletin of the New York Academy of Medicine 73:187-212.

3- Marcel G., 1949. Being and having (p. 117; K The University Press, Farrer, Trans.). Glasgow, Scotland.

4- King D. E., 2000. Faith, spirituality and medicine: Toward the making of a healing practitioner Haworth Pastoral Press, Binghamton, NY.

5- McKee D. D., Chappel J. N., 1992208. Spirituality and medical practice. Journal of Family Practice 35:201-205.

6- Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Roma 2000.

de los sentimientos y las emociones. Es donde se condensa gran parte de la energía existencial, que concierne vivido a psíquico del enfermo (en dependencia del de sus allegados).

La **social** está constituida por el conjunto de nuestras relaciones interpersonales, que concierne al universo relacional del enfermo en toda su complejidad – relaciones de proximidad con su familia, a las relaciones también esenciales aunque más impersonales con las instancias diversas y sociales (la Seguridad Social, por ejemplo).

La **espiritual** ocupa el mundo de los valores trascendentes y a la vez tan íntimos e inmanentes, que forman parte del núcleo de la identidad de la persona.

Las cuatro son necesarias, constitutivas y esenciales en la persona humana. Están interrelacionadas hasta el punto, que cualquier disfunción que se produzca en alguna de ellas, a la hora de plantearnos la asistencia desde una concepción integral de la misma, deben de estar todas ellas contempladas y asistidas por profesionales cualificados y competentes.

Todos estos componentes están, por supuesto, en interacción permanente y, en la vida del enfermo, no pueden aislarse las unas de otras. Queda sin embargo necesario y legítimo distinguirlos en el orden conceptual y para las necesidades de la clarificación. Al componente espiritual es además habitualmente reconocido con un estatuto más particular: designaría, en el corazón de la persona, el más íntimo de lo íntimo, la persona misma en su estatuto de sujeto, el que la hace libre e irreductible a muy diferente.

Es posiblemente, por otra parte, el estatuto privilegiado que hace el dominio espiritual más difícil de aprehender en el marco de una reflexión práctica sobre el cuidado. Ha sido posible realizar progresos, que fueron significativos, tanto en el campo de la **biología** (ej.: el uso cada vez más perfecto de los analgésicos,...), en el campo de la **psicología** (ej: las etapas de morir según **E. Kübler-Ross**, elaboración del duelo,...), mientras que los contornos del campo espiritual quedaban difíciles de establecer. Todavía hoy, lo espiritual aparece, para los ojos de algunos, demasiado vasto, demasiado misterioso, demasiado inquietante, para ser aceptado en la asistencia y el cuidado sanitario. Sin embargo, se ha entreabierto

una puerta para fundamentar, evaluar, diagnosticar sobre lo más misterioso del hombre, su espiritualidad.

Hay muchos autores, como **Engel y White**, que afirman la necesidad de este modelo integral, sin hacer mucho más que asignar un nombre a ello. Ellos no lo han fundamentado sobre una antropología filosófica, como por ejemplo lo ha hecho el Dr. **Francec Torralba**, no han mostrado como este nuevo modelo puede ser integrado con el reductivista, o con el concepto científico de paciente o como esto puede ser constituido, en algo más general, que incluya una metafísica de la vida y de la muerte. Además, hay “un movimiento” ha surgido promoviendo la integración de espiritualidad en la medicina. Este movimiento se divide en dos ámbitos, ningún de los cuales aparece adecuado a la tarea. Uno etiqueta al modelo de medicina reductivista científico como “racional”, “occidental”, “parcial”, “estrecho”, “chovinista”, y quizás hasta dañino, buscando cualquier componente para sustituirlo o, al menos, para complementarlo, como un universo paralelo de práctica y discurso médico (**Chopra 2001; Myss 1997 ; Weil 1995** ).

El otro acepta el modelo científico reductivista, y aunque podría ampliar las fronteras del modelo científico del paciente para incluir el psicológico, lo social y lo espiritual, sin embargo casi aparece abogar por la reducción de lo espiritual a lo científico (**Benson, Malhotra, Goldman, Jacobs, Y 1990 Hopkins ; Matthews y 1998 Clark** ). Además, el modelo científico de espiritualidad en la asistencia médica ahora ha producido una colección alarmante de técnicas de medida con muy interesante resultados, pero que han engendrado una significativa turbación sobre que es medido, por qué esto es perseguido, y que significa esto.

## 1.2. Semántica del término necesidad espiritual:

Por otra parte la expresión misma de “necesidad espiritual” merece reflexión: es – ¿ella pertinente? ¿Aceptable?. Mientras que la noción de necesidad llame la atención de una manifestación del enfermo,

de una carencia que, una vez identificada, podrá ser satisfecha por una respuesta adecuada, con riesgo a resurgir un poco más tarde (el hambre, la sed son necesidades. Cf. la pirámide de las necesidades del enfermo según Maslow y su utilidad para la ética del cuidado), la palabra espiritual es menos unívoca.

¡Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, designa lo espiritual como perteneciente o relativo al espíritu, y éste, lo define en un campo semántico muy amplio: ser inmaterial y dotado de razón; alma racional; don sobrenatural y gracia particular que Dios suele dar a algunas criaturas; principio generado, carácter íntimo, esencia o sustancia de algo; vigor natural y virtud que alienta y fortifica el cuerpo para obrar; ánimo, valor, aliento, brío, esfuerzo; vivacidad, ingenio,...; incluso vapor sutilísimo que exhalan el vino y los licores!. Las indecisiones de la lengua muestran bien la dificultad en situarse con precisión en el término “espiritual”.

No obstante, aunque, en todo rigor del término, no es sin duda imposible delimitar mejor el campo de estas necesidades cualificadas de espirituales, situándolos en la orden del deseo, de lo relacional. Significan la manera en la que cada uno –incluyendo los enfermos– se vive en una situación de dependencia, de espera, total de deseo, enfrente de otro, significando así su no suficiencia y su límite.

## 2. Los orígenes de la noción: necesidades espirituales

Podemos situar la aparición de la noción de “necesidades espirituales” en la confluencia de dos corrientes de búsqueda que convergieron hace una cuarentena de años: una corriente ya antigua de reflexión sobre la ética sanitaria conducida por profesionales de la salud (enfermeras sobre todo, y últimamente

por médicos y psiquiatras) y una corriente un poco más reciente alimentada por la reflexión de los pastoralistas de la salud.

Al principio de la corriente de reflexión sobre la ética profesional, hay que rendirle homenaje en primer lugar a Virginia Henderson a la que agradecemos la expresión “necesidad espiritual”. En sus “Principios fundamentales de la asistencia a enfermos” (1969), es a ella quien propuso una primera definición: “*practicar su religión o actuar según su concepción del bien y del mal*”. Las necesidades espirituales confluyen con la dimensión religiosa y la dimensión ética de la existencia del hombre. Así como se le ve, en esta definición, estos dos items y establece una aproximación –mismo tiempo, mantiene una confusión– entre necesidades espirituales y necesidades religiosas. Una distinción más nítida será establecida más tarde.

Después, en la descendencia de Virginia Henderson, se reencuentra un gran número de autores que comparten su punto de vista, particularmente profesionales de salud, hoy investidos en el proyecto de los cuidados paliativos. Entre ellos, hay que mencionarle a Cicely Saunders, antigua enfermera, después médico en Sant Christopher Hospicie en Londres, que profundiza más en la misma búsqueda, en el término de “sufrimiento espiritua”: sufrimiento que aparece y se intensifica entre los enfermos de quienes las necesidades espirituales no han sido satisfechas. Para Cicely Saunders, este sufrimiento es de la persona integral, los valores morales a lo largode su vida y sus elecciones pasadas doloroso cuando la muerte se mira próxima. La puesta en contacto del nacimiento y de la muerte sugiere el dinamismo de lo espiritual.

La corriente de reflexión de los responsables de la pastoral de la salud, en el ámbito católico y protestante, representantes de las instituciones religiosas en el seno de la institución hospitalaria, centraron su atención en las demandas de ciertos enfermos que, sin ser del orden de lo religioso, en sentido estricto del término, fueron estudiadas por los representantes de las tradiciones religiosas. De esta manera tenemos al

8- Saunders, C. Spiritual Pain. Journal of Palliative Care. 1988;4,3.

9- Sulmasy D. P., 1997. The healer's calling: A spirituality for physicians and other health care professionals Paulist Press, New York.

Sulmasy D. P., 1999a. Finitude, freedom, and suffering. Hanson R., Mohrman M., , ed. Pain seeking understanding: Suffering, medicine, and faith 83-102. Pilgrim Press, Cleveland, OH.

Sulmasy D. P., 1999b. Is medicine a spiritual practice?. Academic Medicine 74:1002-1005.

Sulmasy D. P., 2000. Healing the dying: Spiritual issues in the care of the dying patient. Kissel J., Thomasma D. C., , ed. The health professional as friend and healer 188-197. Georgetown University Press, Washington, DC.

Sulmasy D. P., 2001a. Addressing the religious and spiritual needs of dying patients. Western Journal of Medicine 175: (4) 251-254.

Sulmasy D. P., 2001b. At wit's end: Dignity, forgiveness, and the care of the dying. Journal of General Internal Medicine 16:335-338.

Padre Daniel P. Sulmasy<sup>9</sup>, franciscano, doctor en medicina, licenciado en filosofía y teología, asesor del los Centros Médicos Católicos de ST. Vincent, en Manhattan, profesor de medicina y director del Instituto de Bioética de la Universidad Médica de Nueva York, ha presentado un modelo de investigación y de práctica que amplía el modelo bio-psico-social para incluir las necesidades espirituales de los enfermos. Así Cosette Odier, pastor capellán del Hospital en Ginebra, distingue “necesidades las espirituales de las religiosas” a las cuales le parece posible responder acudiendo a los recursos específicos de las tradiciones religiosas (ej. por la referencia al libro fundador, como la Biblia para el judío o el Corán para el musulmán) y las “necesidades espirituales difusas” que llaman una respuesta en el orden humano fundamental de una presencia, de una escucha, de una clasificación de las mismas.

Desde el punto de vista filosófico, el Dr. Francesc Torralba tiene una amplia bibliografía que fundamenta y razona la dimensión espiritual<sup>10</sup>. Bernard Lonergan<sup>11</sup>, ha razonado que “*el hombre es un ser con juego complejo de relaciones, y, la enfermedad, correctamente entendida, es una interrupción de las relaciones correctas*”.

Vemos que, en ambos ámbitos, el secular y el pastoral ha sido realizada, la puesta en evidencia de la noción de “necesidad espiritual” y contribuyó al ensanche o al ajustamiento tanto de la identidad sanitaria de los profesionales de salud como de la identidad pastoral de los responsables de pastoral. Podemos pensar que tal abertura de una y otra parte favorecerá un mejor acompañamiento de los enfermos.

La realidad de la atención a las “necesidades espirituales” no ha sido reconocida y admitida plenamente en nuestro país, es verdad que la Ley General de Sanidad de 1986, título 1º, cap. 1º, art. 10 dice: “*Todos los ciudadanos tienen derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana, e intimidad, sin que*

*pueda ser discriminado por cuestiones de raza, sexo, moral, social, ideológico, económico, político o sindical*”; es cierto que en el ámbito de enfermería se ha progresado en considerar a la satisfacción de las necesidades espirituales forman parte de los cuidados básicos de enfermería, en la práctica, el verdadero reconocimiento viene dado en el solo círculo limitado de algunos especialistas convencidos de su validez para la práctica de los cuidados paliativos.

Ha sido ratificada también por instancias más universales. Así se encuentra reconocida en un informe del OMS<sup>12</sup> en 1990, es verdad que hace un esfuerzo de definición que deja al lector con hambre: según este informe, espiritual concierne “los aspectos de la vida humana vinculados a las experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales”... Yendo más lejos la mayoría de autores rescatan de este concepto demasiado abstracto evocando lo espiritual “como el factor de integración juntos a los componentes físicos, psicológicos y sociales” de la persona. Esta aproximación es más fiel, como veremos más adelante.

## 2.1. ¿Cuál es su contenido?:

En los años 80, el primer esfuerzo ha sido hecho para precisar, tipo de clasificación, el contenido de la noción de “necesidad espiritual”. Un buen ejemplo de esta tentativa es surtido por el libro de Jean Vimort<sup>13</sup> (“*Juntos frente a la muerte*”) que, en 1987, censa una serie de necesidades espirituales que se identifican, a partir de experiencias de campo de los que acompañan a los enfermos o ancianos: necesidad de reconciliarse con la existencia, de repetir sus opciones de fundamentales, de liberarse de la culpabilidad, de reencontrar solidaridades, de creer en la continuidad de la vida, de separarse de suyos dignamente, de creer en un más allá después de la muerte.

Tales listas, que recopiló J.M. Thieffrey<sup>14</sup> y también Javier Barbero,<sup>15</sup> se le puede tener en cuenta

Sulmasy D. P., Geller G., Levine D. M., Faden R., 1992. The quality of mercy: Caring for patients with do not resuscitate orders. *Journal of the American Medical Association* 267:682-686.

Sulmasy D. P., Marx E. S., 1997. A computerized system for entering orders to limit treatment: Implementation and evaluation. *Journal of Clinical Ethics* 8:258-263.

Sulmasy D. P., Marx E. S., Dwyer M., 1996. Do the ward notes reflect the quality of end-of-life care?. *Journal of Medical Ethics* 22:344-348.

10- Torralba, F.; Antropología del cuidar. Ed. Mapfre SA, 1998; Sobre hospitalidad. Ed. PPC; Pedagogía de la vulnerabilidad. Ed. CCS; Ética del cuidar “fundamentos, contextos y problemas”. Ed. Mapfre SA, 1998.

11- Lonergan B. J. F., 1958. *Insight: A study of human understanding* (pp. 245-267) Harper and Row, San Francisco.

12- WHO. *Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 804.* Genova, WHO, 1990.

13- Vimort, J. *Ensemble face à la mort.* Edition du Centurion. Paris, 1987; *Quand la tête vieillit.* Edition du Centurion.

14- Thieffrey, J.M. *Necesidades espirituales del enfermo terminal.* Trabajo de licenciatura, París, 1990. *Labor Hospitalaria*, nº225-226(1992) vol XXIV, pp. 222-226

15- Barbero, L. *El apoyo espiritual en cuidados paliativos.* *Labor Hospitalaria*, nº 263(2002), pp. 5-24.

y otorgarle una legitimidad y una autenticidad indis- cutibles porque viene de la propia experiencia. La sola retención que suscitan viene de la multiplicidad de sus items. Su configuración en forma de lista más o menos larga nos sirve para mantener una reflexión sobre lo espiritual mientras que la problemática de espiritual tienda, al contrario, de alumbrar un lugar central y único, un lugar del sujeto, siempre a la obra en la búsqueda necesaria de su unidad interior.

### 3. CUESTIONES DE VOCABULARIO:

#### 3.1. Espiritualidad y Religión:

Primero hay que realizar la distinción entre espiritua- lidad y religión. Sobre este punto, muchos eruditos contemporáneos han alcanzado un acuerdo general de concepción: la **espiritualidad es un término más amplio que la religión**, recomiendan clarificar la diferencia entre los términos "espiritualidad" "religión". Ellos abogan por una definición amplia de espiritualidad que abarca perspectivas religiosas y no religiosas.(Astrow, Craigie, Derrickson, Hay, McKee,Puchalski, Sulmasy, Thomason<sup>16</sup>).

En el Libro Blanco "Papel e importancia en los cuidados de la salud" preparado cinco asociaciaciones dedicadas a la Pastoral de la Salud de EE:UU: y Canadá: Asociación profesional de pastores, Asociación para la formación de la pastoral de la Salud, Asociación Canadiense para la práctica y la educación pastorales, Asociación de Capellanes Católicos y la Asociación de capellanes judíos, que

16- Astrow A. B., Puchalski C. M., Sulmasy D. P., 2001. Religion, spirituality, and health care: Social, ethical, and practical considerations. American Journal of Medicine 110:283-287. Sulmasy DP. Is medicine a spiritual practice? Acad Med 1999;74:1002-5. McKee DD, Chappel JN. Spirituality and medical practice. J Fam Pract 1992;35:201,205-8. Thomason CL, Brody H. Inclusive spirituality. J Fam Pract 1999;48:96-7. Hay MW. Principles in building spiritual assessment tools. Am J Hosp Care 1989;6:25-31. Craigie FC, Hobbs RF 3d. Spiritual perspectives and practices of family physicians with an expressed interest in spirituality. Fam Med 1999;31:578-85. Derrickson BS. The spiritual work of the dying. Hosp J 1996;11:11-30.



agelectric  
CORPORACIO AGE

Instal.lacions específiques de establiments sanitaris  
Instal.lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)  
Instal.lacions de seguretat  
Instal.lacions contraincendis  
Instal.lacions de comunicacions  
Instal.lacions de control

c/Bonsoms, 15-17  
08028 BARCELONA

Telf.: 93.448.75.00

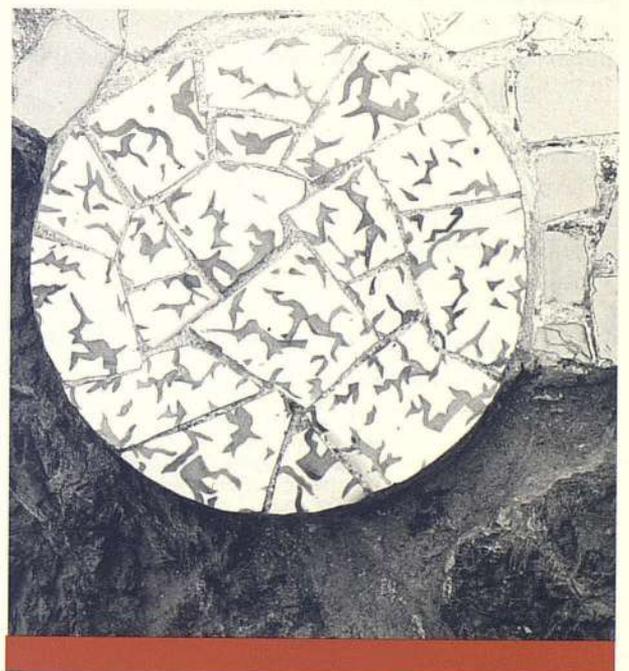
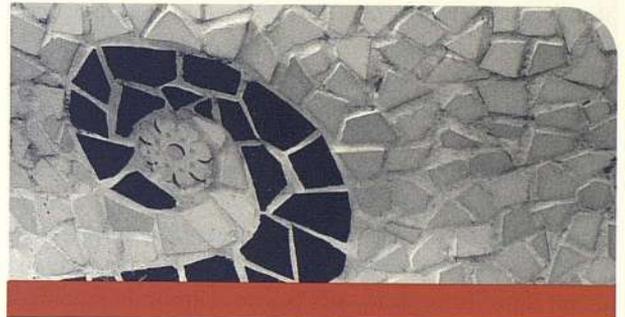
Fax: 93.448.75.02

e.mail:agelectric@agelectric.com

representan a diez mil miembros y fruto de un consenso afirman que el espíritu es una dimensión natural de cada persona. Reflexionando sobre la palabra secular espíritu, May (1982) afirma que la palabra espíritu supone energía y amor. La palabra espiritualidad va más lejos y describe una conciencia de las relaciones con toda la creación, el reconocimiento de una presencia y una finalidad que tiene un sentido. Contrariamente a hoy, hay apenas algunas generaciones no hacíamos la distinción entre espiritualidad y religión, la última que ponía el énfasis en estructuras, rituales y doctrinas. Mientras que la religión y la medicina fueron casi inseparables durante millares de años, el advenimiento de la ciencia creó un abismo entre los dos. El término *espiritualidad* es un puente contemporáneo que recrea esta relación. En el documento presente, la palabra *espiritualidad* comprende la noción de *religión*; los atención espiritual engloban el de *pastoral*. Según los establecimientos de asistencia sanitaria, los prestatarios de atención espiritual son llamados animador de pastoral, agente de pastoral o capellán.

La espiritualidad prueba que las personas no son organismos que necesitan cuidados mecánicos. La gente tiende hacia la espiritualidad con el fin de mantener su salud, para hacer frente a la enfermedad, frente a los traumatismos, frente a las pérdidas y frente a los pasajes de la vida de una manera que integra el cuerpo, la inteligencia y el espíritu. Por consiguiente, cuando viven períodos de crisis, las personas a menudo acuden a la espiritualidad como el medio de enfrentarse con ellas (Pargament, 1997)<sup>17</sup>. Gran número de personas creen que la espiritualidad podrá ayudarles a curar (McNichol, 1996)<sup>18</sup> y 82 % de los estadounidenses creen en el poder de curación por la oración personal (Kaplan, 1996)<sup>19</sup> y le utiliza, u otras prácticas espirituales, cuando están enfermos.

Ciertas personas participan en acontecimientos de orden espiritual con comunidades religiosas y recurren a prácticas religiosas tradicionales. Sus prácticas, creencias y valores son el reflejo del conjunto de las tradiciones emparentadas su creencia religiosa. Esta gente puede rogar, leer textos sagrados y observar rituales individuales o colectivos que son fruto de su tradición. Las creencias religiosas pueden



17- Pargament, Kenneth. 1997. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, Nueva York.

18- McNichol, T. 1996. *The New Faith in Medicine*, USA Today, April 7, p. 4.

19- Kaplan, Marty. 1996. *Ambushed by Spirituality*, Time Magazine, June 24, p. 62.

animar o prohibir ciertos comportamientos que tienen un efecto sobre los asistencia sanitaria.

Para otros, la espiritualidad se vive fuera de las comunidades y las prácticas religiosas tradicionales. No obstante, ellos todos comparten cuestiones y necesidades existenciales profundas. Muchas personas, perteneciendo o no a estructuras religiosas tradicionales, tienen experiencias profundas: trascendencia, admiración, alegría, comunicación con la naturaleza, con ellos mismos y con otros. Cuando la enfermedad golpea, procuran dar un sentido a su vida y mantener la esperanza. El apoyo a estas personas forma parte de atención espiritual ya que su búsqueda les hace plantearse cuestiones de orden espiritual tales como: ¿por qué estoy en el mundo? ¿Por qué estoy enfermo? ¿Acaso voy a morir? ¿Qué me pasará cuando me muera?.

Los centros que descuidan la dimensión espiritual en su enunciado de misión o en la prestación de cuidados diarios arriesgan a convertirse garajes biológicos donde las partes disfuncionales de seres humanos son reparadas o reemplazadas (Gibsons y Miller, 1989). Tales prisiones de piedad técnica (Berry, 1994) aminoran la integridad y la importancia de las personas.

Por ello podemos decir que la espiritualidad refiere la relación de una persona o de un grupo con lo trascendente, a sus creencias de naturaleza filosóficas y religiosas. La espiritualidad viene dada en la búsqueda de un significado de la vida (sobre el amor, la felicidad, la muerte, la enfermedad, el sufrimiento,...). Y finalmente, abarca su mundo axiológico, los valores más importantes que orientan nuestras opciones los valores (P.W. Speck)<sup>21</sup>.

También hay que decir que la espiritualidad se expresa en la práctica religiosa. Otros expresan su espiritualidad exclusivamente en sus relaciones con naturaleza, música, las artes, o un conjunto de creencia filosóficas o relaciones con amigos y familia.

La espiritualidad es difícil definir, porque al realizar

una definición ya se pone límites alrededor de algo, y la espiritualidad no tiene ningún límite. Pero es también necesario intentar definirlo en términos para el uso cotidiano, en particular si se va a introducir la idea de espiritualidad en el ámbito científico de la asistencia sanitaria, y más, si se quiere estudiar la espiritualidad. Así hay una definición útil de Murray y Zentner<sup>22</sup>:

*“En cada ser humano parece haber una dimensión espiritual, una calidad que va más allá de la afiliación religiosa, que se desvela para la inspiración, la reverencia, el temor, significado y objetivo, hasta en los que no creen en Dios. La dimensión espiritual intenta estar en armonía con el universo, se esfuerza para dar espuestas sobre el infinito, y está en el foco cuando la persona afronta la tensión emocional, Físico [y mental] enfermedad, pérdida, o muerte”.*

En los ámbitos científicos que se mueve la asistencia médica, algunos podrían decir que la espiritualidad no existe porque no se puede medir. Es a veces provechoso pensar en términos de creencia y prácticas espirituales, y esto arregla el eslabón con creencia y prácticas religiosas, y aunque fácilmente no podamos definir el contenido se puede medir los efectos. Por ejemplo, King, M., Dot, P., Thomas, A.<sup>23</sup> demuestran que hay algo mensurable en esta área. Quizás yo debería agregar que hay mucho material de investigación publicado sobre este tema, y mucho ello muestra que la creencia religiosa o espiritual y las prácticas son conducentes a la mejora y salud física y mental. El “Manual de la Religión” de Koenig, McCullough y Larson<sup>24</sup> es lleno de esta investigación.

La espiritualidad es una parte compleja y multidimensional de la experiencia humana. Esta tiene características cognoscitivas, existenciales y aspectos emocionales<sup>25</sup>.

Los aspectos cognoscitivos o de conocimiento incluyen el reconocimiento, conocer lo que le hacen, conocer la gravedad de la enfermedad, comunicación y empatía.

20- Berry, Wendell, 1994, En Parting. Entries: Poems by Wendell Berry, Nueva York, Pantheon Books, 11.

21- Speck P.W. Spiritual issues in palliative care. En: Doyle D. Hanks GWC, Macdonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press 1993.

22- Murray, R.B., Zentner, J.P. (1989) nurse Profession Concepts for Promotion of Health. London: Prentice Walkway.

23- King, M., Dot, P., Thomas, A. (1995) ' the Real Interview Free (free) for Religious and Spiritual Belief: development and estandarización'. Psychological Medicine 25, 1125-1134; King, M., Dot, P., Thomas, A. (2001) ' the Real Interview Free (free) for Religious and Spiritual Belief: development and validation of a version of car report ' Psychological Medicine 31, 1015- 1023. 4, Koenig, H.K., McCullough, M AND.,

Larson, D.B. (2001) Manual of Religion AND Health. Oxford: Press of University of Oxford.

24- Koenig, H.K., McCullough, M AND., Larson, D.B. (2001) Manual of Religion AND Health. Oxford: Press of University of Oxford.

25- Puchalski CM, Larson DB. Developing curricula in spirituality and medicine. Acad Med 1998;73:970-4 [Published erratum appears in Acad Med 1998;73: 1038]. Ellis MR, Vinson DC, Ewigman B. Addressing spiritual concerns of patients. J Fam Pract 1999;48: 105-9. Sulmasy DP. Is medicine a spiritual practice? Acad Med 1999;74:1002-5. McKee DD, Chappel JN. Spirituality and medical practice. J Fam Pract 1992;35:201,205-8.

Los aspectos existenciales o vitales comprenden compartir la vida, reconciliarse con su existencia, releer el pasado y el presente, reordenar su escala de valores, ser reconocido, devolverle su existencia a alguien que le permitahacer la síntesis de su vida.

Los aspectos emocionales o de comportamiento circunscriben las pérdidas al nivel de la imagen de sí o al nivel relacional, sentimiento de culpabilidad o rotura de la relación con otro.

### 3.2. Dolor espiritual y Bienestar espiritual:

Angustia espiritual<sup>26</sup> y la crisis espiritual ocurren cuando las personas son incapaces de encontrar las fuentes de significado, la esperanza, el amor, la paz, la comodidad, la fuerza y la conexión en la vida o cuando el conflicto ocurre entre sus creencia y que lo que pasa en su vida. Esta angustia puede tener un efecto perjudicial sobre la y salud mental y física. La enfermedad médica y la muerte pueden a menudo provocar la angustia espiritual en miembros de familia y pacientes.

Para Cecily Saunders, la esencia del dolor espiritual en cuidados paliativos es: *“Todo el campo del pensamiento que concierne a los valores morales a lo largo de la vida. Recuerdos de defecciones y cargas de culpabilidad pueden perfectamente considerarse fuera del contexto religioso y ser difícilmente alcanzables por los servicios, sacramentos, símbolos que tanto sosiego aportan al “grupo religioso”. El darse cuenta de lo que es prioritario y de alcanzar lo que se considera como verdadero y valioso, y provocar el sentimiento de que se es incapaz o indigno de hacerlo. Puede haber un amargo rencor por lo injusto de lo que está sucediendo y por lo mucho de lo sucedido en el pasado, y sobre todo un sentimiento desolador de vacío”*<sup>27</sup>.

#### 3.2.1. Los síntomas de Dolor Espiritual:

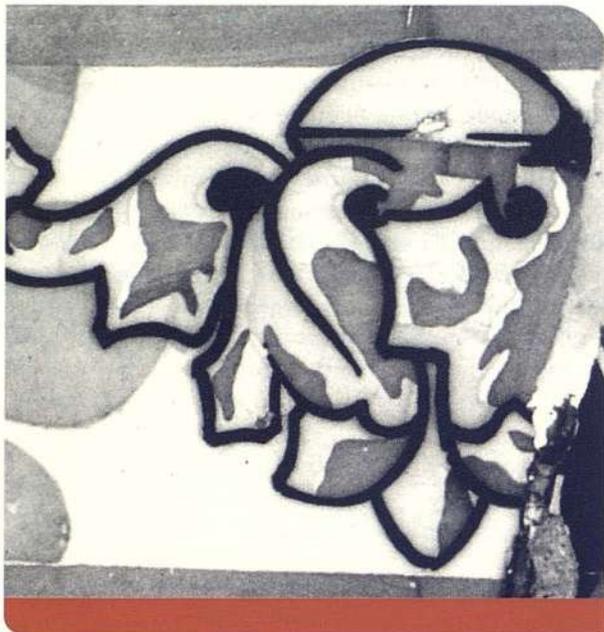
Milton W. Hay, en su artículo en el Edificio de Instrumentos de Evaluación Espirituales, (el Diario Americano de Hospicio y el Cuidado Paliativo, septiembre / octubre, 1989) declaró que

cada aspecto de nuestro ser, incluyendo el físico, el psicológico, el social, y el espiritual tiene recursos eficaces para la autocuración. El dolor espiritual se ha mencionado como **“la Noche Oscura del Alma”** la psicología explica este concepto como una turbación completa sobre nuestra espiritualidad. Cuando los problemas espirituales son identificados la curación espiritual puede ser explorada con las intervenciones apropiadas. Milton W. Hay identificó las características de sufrimiento espiritual como:

- \_ Dolor, constante y crónico
- \_ Insomnio
- \_ Carencia de apoyo espiritual
- \_ Conflicto con miembros de familia, amigos, o personal de apoyo
- \_ Ansiedad, miedo, desconfianza de familia, amigos, médico, personal de hospicio
- \_ Cólera
- \_ Depresión
- \_ Culpa / bajo la auto-valoración, comenta sobre el auto-aborrecimiento
- \_ Desesperación
- \_ Sentimiento de fracaso con vida
- \_ Carencia de sentido de Humor
- \_ Implacable
- \_ Desesperación
- \_ Miedo / temor

Cuando el dolor espiritual es identificado se tiene que buscar intervenciones para asistir con la atención

Thomason CL, Brody H. Inclusive spirituality. J Fam Pract 1999;48:96-7. Hay MW. Principles in building spiritual assessment tools. Am J Hosp Care 1989;6:25-31.  
 Craigie FC, Hobbs RF 3d. Spiritual perspectives and practices of family physicians with an expressed interest in spirituality. Fam Med 1999;31:578-85.  
 Ross L. The spiritual dimension. Int J Nurs Stud 1995;32:457-68. Smucker C. A phenomenological description of the experience of spiritual distress. Nurs Diagn 1996; 7:81-91 [Published erratum appears in Nurs Diagn 1996;7:115].  
 26- Hay MW. Principles in building spiritual assessment tools. Am J Hosp Care 1989;6:25-31. Smucker C. A phenomenological description of the experience of spiritual distress. Nurs Diagn 1996; 7:81-91 [Published erratum appears in Nurs Diagn 1996;7:115].  
 27- Saunders, C. Spiritual Pain. Journal of Palliative Care 1988; 4,3.



sin prejuicios. Refiriéndose a un capellán o agente de pastoral, donde la reconciliación alentadora y el perdón son componentes importantes de su intervención espiritual.

### 3.2.2. Bienestar Espiritual:

La Organización Mundial de la Salud ha declarado que la espiritualidad es una dimensión importante para la calidad de vida (WHOQOL<sup>28</sup>). La calidad de vida contiene en múltiples facetas. Afecta al componente físico, psicológico, e interpersonal y espiritual de la persona, en la búsqueda de un estado de Calidad de vida total. Así, es en particular, hay autores<sup>29</sup> que señalan que puede ser útil intentar medir bienestar espiritual o su caso contrario, la angustia espiritual. Ponemos un ejemplo de una evaluación de la Calidad de Vida que se utiliza sobretodo en Estados Unidos y en el Canadá y que incluye lo trascendente en su valoración sobre el sentido de la vida :

## MISSOULA - VITAS ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (TM) - V - 25

### INSTRUCCIONES:

Indique el grado en el que Ud está de acuerdo o en discrepancia con las declaraciones siguientes marcando uno de los círculos debajo de la pregunta. Para los artículos con dos declaraciones, indique su acuerdo con uno o con el otro, o si ellos son igualmente verdaderos, escoga "Normal". Si Ud comete un error o cambia su pensamiento, coloque un X por la respuesta incorrecta y marca el círculo que indica su respuesta correcta.

GLOBAL

EL NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

¿Cómo evaluaría Ud su calidad de vida?

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

Bastante mala

Mala

Normal

Buena

Bastante buena

### SÍNTOMA

1. Mis síntomas estan controlados suficientemente.

Estoy bastante de acuerdo

Estoy de acuerdo

Normal

Discrepo

Discrepo bastante

28- WHOQOL Group 1995. The WHO quality of life assessment (WHOQOL) position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine 41:1403-1409.

29- Brady M. J., Peterman A. H., Fitchett G., Mo M., Cella D., 1999. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. Psycho-Oncology 8:417-428.

2. Me siento enfermo todo el tiempo.

Función

Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Discrepo       Discrepo bastante

3. Acepto mis síntomas como una verdad de la vida.

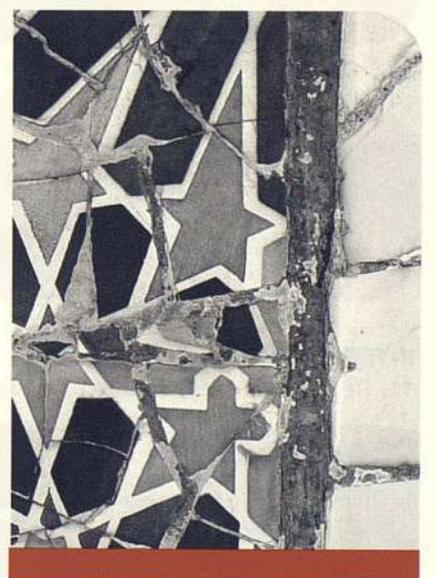
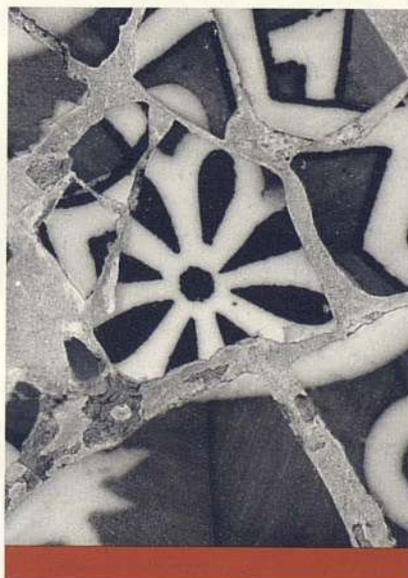
Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Discrepo       Discrepo bastante

4. Estoy satisfecho por el control de mis síntomas.

Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Discrepo       Discrepo bastante

5. A pesar de la incomodidad física, en general puedo disfrutar de mis días.  
La incomodidad física ensombrece la oportunidad para el placer.

Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Estoy de acuerdo       Estoy bastante de acuerdo



## FUNCIÓN

6. Soy capaz todavía de satisfacer la mayor parte de mis necesidades personales solo. o Soy dependiente de los otros para mi cuidado personal.

Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Estoy de acuerdo       Estoy bastante de acuerdo

7. Soy todavía capaz de hacer muchas cosas de las que me gustan hacer. o No soy capaz de hacer muchas cosas de las que me gustan hacer.

Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Estoy de acuerdo       Estoy bastante de acuerdo

8. Estoy satisfecho por mi capacidad de tener cuidado de mis necesidades básicas.

Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Discrepo       Discrepo bastante

9. Acepto el hecho que no puedo hacer muchas de las cosas que antes hacía. o Me decepcionan que no puedo hacer muchas de las cosas que antes hacía.

Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Estoy de acuerdo       Estoy bastante de acuerdo

10. Mi alegría de vivir debe de ser positiva e independiente en mi cuidado personal.

Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Discrepo       Discrepo bastante

## INTERPERSONAL

11. Recientemente he sido capaz de decir cosas importantes a las personas cercanas a mí.

Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Discrepo       Discrepo bastante

12. Me siento cercano a los demás en mi vida. o  
Me siento cada vez más distante a los demás en mi vida.

- Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Estoy de acuerdo       Estoy bastante de acuerdo

13. En general, estos días son satisfactorios en mis relaciones con la familia y amigos.

- Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Discrepo       Discrepo bastante

14. Actualmente, paso tanto tiempo como quiero con la familia y amigos.

- Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Discrepo       Discrepo bastante

15. Es importante para mí tener relaciones interpersonales.

- Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Discrepo       Discrepo bastante

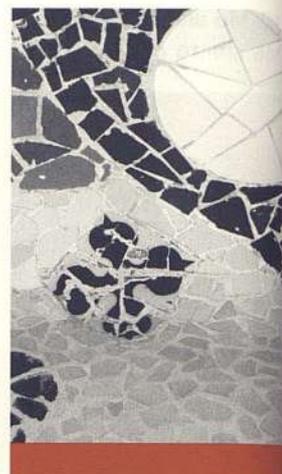
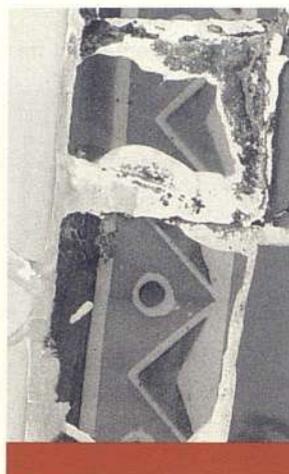
#### BIENESTAR

16. Tengo mis asuntos resueltos, podría morir hoy con una mente clara. o  
Mis asuntos no están resueltos; estoy preocupado porque tengo muchas cosas que están irresueltas.

- Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Estoy de acuerdo       Estoy bastante de acuerdo

17. Me siento en paz y listo dejar la vida. o  
Soy intranquilo y no estoy preparado para dejar esta vida.

- Estoy bastante de acuerdo       Estoy de acuerdo       Normal       Estoy de acuerdo       Estoy bastante de acuerdo



18. Estoy más satisfecho de mí como una persona ahora, que antes de mi enfermedad.

- Estoy bastante de acuerdo     Estoy de acuerdo     Normal     Discrepo     Discrepo bastante

19. Cuanto más tiempo estoy enfermo, más me preocupo de que las cosas se estén escapando a mi control. o  
Cuanto más tiempo llevo enfermo, más cómodo me encuentro.

- Estoy bastante de acuerdo     Estoy de acuerdo     Normal     Estoy de acuerdo     Estoy bastante de acuerdo

20. Es importante para mí estar en la paz conmigo mismo.

- Estoy bastante de acuerdo     Estoy de acuerdo     Normal     Discrepo     Discrepo bastante

#### TRANSCENDENTE

21. Tengo ahora un sentido más grande de conexión a todas las cosas que hice en mi vida, antes de mi enfermedad. o  
Me siento ahora más confuso de todas las cosas que hice en mi vida, antes de mi enfermedad.

- Estoy bastante de acuerdo     Estoy de acuerdo     Normal     Estoy de acuerdo     Estoy bastante de acuerdo

22. Tiene más sentido mi vida ahora que en el pasado. o  
Tiene menos de sentido mi vida ahora que en el pasado.

Estoy bastante de acuerdo

Estoy de acuerdo

Normal

Estoy de acuerdo

Estoy bastante de acuerdo

23. Me siento en paz pensando en mi propia muerte. o  
Me siento intranquilo pensando en mi propia muerte.

Estoy bastante de acuerdo

Estoy de acuerdo

Normal

Estoy de acuerdo

Estoy bastante de acuerdo

24. La vida se ha hecho más preciosa para mí; cada día es un regalo. o  
La vida ha perdido todo el valor para mí; cada día es una carga.

Estoy bastante de acuerdo

Estoy de acuerdo

Normal

Estoy de acuerdo

Estoy bastante de acuerdo

25. Es importante para mí para sentir que mi vida tiene sentido.

Estoy bastante de acuerdo

Estoy de acuerdo

Normal

Discrepo

Discrepo bastante



### 3.3. Cuidado espiritual y la Evaluación espiritual:

El cuidado general espiritual puede ser definido como el reconocer y el responder al "múltiples expresiones de la espiritualidad que encontramos en nuestros pacientes y sus familias".<sup>30</sup> Esto implica la compasión, la presencia, escuchar y el estímulo de esperanza realista.<sup>31</sup> Y podría significar que no realicemos necesariamente con el paciente ninguna discusión de Dios o la religión. El cuidado especializado espiritual a menudo implica conocimiento de pastoral teológica y técnicas para resolver conflictos. Esto inmejorablemente es realizado por capellanes con la educación especial en esta área clínica.

La evaluación espiritual es el proceso por el que los cuidadores pueden identificar las necesidades espirituales de un paciente.

#### 3.2.2. Bienestar Espiritual:

La evaluación informal espiritual puede ser lograda en cualquier momento durante el encuentro con el enfermo. Como la mayor parte de los pacientes usan un lenguaje simbólico y metafórico para expresar sus pensamientos espirituales, la evaluación espiritual a menudo implica escuchar con cuidado las historias que los pacientes cuentan en cuanto a sus vidas y a su enfermedad y luego la interpretación de las cuestiones espirituales complicadas.<sup>32</sup> Los temas como la búsqueda del significado, los sentimientos

de conexión contra el aislamiento, la esperanza contra la desesperación, el miedo a lo desconocido, son pistas que el paciente puede enfrentarse con cuestiones espirituales. La percepción de estas pistas y después con preguntas ampliables, así como más específicas, en cuanto a las creencias espirituales del paciente, puede revelar más sobre las necesidades espirituales de un paciente que la pregunta directa con una evaluación formal espiritual. Esto es el acercamiento el más a menudo empleado por capellanes CPE. Muchos capellanes notan tales pistas instintivamente y fácilmente pueden seguir desarrollando esta habilidad de percepción una vez que ellos saben que buscar.

#### 3.3.2. Evaluación Espiritual Formal:

Una evaluación espiritual formal implica preguntas específicas durante una entrevista para determinar que factores espirituales pueden jugar un papel en la enfermedad del paciente o en su recuperación y si estos factores afectan el plan de tratamiento médico. Hay muchos formatos posibles para conducir una evaluación formal espiritual, y varios han sido repasados en ([www.gwu.edu/~cicd/toolkit/spiritual.htm](http://www.gwu.edu/~cicd/toolkit/spiritual.htm)).<sup>33</sup> La mayor parte de estos instrumentos han sido desarrollados para el empleo en el cuidado en hospices, para el empleo por agentes de pastoral o enfermeras, o como instrumentos de investigación.<sup>34</sup> Poco ha sido escrito el empleo de cuestionarios para médicos



30-Derrickson BS. The spiritual work of the dying. *Hosp J* 1996;11:11-30.

31-O'Connor PM. Spiritual elements of hospice care. *Hosp J* 1986;2:99-108.

32-Ramen RN. *Kitchen table wisdom: stories that heal*. New York: Riverhead, 1996.

33-Fitchett G. *Spiritual assessment in pastoral care: a guide to selected resources*. Monograph no. 4. Decatur, Ga.: Journal of Pastoral Care Publications, 1993.

Millison MB. A review of the research on spiritual care and hospice. *Hosp J* 1995;10:3-18.

34-Hay MW. Principles in building spiritual assessment tools. *Am J Hosp Care* 1989;6:25-31.

Stoll RI. Guidelines for spiritual assessment. *Am J Nurs* 1979;79:1574-7. Fitchett G. *Spiritual assessment in pastoral care: a guide to selected resources*. Monograph no. 4. Decatur, Ga.: Journal of Pastoral Care Publications, 1993.

Millison MB. A review of the research on spiritual care and hospice. *Hosp J* 1995;10:3-18.

Farran CJ, Fitchett G, Quiring-Emblen JD, Burck JR. Development of a model for spiritual assessment and intervention. *J Relig Health* 1989;28(3):185-93.

Hatch RL, Burg MA, Naberhaus DS, Hellmich LK. The Spiritual Involvement and Beliefs Scale. *J Fam Pract* 1998;46:476-86.

35-Culver MD, Kell MJ. Working with chronic pain patients. *Am J Pain Management* 1995;5:55-61.

Maugans TA. The SPIRITual history. *Arch Fam Med* 1996;5:11-6.

Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliative Med* 2000;3:129-37.

Ponemos algunos ejemplos de formas de evaluación formal:

#### A. FONDO RELIGIOSO Y CREENCIA

1. ¿Qué religión practicaba su familia cuando Ud crecía?
2. ¿Cómo de religiosos eran sus padres?
3. ¿Ud practica una religión actualmente?
4. ¿Ud cree en el Dios o un poder más alto?
5. ¿Cuáles han sido las experiencias más importantes y pensamientos sobre el Dios / un poder más alto?

6. ¿Cómo describiría a Dios/poder más alto?  
¿Personal o impersonal? ¿Cariñoso o severo?

#### B. SIGNIFICADO ESPIRITUAL Y VALORES

1. ¿Ud práctica o sigue algún camino espiritual (por ejemplo, la meditación, el yoga, canto)?
2. ¿Qué experiencias espirituales significativas ha tenido Ud (por ejemplo, la experiencia mística, la experiencia cerca de muerte, sueños,...)?

#### C. EXPERIENCIAS DE REZO

1. ¿Ud reza? ¿Cuándo? ¿Cómo?
2. ¿Cómo es el rezo ha realizado en su vida?
3. ¿Han contestado a sus rezos?

**FICA:** Otro acercamiento a la evaluación espiritual usa la sigla FICA.

#### F: FE Y CREENCIA

- 1) ¿Cuáles son sus creencia espirituales o religiosas?
- 2) ¿Ud se considera espiritual o religioso?

- 3) ¿Qué cosas cree Ud que da el significado a su vida?

#### I: IMPORTANCIA E INFLUENCIA

- 1) ¿Esto es importante en su vida?
- 2) ¿Cómo le afecta en la visión de sus problemas?
- 3) ¿Cómo su religión / espiritualidad ha influido en su comportamiento y en el estado de ánimo durante su enfermedad?
- 4) ¿Qué el papel juega su religión / espiritualidad en la resolución de sus problemas?

#### C: COMUNIDAD

- 1) ¿Forma Ud parte de una comunidad espiritual o religiosa?
- 2) ¿Esto le sirve de apoyo a Ud y cómo?
- 3) ¿Hay una persona o grupo de personas que Ud realmente aprecie o que son realmente importante para Ud?

#### A: DIRECCIÓN

- 1) ¿Cómo le gustaría que orientásemos el tratamiento de estas cuestiones?

#### Evaluación de la ESPERANZA:

Aún otro acercamiento a la evaluación espiritual es titulad la **ESPERANZA**, donde

*H-* Fuentes de esperanza, la fuerza, la comodidad, el significado, la paz, gustan y la conexión

*O-* El papel de la religión organizada para el paciente

*P-* Espiritualidad personal y prácticas

## 4. Clasificación de necesidades espirituales<sup>36</sup>

Por el término de “necesidad espiritual”, podemos, a estas alturas de nuestro estudio, designar la manifestación destinada a otro, exteriorizada bajo la forma de una petición de ayuda, de todo el trabajo interior por el cual la persona gravemente enferma, sintiéndose amenazada en su unidad y su integridad, intenta reconquistar, en el sufrimiento, esta unidad y esta integridad. Este combate interior frente a la enfermedad se exterioriza, en parte por lo menos, necesariamente en el campo de la relación. Se alimenta de cambios. Se nutre de la categoría de lo simbólico. La necesidad espiritual del enfermo es como la parte visible para el otro del combate interior intenso que lleva –pero no puede llevar sólo– contra la agresión de la enfermedad grave o de la muerte.

Esbozada esta aproximación, será posible y hasta inevitable de reintroducir –pero como de mala gana y a causa del necesario discurso del lenguaje una pluralidad de contenido para realizar– una clasificación de las necesidades espirituales. Parece posible, por ejemplo, sugerir que la persona enferma, con sufrimiento espiritual, defiende e intente reconquistar la unidad interior de su ser según tres líneas de fuerza o ejes dinámicos de reestructuración: Las necesidades espirituales las podríamos dividir en *necesidades espirituales cognitivas*, *necesidades espirituales existenciales* y *necesidades espirituales emocionales*, según el ámbito constitutivo del ser humano: el conocimiento, el vital o el de los sentimientos, respectivamente.

Estos ejes de estructuración del sujeto son aquellos a los que todo ser humano pone en ejecución en la cotidianidad de su vida, simplemente para vivir humanamente. La proximidad de la muerte o el peligro de la misma que supone la enfermedad grave, en suma, los hace sólo incandescentes. Y ampliando los conceptos de J. Virmort y J.M. Thieffry<sup>37</sup> tenemos:

### 4. 1. Necesidades espirituales cognoscitivas:

4.1.1. *Necesidad de comprender los actos que le son hechos, de medir las incidencias y las finalidades.*

4.1.2. *Necesidad de reconocimiento como persona, de conocimiento de sí:*

La enfermedad con frecuencia toca al sujeto en la unidad de su persona; se le aparece como una intrusa que la acordona a pesar de ella y que invade su conciencia sin su consentimiento... El enfermo se ve forzado a comprometerse en una obscura discusión donde el compañero es el cuerpo, hasta aquí sumiso y dócil, y ahora rehúsa obedecer. **Impone su ley por la fatiga, la fiebre, la parálisis, el entumecimiento o el sufrimiento.** El cuerpo se desolidariza. Pone en descabro la unidad de la persona... La enfermedad determina un desgarramiento, una división de sí, consigo y puede llevar a una desavenencia consigo mismo. Prueba el yo, que ya no se reconoce en el espejo y busca en la mirada del otro la seguridad de ser reconocido.

La necesidad de ser reconocido como sujeto comprende la necesidad de ser amado en su diferencia. Ser amado al final de la vida es sentirse aceptado tal cual, en la situación donde se encuentra. En este adelantamiento terminal, poder ser uno mismo, sin reprobación, encontrar la libertad de expresar sus actitudes, sus aprehensiones, su pena, su miedo, sus dificultades». Se podría añadir en esta sección, la necesidad de amar, de dar, de tener iniciativa en el amor, no sólo de recibir. Terminaría con una frase de Pr. Geindre, decano de la facultad de medicina de Grenoble, pronunciada poco antes de morir de cáncer: *“Una medicina humana sería una medicina de persona a persona, una medicina de escucha de la persona en su globalidad, que no fuera de cuerpo a cuerpo con la vida, con la muerte negando la persona de la cual es la sede”.*

4.1.3. *Necesidad de saber la gravedad de su enfermedad:*

Ser considerado como un sujeto es beneficiarse de una información leal sobre su estado de salud, ventajas e inconvenientes desprendidas de tal o cual tratamiento, estar asociado a las decisiones terapéuticas, incluso cuando éstas no son quirúrgicas. De este modo –cuenta P. Deschamps–, una joven mujer de treinta años, leucémica, podía describirme su enfermedad, las reacciones previsibles, los fracasos, los recursos en este caso... y ella añadía la expresión exacta del médico: *“es grave, pero no trágico”.* Gracias a las explicaciones que le habían dado, participaba plenamente. Tenía la impresión de dominar la situación”.

37- Virmort, J. o.c. Thieffry, J.M. o.c.

Detrás de las necesidades cognoscitivas, se esconden una necesidad de comunicación y de empatía: La experiencia del acompañamiento muestra que lo espiritual y lo religioso constituyen una área de comunicación más problemática porque en ella se manifiesta la pluralidad extrema de experiencias personales y de tradiciones colectivas. La religiosidad puede unir o dividir, en ambos casos, en profundidad. La experiencia religiosa está vinculada al acondicionamiento histórico, que hace que tal hombre o mujer encuentra y se adhiere a la tradición judía, tal otro a la tradición musulmana y tal otro a la tradición cristiana. Sin embargo, en la gestión del acompañamiento, espiritual y religioso pueden y deben ser tomados en consideración, con tolerancia y respeto

¿Es posible responder a la petición espiritual como respondemos a otras necesidades de la persona enferma? La cuestión deja en la misma incertidumbre de una respuesta posible...

No obstante es razonable de sugerir que las necesidades espirituales de los enfermos podrán ser discernidas de modo más justo en dos condiciones:

- \_ Si el que acompaña llega a mantener, un espacio interior en él mismo de acogida para la palabra del otro;
- \_ Si el equipo sanitario, como entidad unificada en su proyecto de acompañamiento, llega a mantener, en ella - hasta, un espacio análogo de acogida y de escucha de la palabra del otro.

Estas dos condiciones están la mayoría de las veces en interdependencia. Definen para cada uno y para el equipo una tarea que hay que devolver sin cesar sobre el oficio: darle hospitalidad al enfermo y a sus allegados.

## 4.2. Necesidades espirituales existenciales:

4.2.1. *De compartir, de decir la conciencia que tiene de la gravedad de su estado de salud.*

4.2.2. De una presencia que pueda decodificar las palabras, su silencio, su mirada, que lo corta de su soledad: de presencia que origina todas estas palabras, estas miradas, este contacto físico, apretón de manos tan lleno de sentido.

4.2.3. *Necesidad de reconciliarse con su existencia:*

Conducir a la persona a descubrir como este sentimiento revela de hecho que no estaba enteramente

bloqueada en sus deplorables actos y a volver a escoger las opciones fundamentales que han guiado su vida. El que acompaña también puede ayudar al enfermo a no limitar la relectura de su vida frente a su lado negativo... Esto nos conduce a evocar la necesidad de hacer la verdad, de reconciliación. Cada ser humano lleva consigo gestos de odio, de ruptura, repliegue sobre sí mismo. La enfermedad es a veces el momento en que estos gestos brotan de forma viva en la memoria. B. Batray recuerda la importancia en los moribundos (que uno se imagina tan débiles) de su inclinación a la relación. *"Explayan energía de una intensidad insospechada para expresar la verdad: Los pasos dados para solicitar el perdón no son raros (...). Esta verdad lleva también la esperanza que, ellos muertos, la vida del otro seguirá bajo el signo de la reconciliación"*. Jung habla de la *"urgencia en el moribundo a enderezar lo que ha mal vivido"*; y Douillet del deseo de poner en orden lo que ha sido una falta hacia él y hacia los demás. C. Odier cita el deseo expresado por un enfermo *"de ser correcto para el más allá"*. Para C. Suande permitir a los enfermos confrontarse con la realidad, de reconciliarse y de dar sus adioses, en una palabra, de ser verdaderamente ellos mismos, es uno de los desafíos continuos de los que acompañan a los enfermos. Es el mismo paso enfocado por los Simonton para ayudar a sus pacientes y luchar contra el cáncer solucionando los lugares de conflicto por la reconciliación y no por complicidad con la muerte. La identificación de este deseo, de esta necesidad recuerda la expresión antigua. Fulano de tal, sintiendo su muerte cercana, puso en orden sus asuntos. Para J. Vimort, jamás es tarde para rechazar, negar y retirar el mal que hemos hecho.

Pero, para esto hay que creer al bien posible y pues, beneficiar con el perdón alguna parte, de una confianza que no puede venir sino de los otros. Incluso si los ministros del culto están habitualmente mejor calificados para acompañar y dar este paso cuando se expresa en términos religiosos, es deseable que aquel que se encuentre cerca de un paciente, partir de lo que es y de lo que él vive, pueda entender, comprender, respetar, reconciliar. Hay sonrisas, manos colocadas delicadamente sobre la frente o una palabra pacífica que serán para el paciente, fuente de cierta reaceptación de él mismo. Así para afrontar la muerte de una manera apacible y serena es necesario recibir el perdón de los otros, de perdonar a los otros, de perdonarse a sí mismo, de estar en armonía con la trascendencia, sea expresada o no bajo la forma religiosa. La postura con relación a la trascendencia es por otra parte, otra de las constates observadas por los que están cerca de enfermos graves.

#### 4.2.4. Apertura a la trascendencia:

C. Odier arranca del presupuesto de que todos hemos vivido momentos privilegiados en donde nos hemos encontrado a nosotros mismos y al mismo tiempo abiertos a la realidad que nos excede infinitamente. Son momentos de intensa felicidad o de profundo pavor porque nos hacen ver que no nos pertenecemos. Graf Durkeim distingue cuatro motivos privilegiados de recurso y de apertura a la trascendencia: la naturaleza, el arte, el reencuentro, el culto. C. Odier los aclara con su experiencia: **La naturaleza:** es y con mucho un lugar privilegiado, fuente de recursos y de paz. Al Cesco, hospital situado en plena campiña ginebrina, se reconoce a las personas por su forma de contemplar los árboles, las flores, los pájaros, por no sentir la necesidad de compañía o de disponer de un televisor... Estas personas reciben las fuerzas que necesitan a través de esta sencilla contemplación. **El arte:** la creatividad humana, que expresa la belleza de los seres y de las cosas, dice para los otros lo esencial de su relación con el no importa quien... **El reencuentro:** entre un hombre y una mujer, un joven y un anciano puede abrir con frecuencia el camino de esta comunicación profunda donde cada uno se descubre a sí mismo como único, pero cercano y semejante al otro. Este lugar donde el amor puede tener un rostro, sea de un instante o de toda la vida puede ser percibido como el signo de un amor que nos superó con largueza ...

**El culto:** en la organización del tiempo y del espacio, el rito del culto, sea cual fuere su tradición, expresa a los fieles reunidos la apertura al tiempo y a la presencia de Dios. En la adoración como partida, consideran que pertenecen a un mundo que les supera, dando al mismo tiempo sentido a su vida actual.

Será útil localizar cual de estos campos es un lugar de encuentro privilegiado con no importa quien por aquel de quien es acompañado. C. Jomain recuerda también el deseo de muchos enfermos de encontrar más allá de ellos mismos una fuente donde llenarse. Reencontrar una idea, el pensamiento de un autor, la obra de un músico, la contemplación de una creación artística. Un enfermo creyente se siente siempre reconfortado al poder hablar de sus dudas, de su esperanza. El impacto de grupos fundados alrededor de Maggy Lebrun es un testigo de esa necesidad de trascendencia por encima de las fronteras de confesiones religiosas.

En el umbral de la muerte, el sentimiento que puede dominar es el de la angustia de la desintegración

del Yo. Pero, para J. Vimort, si el hombre tiene el sentimiento bastante despejado de estar en comunión con otros, como miembro de un todo, está asido con un nosotros que le sobrepasa, un nosotros bastante sólido para resistir frente a la muerte. Esta necesidad de extender su vida individual en las dimensiones de una vida comunitaria puede extenderse hasta el horizonte de la humanidad entera. *“Esta comunidad de destino es fuente de sentimientos; y es por lo mismo, en el cuadro del acompañamiento, toda relación, incluso en bosquejo (...) puede ser una respuesta a esta necesidad de percibir la solidaridad. Esta apertura a la trascendencia se manifiesta también en la necesidad de continuidad”*.

4.2.5. Necesidad de volver a hablar del pasado (llevar tiempo facilitando esta segunda lectura, esta reevaluación):

La enfermedad grave provoca una urgencia de verdaderas palabras. Hay como una necesidad vital que esta palabra sea escuchada, atendida. No basta hablar para curar... pero la cuestión ¿no es también volver a unir lo que había sido desligado por esta prueba? Existe una necesidad de formular la confusión, de agarrarse al hilo de su historia con sus líneas de tensión, sus fracturas, y su continuidad. Martine Douillet recuerda la necesidad de hablar de su vida pasada, de lo positivo realizado y del deseo de ser reconocido en lo mejor de sí mismo. Se observa, en el transcurso de esta lectura una búsqueda de lo que pesa, de lo que se mantiene ante la prueba, de lo que es más fuerte que la muerte. Se organiza una nueva jerarquía de valores: después de haberse dado cuenta que el fin de su vida estaba próximo y haber visto toda su vida durante la noche, este hombre cuya vida había sido tortuosa, me dijo: *“La sola cosa que valga la pena investigar en la vida es amar”*.

4.2.6. De reafirmar sus convicciones, de reordenar su escala de valores:

A veces, la percepción de una infidelidad con relación a las opciones fundamentales tomadas anteriormente por el sujeto. La adhesión a una nueva jerarquía



de valores o el retorno a las opciones fundamentales según las cuales el sujeto estaba orientado al umbral de su vida de adulto, puede hacer aparecer una distancia con lo que se es o con lo que realmente se ha vivido. *“En el momento en que nuestra culpabilidad nos descalifica, la adhesión a los valores nos revaloriza al mismo tiempo que nos juzga”*.

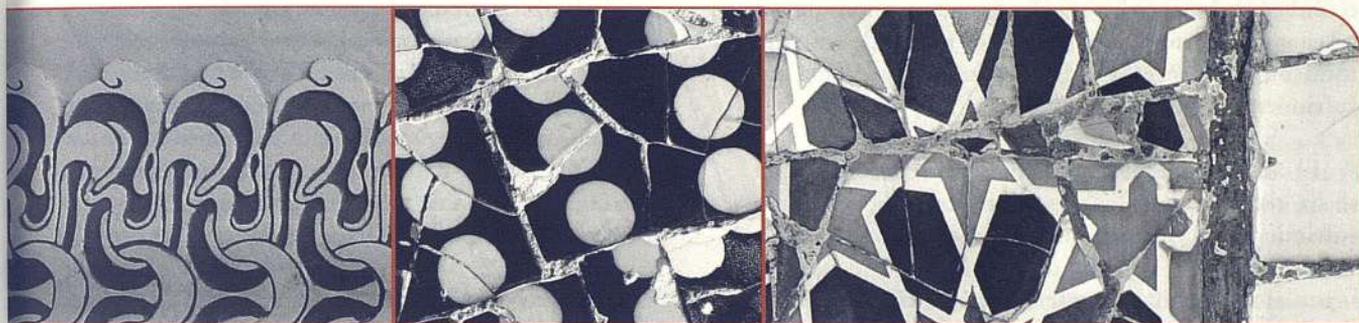
4.2.7. De ser reconocido para lo que es con su pasado, sus habilidades, su estatuto social, sus ideologías, su fe:

Estas amenazas por la identidad de aquel que sufre pueden aumentar por el cambio del lugar de residencia. Desde su entrada al hospital, sobre todo la primera vez, el enfermo puede experimentar el sentimiento de estar despersonalizado. A veces tiene la impresión de que es sólo una matrícula. *“Y por tanto, tiene un nombre, una familia, una historia, sus inquietudes*

diferentes rupturas avivan en el paciente la sensación de soledad.

El deber de ser reconocido como persona con su pasado, sus habilidades, su estatuto social, sus ideologías, su fe, es una necesidad. El no tenerlo en cuenta es mortal como testifica R. Sebag Lanoe: *“Desde nuestra llegada al hospicio, hemos estado impresionada por la evidencia del rechazo, de la exclusión social que representa esta puesta en ghetto de la vejez en los hospicios situados al exterior de las ciudades con el mismo rótulo que los cementerios (...). Nos hemos dado cuenta de la rapidez con que el anciano pierde su identidad en el hospicio. Esta muerte de la propia identidad precedía y provocaba con frecuencia la muerte biológica”*.

¿Cuáles son los determinantes de nuestra identidad? Ante todo somos un apellido, un nombre, una historia,



*y sus proyectos los cuales son su razón de vida. Al exterior es alguien; aquí sólo un número”*. Se da cuenta como se imprime delante de él 25, 30 etiquetas llevando su número de inscripción, su nombre, fecha de entrada. Está fichado. En la sala, a pesar de todas las órdenes contrarias, se hablará del número X, en lugar de decir el señor Tal o el señor Cual. Le despojarán de sus ropas, las que expresan su personalidad, y revestido del pijama y de la bata, uniforme del hospital. Estará sumergido en el anonimato. *“Se siente reducido o identificado con su enfermedad”*. Se arriesga a vivir como algo que se manipula. La indiferencia y la reducción del otro al estado de objeto niega la relación y mata al sujeto.

La privación de los roles sociales, de sus responsabilidades y de sus compromisos amenaza también al sujeto en su identidad y aviva su soledad. Dependiente, se encuentra obligado a poner entre las manos de otro, con frecuencia apartado de las decisiones que le conciernen, con la impresión de ser inútil. Estas

un rostro, un cuerpo que tienen necesidad de aprecio. Pertenece a un país, a una ciudad. Estamos marcados por nuestra función social, un oficio, un saber-hacer. Somos igualmente un fuero familiar. Nuestra identidad, es aun un espacio familiar, nuestra pertenencia a un movimiento o a una confesión religiosa. Nuestra identidad procede también de los demás, de la representación que se hacen de nosotros. Así la necesidad de ser reconocido como persona se expresa por la necesidad de ser nombrado, de estar señalado más esencialmente que por el lugar del turno o el número de la habitación. De hecho, ser identificado regularmente por su número o por su órgano enfermo —incluso si se está bien atendido— puede en la negación de sí como persona llegar incluso al deseo de curar: curar, ¿para qué, si no existo? ¿Cómo tolerar en sí las huellas de la enfermedad sin acumular en un solo centro de gravedad bajo su nombre, inscrito en la historia de la cual se busca el sentido? Ser reconocido en la unidad de su persona cuando el cuerpo está mutilado, es tener necesidad también de ser mirado con aprecio.

*“Id a visitar a la señora X... pues tiene necesidad de ser apreciada”,* decía un cirujano a un miembro de un equipo de capellanía, a propósito de una mujer después de una operación de cáncer en el rostro.

Descubriendo con retraso lo que no hubiéramos podido ver, comprendiendo de otra forma los confines y salidas de los acontecimientos que nos han acometido, nos podemos cambiar y así volver a tomar en mano el pasado para vivirlo de una forma nueva. **J. Vimort**<sup>38</sup> observa que es necesario tener una idea suficientemente positiva de su propia existencia para afrontar la enfermedad y la muerte en las mejores condiciones. Mirando su experiencia, los enfermos aceptan más fácilmente ver llegar el fin de su vida cuando pueden pensar que todo ha ido bien, el balance es más bien positivo. Pero **Cecily Saunders** hace notar que, si el fin de la vida hace nacer el deseo de llegar a lo que se considera como verdadero y precioso, este deseo puede hacer brotar el sentimiento de ser incapaz o indigno de acceder a ello. Esta situación puede suscitar sentimientos de amargura, de rabia y de ausencia total de opinión, engendrando lo que se llama un sufrimiento espiritual.

El ardid de esta relectura es adherirse a lo que se ha recibido para continuar recibéndolo; hay un sufrimiento de muerte sin haber dicho sí a su propia vida. Su deseo y derecho de mantener su identidad, invita al acompañante a ser vigilante frente al riesgo de depersonalización, de caída en el anonimato, de engullimiento en la no estima de sí. Es decir a estar atento a todo lo que hizo y todavía hace en la historia personal del enfermo, su identidad íntegra, su cultura, etc.

4.2.8. *Poder devolverle su existencia a alguien que le permita hacer la síntesis de su vida:*

La enfermedad o el accidente grave coloca al sujeto delante de su propia vida. Esta relectura puede ser casi automática, durar algunos minutos o algunas horas, hasta toda la noche. Puede hacerse también en varias semanas con un testigo, en presencia de otro. La grave enfermedad suscita la necesidad de volver a su pasado para apreciarlo. El enfermo tiende de nuevo a vivir su vida, a volvérsela a apropiarse en todo.

4.2.9. *La búsqueda de un sentido:*

La búsqueda de un sentido (opinión) es mencionada por todos los autores, pero expresada muy diferente-

mente. Maslow coloca esta necesidad en la cima de su pirámide. Subyace ya en el deseo de ligar los diferentes momentos de su existencia y de apreciar lo que se sostiene cuando está amenazada la vida. *“Este hombre encamado busca a atar la gavilla de sus acciones y a recogerle el fruto”*. La cercanía de la muerte coloca a cada uno frente a lo esencial, de la extrema necesidad de encontrar un sentido a su propia existencia. Para **J. Pillot**, esta cercanía de la muerte se presenta como la última crisis existencial del hombre, en el curso de la cual, al momento de dejar su vida, la cuestión del sentido de lo que ha sido, de lo que ha vivido se va a plantear con agudeza. La idea de su muerte le coloca delante el sentido de su historia personal. El problema del fin se impone a su conciencia para dar un sentido al sufrimiento en un ensayo de comprensión de su vida. Con frecuencia este interrogante del ser no se le planteará de una manera tan fuerte como en el transcurso de su existencia. ¿Es que existe un lazo entre el principio y el fin de su vida, una orientación discernible, una utilidad? A través de este difícil balance, el sujeto intenta encontrar su unidad. Si no es comprendido, este ensayo de comprensión de su vida permanecerá como un “sufrimiento apagado”, resentido como un malestar indefinible. Esta búsqueda, dolorosa a veces, conducirá a otros enfermos en un proceso doloroso pero creador hecho de renunciaciones y de nuevos bloqueos, como un último parto de ellos mismos.

**J. Vimort** dice también como el enfermo busca identificar y rectificar las decisiones y las orientaciones fundamentales que han guiado su vida. Es esta rectificación que da sentido a su vida y seguridad delante de enfermedad y de la muerte.

**P. Deschamps** cita que en el curso prolongado del enfermo, la gran prueba es tomar conciencia de que es un ser limitado y acabado. Ya no puede eliminar la muerte por el rechazo de contemplarla o el alejarlo por el olvido; le pertenece darle un sentido. Pero este sentido no puede darse, debe encontrarse. **Victor Frankel** afirma que todo hombre puede encontrarle un sentido a su vida (incluso al sufrimiento, punto capital según él, delante del cual el psicoanálisis clásico permanece sin respuesta). Este sentido puede encontrarse en un verdadero diálogo en el cual él puede expresar lo que le preocupa. *“Si no hay alternativa al sufrimiento, entonces somos responsables de la actitud que manifestamos al sufrir”*. No obstante, en despecho de todas las opiniones dadas, en algunos casos permanece la angustia de la dislocación del yo.

Así esta búsqueda del sentido podrá encontrar una respuesta en la percepción de un hilo rojo a lo largo de su existencia, pero también la decantación de los valores dejando emerger lo que le mantiene... Este sentido puede expresarse a través de la fe religiosa renovada en una verdadera relación con Dios más allá de la forma exterior de los ritos. El sentido encontrado frente a la muerte vuelve a dar sentido a la vida. El trabajo de búsqueda del sentido justifica para el que lo acompañe sea atento al discurso del enfermo, con sus progresos, sus retrocesos, sus oscuridades.

#### 4.2.10. Necesidad de continuidad, de un más allá:

La necesidad del sentido citado anteriormente, no es sólo una mirada hacia atrás, sino también una mirada hacia adelante. Algunos buscan el situar su existencia en un conjunto más extenso, a coger algunos restos de una continuidad en la defensa de los valores de fraternidad, de justicia, de respeto, seguido por otros a través de un sindicato, un partido o una iglesia. Esta continuidad puede vivirse por sus descendientes cuando las relaciones familiares son buenas. Puede realizarse a través de una obra, una empresa, pero, hoy son raras las que ven sucederse en varias generaciones de una misma familia. Puede ser la necesidad para aquel que parte de entregar un mensaje, una palabra, el fruto de lo que ha recogido después de haber pesado lo que tenía delante de la muerte. Debe el familiar recoger este esencial como si tuviera que volver a coger la antorcha. Esta necesidad de continuidad se manifiesta también por la vitalidad actual de las creencias en la reencarnación, al ciclo energético, al ciclo vital. Se la encuentra en el sentido de la continuidad de la historia y el renuevo de la fe en la Resurrección. Existe también con frecuencia un deseo de continuidad después de la muerte, pero acompañado de muchas dudas, incluso entre los creyentes, en cuanto a la realidad de esta vida en el más allá. Existe una vaga noción de la inmortalidad del alma, en la percepción de que se da una realidad vital que no proviene del que la vive. Podrá ser nombrada y conceptuada convenientemente cuando el enfermo se inscriba en una fe religiosa. La cuestión del más allá es puesta la mayoría de las veces en términos de la más extrema modestia: reencontrar posiblemente a sus allegados... Utiliza muy habitualmente el rodeo de la alusión o el lenguaje simbólico cuando se refiere al más allá.

#### Necesidad de releer su vida

*“El relato llena una función clarificadora encadenando los acontecimientos de la vida”. Cada enfermo se*

*cuestiona en el momento de mayor riesgo. Algunos prefieren desechar estos pensamientos para luchar mejor. Otros elevan el hilo de su historia y se aventuran a buscar un sentido allí donde no veían otra cosa que la casualidad. El paciente amenazado en su identidad trata de redescubrirse como sujeto a través de cierta continuidad y coherencia de los diferentes momentos y actividades de su vida. «El hombre no es el desarrollo de un sentido fijado ya al nacer, pero, en los momentos cruciales, procura mirar su pasado con un trayecto”.*

**La aproximación de la muerte es una entrega en cuestión radical, el enfermo grave vive los acontecimientos con una gran agudeza.**

La muerte es el tiempo de mudanza, de lo que ya no se puede hacer, de donde la importancia de la segunda lectura de su vida.

Esta segunda lectura destaca los problemas que son latentes, los choques emocionales, los conflictos resurgen con violencia. Deseo de dar orden a lo que había carecido hasta ahora. Necesidad de armonía, de reconciliación. Releer su vida es encontrar en lo que hizo coherencia, también es ordenar sus pensamientos con el fin de encontrar su hilo conductor.

El moribundo tiene una necesidad frecuente de volver a hablar del pasado para revivir los momentos de alegría y de felicidad, y para saborearlos mejor. Pues es importante poner el énfasis en las cosas que le dieron placer, pero también las cosas que fueron las más dolorosas. La segunda lectura de su vida permite tomar conciencias: la pertenencia a un grupo, a una identidad, a una familia religiosa.

El moribundo no tiene individualmente futuro, hace jugar con fuerza las solidaridades, las descendencias, con el fin de resistir mejor o de hacerse indispensable. A través de este amnèsis, el enfermo se da cuenta que la ciencia no es la totalmente poderosa, que su cuerpo amenazado le hace descubrir la existencia como vulnerable, precaria y frágil. La defeción

del cuerpo lo invita a distinguir del afecto a la existencia, de un afecto simple a la vida biológica.

Releer su vida no se refiere directamente e inmediatamente a los comportamientos sino también la relación fundadora de todo ser. Por cierto todo no es posible, el acompañamiento desempeña un espacio de libertad y no un espacio infinito, ciertos espacios no serán liberados probablemente jamás, son vinculados a zonas neuróticas, barreras caracteriológicas, handicaps físicos, a imposibilidades sociales o religiosas. Cada ser humano confrontado con este último trabajo es único a poder decir el fin que persigue, nuestro papel se situará en los medios dados, en los instrumentos que le permitirán al enfermo "prescribirse de verdad".

### Sentimiento de culpabilidad

El sentimiento de culpabilidad es uno de los componentes que se deslizó insidiosamente en todas las camas de los enfermos. Este sentimiento escapa de la lógica racional, es sin duda alguna uno de los más fundamentales de la vida afectiva y espiritual en sus expresiones personales. La muerte despierta este sentimiento de culpabilidad. Puede explicarse en el hecho de que no se logra siempre tener a su disposición una explicación causal de la enfermedad grave, no soportamos quedarnos sin respuestas a los porqués existenciales (saber es un modo de dominar, de dominar el acontecimiento).

Para evitar el sentido de la muerte, el hombre necesita encontrar a un responsable o un culpable para atribuirse una parte de responsabilidad. ¿Cómo administrar y dejar a un paciente con su queja o cómo caminar con él? Con algo que no sea forzosamente improbable y que puede arrastrarle al fatalismo.

### Rotura de la relación con otro

La rotura de la relación con otro, pero también consigo mismo, hasta conducir al enfermo a una falta de amor, a una angustia viva y profunda que muere sobre nuestra necesidad de ser querido y ser dotado de valor. Así, fracasos, desprecio social, humillaciones, nos desvalorizan, provocando en nosotros el sentimiento de haber "roto" la realización de nuestra vida, rotura de la relación con Dios cuando la referencia es una creencia.

El acompañante constituye de este hecho una instancia crítica positiva, cada interventor debe situarse en su disciplina de donde la importancia del estatuto y del equipo multidisciplinario, pero también de tener una visión integral del ser humano como criatura en su simultaneidad y su paradoja.

### 4.3. Necesidades espirituales emocionales:

La enfermedad grave y la muerte es una de las últimas crisis existenciales. El enfermo y el moribundo vive esta etapa con una gran intensidad afectiva, necesita a la vez expresar su miedo, su tristeza, su desesperación, pero también siente el deseo de vivir otras experiencias sobre el plano afectivo, de dar la luz a otros comportamientos. Frente a esta prueba, el enfermo busca a compañeros para poder asumir sus pérdidas, sus miedos.

### Pérdidas:

**Al nivel de la imagen de sí.** Toda alteración del cuerpo trae una alteración de la identidad, esta imagen es también alterada al nivel de su autonomía y al nivel de su poder. El cuerpo se niega a plegarse a sus deseos. **Al nivel relacional,** el cambio con los otros; la aparición de fenómenos regresivos pueden crear diferencias y una gran soledad. La enfermedad invierte los papeles y las funciones (dependencia, autoridad). Los miedos de las causas objetivas (la inquietud de una joven madre que deja a sus niños o parientes (padres) de edad), el decaimiento vinculado a la dignidad, la inutilidad, de estar abandonado, de sufrir, por la dependencia de no ser autónoma más.

## 5. Significado y práctica de la Atención Espiritual:<sup>40</sup>

Para la expresión religiosa en las necesidades espirituales nos remitimos al artículo citado de Thieffry, J.M., es un campo que se puede, y se debe, ampliar y estudiar con más profundidad para interrelacionar la dimensión religiosa con la dimensión espiritual.

Las atenciones espirituales son esenciales para los

40- [http://www.cape.org/francais/publication/livre\\_blanco.htm](http://www.cape.org/francais/publication/livre_blanco.htm) Service de pastorale professionnelle : rôle et importance dans les soins de santé. Livre blanc préparé par : Association of Professional Chaplains, Association for Clinical Pastoral Education, Association canadienne pour la pratique et l'éducation pastorales, National Association of Catholic Chaplains, National Association of Jewish Chaplains.



tecnológico, es frecuente que se deba tomar de decisiones difíciles de orden moral. Por ejemplo, la decisión de interrumpir un tratamiento tiene un efecto inevitable sobre los valores y las creencias personales. Los agentes de pastoral, que a menudo forman parte de comités de ética asistencial, pueden ayudar tanto al personal como los enfermos y su familia a las tomas con estas cuestiones complejas.

*Personal de asistencia sanitaria y atención espiritual:*

Los agentes de pastoral dispensan atención espiritual en numerosos dominios de asistencia sanitaria. He aquí algunos de estos dominios:

- \_ Cuidados breves
- \_ Cuidados de duración larga y en residencia
- \_ Readaptación
- \_ Salud mental
- \_ Cuidados ambulatorios
- \_ Tratamiento de la toxicomanía
- \_ Deficiencia mental y problemas del desarrollo<sup>41</sup>
- \_ Cuidados paliativos

## 6. ¿Quién dispensa la Atención Espiritual?:

La atención espiritual debe de dispensarla el Agente de Pastoral, en colaboración con los otros profesionales de una manera interdisciplinar. Los agentes de pastoral son unos miembros del clero o laicos que recibieron una formación teológica y clínica; en su ministerio, deben particularmente:

- \_ Respetar las preferencias espirituales o religiosas de los enfermos.
  - \_ Comprender el efecto de la enfermedad sobre las personas y sobre los prestatarios de cuidados que les rodean.
  - \_ Conocer la estructura y la dinámica del centro de asistencia sanitaria donde trabajan.
  - \_ Rendir cuentas ya que forman parte de un equipo de cuidados profesionales.
  - \_ Rendir cuentas a los responsables de su comunidad de fe.
  - \_ dar prueba de sensibilidad a las realidades multiculturales, multiconfesionales y ecuménicas.
- En los Estados Unidos o en Canadá, las exigencias en materia de certificación de los agentes de pastoral profesionales son las siguientes:
- \_ Poseer una formación universitaria o equivalente en teología.
  - \_ Ser reconocido por su organización eclesíastica o podido demostrar un lazo con una comunidad religiosa oficial.
  - \_ Poseer una formación en educación pastoral equivalente a un año de estudios superiores.
  - \_ Hacer prueba de habilidades en el dominio clínico.
  - \_ Respetar las exigencias anuales en materia de formación continua.
  - \_ Adherirse a un código de ética profesional para los

41- Llinars Lloret, J.B. Celebraciones con disminuidos psíquicos. Ed. CCS.

agentes de pastoral.

— Poseer habilidades profesionales reconocidas por los otros agentes de pastoral.

En España la formación viene concretada por cada diócesis, y cada vez más se están incorporando laicos en el papel de agentes de pastoral.

## 7. Beneficios que proporciona el Ministerio de los Agentes de Pastoral en su atención a las Necesidades Espirituales:

El trabajo de los agentes de pastoral está de una gran utilidad para los cuatro componentes de un sistema de salud, incluso los enfermos y su familia, los prestatarios de cuidados y los profesionales de la salud, el establecimiento de salud y la colectividad. Estos beneficios son cada vez más evidentes, como lo demuestran investigaciones empíricas.

### 7.1. Beneficios para los enfermos y su familia:

Encontraremos más abajo un resumen de los resultados obtenidos en el marco de seis ámbitos de investigación sobre los beneficios que experimentan enfermos y su familia cuando se interesa por su espiritualidad.

#### 7.1.1. Valor de las creencias y las prácticas religiosas y espirituales:

Un número crecido de estudios demuestra los beneficios de las creencias y de las prácticas religiosas sobre la salud. Un méta-análisis reciente que proviene de 42 estudios hechos públicos, que se refiere aproximada-

mente en 126.000 participantes, revela que los enfermos que son practicantes de alguna religión son aptos para vivir más tiempo que los que no lo son<sup>42</sup>.

Un estudio que se refiere sobre cerca de 600 personas de edad, gravemente enfermas revela que los enfermos que reciben la ayuda de agentes de pastoral o de los grupos confesionales están menos deprimidos y dan una mejor estimación de su calidad de vida que otros enfermos, hasta después de haber tenido en cuenta la gravedad de su enfermedad<sup>43</sup>.

Un estudio que se refiere en 1.600 enfermos alcanzados por cáncer revela que el bienestar espiritual es tan benéfico a la calidad de vida como el bienestar físico. Entre las personas que se quejan, sobre todo de cansancio y de dolor, las que gozan de un bienestar espiritual tienen una calidad de vida superior a las otras<sup>44</sup>.

Estos estudios, así como otros, revelan que la fe y la práctica religiosas tienen repercusiones sobre el bienestar físico y emocional. Los agentes de pastoral son llamados a desempeñar un papel sostenimiento y refuerzo de estos recursos religiosos y espirituales.

#### 7.1.2. La importancia de los recursos religiosos y espirituales para el enfermo:

El factor de adaptación a la religión, aunque vinculado a otros factores, es distinto y desempeña un papel excepcional en el proceso de adaptación. Los factores religiosos y no religiosos de adaptación son contradictorios<sup>45</sup>.

Un estudio realizado de personas de edad, demuestra que más de la mitad de ellas, considera que su religión es el recurso más importante que les permite enfrentarse con la enfermedad<sup>46</sup>.

Otro estudio revela que el 44% de los enfermos preguntados, la religión es el factor más importante que les ayuda a enfrentarse con la enfermedad o la hospitalización<sup>47</sup>.

42-McCullough, Michael, Hoyt, W., Larson, D., Koenig, Thoresen, C. 2000, Religious Involvement and Mortality: en Meta-Analytic Review, Health Psychology 19 (3), 211-222.  
43-Koenig, Harold G., Pargament, K. I. y Nielsen, J. 1998, Religious Coping and Health Status in Medically Ill Hospitalized Older Adults, Journal of Nervous and Mental Disease, 186 (9), 513-521.  
44-Brady, Mariana J., Peterman, Tien, H., Fitchett, G., Mb, Sr. y Cella, D. 1999, A Compartimiento fuero Including Spirituality in Quality of Life Measurement in Oncology, Psycho-Oncology, 8 (5), 417-428.  
45-VandeCreek, Larry, Pargament, K., Belavich, T., Cowell, B. y Friedel, L. 1999, The Unique Benefits of Religious Support During Cardiac Bypass Surgery, Journal of Pastoral Care, 53 (1), 19-29. Pargament, Kenneth, Cole, B., VandeCreek, L., Brant, C. y Perex L. 1999, The Vigil: Religion and the Search fuero Control in the Hospital Waiting Room, Journal of Health Psychology, 4 (3), 327-341.  
46-Koenig, Harold G., Moberg, D. O. y Kvale, J. N. 1988, Religious Activities and Attitudes of Older Adults in tiene Geriatric Assessment Clinic, Journal of the American Geriatrics Society, 36, 362-374.  
47-Koenig, Harold G., Hover, Sr., Bearon, L. B. y Travis, J.L. III 1991, Religious Perspectives of Doctors, Malades, and Families, Journal of Pastoral Care, 45 (3), 254-267.

Un estudio que se refiere a mujeres que padecen cáncer de pecho, según 88% de ellas, la religión es importante y, según 85%, esto les permitió enfrentarse con su enfermedad<sup>48</sup>.

También, según 93% de las mujeres que fueron objeto de un estudio realizado sobre mujeres que sufrían un cáncer ginecológico, la religión les ayudó a mantener la esperanza<sup>49</sup>.

Un estudio llevado cerca de enfermos de cáncer del pecho externo, en consulta, revela que 76% de ellas rezaban para tener la fuerza de aceptar el diagnóstico<sup>50</sup>.

Numerosos estudios demuestran que el bienestar espiritual les permite a los enfermos enfrentarse con la enfermedad y lo que le acompaña: ansiedad<sup>51</sup>, la desesperación, la impotencia<sup>52</sup> y el aislamiento<sup>53</sup>. Varios pacientes esperan a agentes de pastoral que les ayuden frente a estos sentimientos de desamparo.

Pargament (1997)<sup>54</sup> cita varios estudios que muestran la importancia de los factores religiosos y espirituales para las personas que luchan contra la enfermedad.

Cuando deben enfrentarse con la enfermedad o vivir otras experiencias dolorosas, la persona se vuelve hacia los recursos religiosos y espirituales que les ayudan a enfrentarse con sus dificultades. Los agentes de pastoral tienen o deben tener la formación necesaria para ayudarles a vivir este proceso de adaptación religiosa.

### 7.1.3. Ayuda a los enfermos en estado de desamparo a carácter espiritual:

Hay estudios que ponen en evidencia la situación

de los enfermos que viven un estado de desamparo en su dimensión espiritual y que provocan conflictos o dudas. Este estado de desamparo es asociado con una salud desfalleciente, con una recuperación lenta o con dificultades en enfrentarse con la enfermedad<sup>55</sup>.

Los agentes de pastoral desempeñan un papel particularmente importante cuando se trata de descubrir entre los enfermos un estado de desamparo de carácter espiritual y de ayudarles a resolver sus problemas religiosos o espirituales, lo que permite favorecer el mejoramiento de su salud y la adaptación a su condición.

### 7.1.4. Reforzar las estrategias de adaptación:

Según los estudios que siguen, el bienestar sobre el plano espiritual ayuda a atenuar los sentimientos dolorosos que suscita la enfermedad:

- \_ La ansiedad<sup>56</sup>.
- \_ El sentimiento de impotencia<sup>57</sup>.
- \_ El sentimiento de aislamiento<sup>58</sup>.

Muchos enfermos esperan para que los agentes de pastoral les ayuden a combatir sus sentimientos de desamparo<sup>59</sup>.

Es decir, los enfermos recurren a los recursos espirituales cuando sufren o experimentan sentimientos dolorosos. Los agentes de pastoral especializados en asistencia sanitaria son o deben ser formados para ayudar a los enfermos y su familia que acude a sus recursos espirituales o religiosos para hacer frente a los sentimientos de sufrimiento.

- 48-Johnson, Sara C. y Spilka, B. 1991, Coping with Breast Cancer: The Roles of Clergy and Faith, *Journal of Religion and Health*, 30 (1), 21-33.
- 49-Roberts, James A. Brown, D., Elkins, T. y Larson, D. B. 1997, Factors Influencing Views of Malades with Gynecologic Cancer About End-of Life Decisions, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176, 166-172..
- 50-VandeCreek, Larry, Rogers, E. y Lastar, J. 1999, Gasta of Alternativ Therapies Among Breast Cancer Outmalades Compared with the General Population, *Alternativ Therapies*, 5 (1), 71-76..
- 51-Kaczorowski, Jane M. 1989, Spiritual Well-Being and Anxiety in Adults Diagnosed with Cáncer, *The Hospice Journal*, 5 (3-4), 105-116.
- 52-Mickley, Jacoba R., Soeken, K. y Belcher, Tiene. 1992, Spiritual Well-Being, Religiousness and Hope Among Women with Breast Cancer. *Imagen: journal of Nursing Scholarship*, 24 (4), 267-272. Fehring, Richard J., Miller, J.F. y Shaw, C. 1997, Spiritual Well-Being, Religiosity, Hope, Depression, and Other Mood States in Elderly People Coping With Cancer, *Oncology Nursing Forum*, 24 (4), 663-671..
- 53-Feher, S. y Maly, C. 1999, Coping With Breast Cancer in Later Life: The Role of Religious Faith, *Psycho-Oncology*, 8 (5), 408-416.
- 54-Pargament, Kenneth. 1997. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, New York: Guilford Publications.
- 55-Berg, Gary E., Fonss, N., Reed, Tiene. J. y VandeCreek, L. 1995, The Impact of Religious Faith and Practice Enfermo Suffering From tiene Mayor Affective Disorder: en Cost Analysis, *Periódico of Pastoral Care*, 49 (4), pp. 359-363. Fitchett, Jorge, Rybarczyk, B. D., DeMarco, G. A. Y Nicholas, J. J. 1999, The Role of Religion in Medical Rehabilitation Outcomes: en Longitudinal Study. *Rehabilitation Psychology*, 44 (4), 333-353.
- 56-Kaczorowski, Jane M. 1989, Spiritual Well-Being and Anxiety in Adults Diagnosed with Cáncer, *The Hospice Journal*, 5 (3-4), 105-116.
- 57-Mickley, Jacoba R., Soeken, K. y Belcher, Tiene. 1992, Spiritual Well-Being, Religiousness and Hope Among Women with Breast Cancer. *Imagen: of Nursing Scholarship*, 24 (4), 267-272. Fehring, Richard J., Miller, J.F. y Shaw, C. 1997, Spiritual Well-Being, Religiosity, Hope, Depression, and Other Mood States in Elderly People Coping With Cancer, *Oncology Nursing Forum*, 24 (4), 663-671.
- 58-Feher, S. y Maly, C. 1999, Coping With Breast Cancer in Later Life: The Role of Religious Faith, *Psycho-Oncology*, 8 (5), 408-416.
- 59-Hover, Margot, Travis, J.L. III, Koenig, la hora. G. y Bearon, L. B. 1992, Pastoral Research in tiene Hospital Setting: a Compartimiento Study, *Periódicoof Pastoral Care*, 46 (3), 283-290.



### 7.1.5. Ayuda a las familias:

Es frecuente que los miembros de una familia se encuentren en un estado de desamparo semejante o más intenso que el que vive su familiar enfermo en el hospital. Varios estudios revelan que, según ciertos enfermos, una de las funciones más importantes de un agente de pastoral es ayudar a los miembros de su familia, que combate los sentimientos de desamparo, que suscita la enfermedad o la hospitalización de un allegado<sup>60</sup>.

Uno de los estudios muestra que, para 56% de las familias, la religión constituye el factor más importante que les ayudan a luchar contra los sentimientos dolorosos que suscita la enfermedad de un próximo<sup>61</sup>.

Según otro estudio, las familias conceden más importancia del ministerio del agente de pastoral que lo hacen los enfermos<sup>62</sup>.

En comparación con los familiares cuyas necesidades espirituales no son colmadas, los familiares cerca de los enfermos alcanzados por la enfermedad de Alzheimer que practica regularmente su religión

y cuyas necesidades espirituales son colmadas viven un estado de bienestar superior y un nivel de estrés inferior a otros familiares<sup>63</sup>.

Por tanto, el desamparo vivido por los miembros de una familia en el momento de la hospitalización de uno de los suyos es elevado y recurren a recursos religiosos o espirituales para superarlo. La ayuda aportada por un agente de pastoral a la familia puede entonces ser benéfica.

### 7.1.6. Satisfacción de los enfermos y de su familia con respecto a los agentes de pastoral:

Estudios indican que hasta 70% de los enfermos conocen por lo menos una necesidad de naturaleza espiritual en contacto con su enfermedad<sup>64</sup>.

Estudios llevados cerca de enfermos cuidados en centros hospitalarios de corta estancia revelan que dos tercios del conjunto de los enfermos desean recibir de la atención de naturaleza espiritual<sup>65</sup>.

Cuando los miembros de una familia de un enfermo reciben la ayuda de los agentes de pastoral del centro hospitalario, es probable que este enfermo prefiera escoger de nuevo este establecimiento si otra hospitalización es necesaria<sup>66</sup>.

He aquí algunos datos nacidos de un estudio vasto sobre el grado de satisfacción manifestado por enfermos y miembros de su familia con respecto al ministerio de los agentes de pastoral:

— Una gran mayoría de enfermos es muy satisfecha de la ayuda espiritual que recibieron de agentes de pastoral.

— La satisfacción manifestada por las familias es todavía

- 60- Carey, Raymond G. 1973, Chaplaincy, Component of Total Malade Care? Hospitals: journal of the a American Hospital Association, 47 (14), 166-172.  
 Carey, Raymond D. 1985, Cambiar in a Perceived Need, Valida and Role of Hospital Chaplains. In Lawrence E. Holst (Ed), Hospital Ministry: The Role of the Chaplain Today (Nueva York: Crossroad Publishing Company), pp. 28-41.  
 61- Koenig, Harold G., Hover, Sr., Bearon, L. B. y Travis, J.L. III 1991, Religious Perspectives of Doctors, Malades, and Families, Journal of Pastoral Care, 45 (3), 254-267..  
 62- Vandecreek, Larry, Thomás, J., Jessen, Tiene. Gibones, J. y Strasser. 1991, Malade and Family Perceptions of Hospital Chaplains, Hospital and Health Services Administración, 36 (3), 455-467..  
 63- Burgener, Sandy C. 1999, Predicting Quality of Life in Caregivers of The Alzheimer Malade: The Role of Soporte from and Involvement with the Religious Community ., Journal of Pastoral Care, 53 (4), 433-446..  
 64- Fitchett, Jorge, Burton, L. A y Sivan, Tiene. B. 1997, The Religious Needs and Resources of Psychiatric In-Malades, Periódico of Nervous and Mental Disease, 185 (5) 320-326. Moádel, Alyson, Morgan, C., Fatone, Tiene. Grennan, J., Cártier, J., Laruffa, G., Skummy, Tiene. Y Dutcher, J. 1999, Seeking Meaning and Hope: Self-Reported Spiritual and Existential Needs Among el año Ethnically-Diverse Cancer Población Enferma, Psycho-Oncology, 8 (5), 378-385.  
 65- Carey, Raymond D. 1985, Cambiar in a Perceived Need, Valida and Role of Hospital Chaplains. In Lawrence E. Holst (Ed), Hospital Ministry: The Role of the Chaplain Today (Nueva York: Crossroad Publishing Company), pp. 28-41.  
 66- Gibones, James L., Thomás, J., Vandecreek, L. y Jessen A. K. 1991, The Value of Hospital Chaplains: malade Perspectives, Journal of Pastoral Care, 45 (2), 117-125..  
 67- Vandecreek, Larry y Gibson. 1997, Religious Support from Parish Clergy fuero Hospitalized Parishioners: Availability, Evaluación, Implicatons, Journal of Pastoral Care, 51 (4), 403-414.

más grande que la que es manifestada por los enfermos.

Las visitas devueltas por el agente de pastoral atenúan los efectos de la hospitalización para el enfermo ya que le aportan el consuelo y le ayudan a aflojarse.

El agente de pastoral ayuda a los enfermos a “recuperar más rápidamente” y a prepararse con vistas a “facilitar su vuelta en la casa” porque las visitas que les devuelve les dan la esperanza.

Los enfermos y su familia son a menudo concientes de sus necesidades espirituales en el curso de una hospitalización, desean obtener una ayuda profesional para satisfacer estas necesidades, aunque esta ayuda se revela benéfica cuando lo reciben. Es uno de los factores que los incita a recomendarles a otros enfermos escoger el hospital que frecuentaron.

## 7.2. Beneficios para el personal que dispensa los cuidados:

A veces, trabajar cerca de los enfermos y su familia puede revelarse muy estresante para el personal de enfermería, los médicos u otros profesionales de la salud. En numerosos contextos, las modificaciones aportadas al presupuesto de la salud se llevaron, en un lapso corto del tiempo, una disminución del personal sanitario que trabajaba cerca de personas gravemente enfermas. Los agentes de pastoral pueden ocuparse de enfermos o familias que necesitan relación de ayuda o apoyo durante períodos prolongados de tiempo, lo que les permite a otros profesionales consagrarse a otras tareas.

Los agentes de pastoral desempeñan un papel importante ayudando a los miembros del personal que supera el estrés asociado con su trabajo y con sus problemas personales. Este servicio de ayuda puede colaborar a levantarles el ánimo y a disminuir el agotamiento profesional, el factor responsable del crecimiento de los permisos de enfermedad y del índice de cambio del personal. Según un estudio, el 73% de los médicos y del personal de enfermería que trabaja en el sector de los cuidados intensivos estima que el agente de pastoral tiene un papel importante en el apoyo que hay que aportarle al personal y 32% consideran que los agentes de pastoral deben hallarse en situación de ayudar al personal que encuentra las

soluciones a sus problemas<sup>68</sup>.

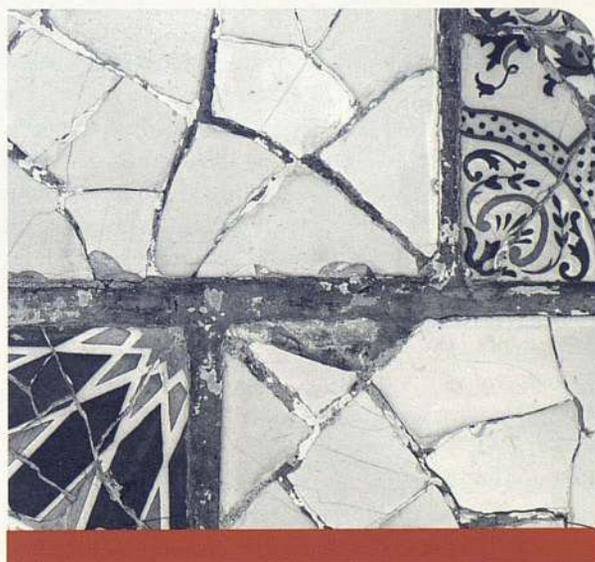
## 7.3. Beneficios para los hospitales y centros de salud:

Los servicios dispensados por los agentes de pastoral de la salud presentan ventajas para los centros de salud:

7.3.1. Los agentes de pastoral ayudan a los centros de salud que deben de responder a las necesidades y perspectivas de los enfermos, ofreciendo a estos últimos, los servicios cualificados a carácter espiritual, impregnados de compasión; haciendo esto, realzan la imagen de los centros. En una era marcada por una medicina de alta tecnología, por una hospitalización breve y por contactos restringidos con los médicos u otros profesionales de la salud, el agente con pastoral oferta a los enfermos una de las ocasiones raras y posibles que les tardan en hablar de sus preocupaciones.

7.3.2. Los agentes de pastoral establecen y mantienen lazos con el clero de la colectividad.

7.3.3. Los agentes de pastoral desempeñan un papel importante de catalizador cuando un enfermo o su familia presenta quejas, sobre todo, si el centro no dispone de un servicio de atención al usuario. Cuando enfermos o prestatarios de cuidados se enfurecen o se hacen amenazadores, los agentes de pastoral tienen la capacidad de ayudarles a hacer frente a estos sentimientos intensos preservando los valores puestos de la delantera por el establecimiento. Su presencia puede contribuir disminuyendo los riesgos de litigio.



68- Sharp, Cecil G. 1991, The Use of Chaplaincy in the Neonatal Intensive Care Unit, Southern Medical Journal, 84 (12), 1482-1486.

**7.3.4.** Los agentes de pastoral pueden desempeñar un papel en la prevención y la disminución de los riesgos de explotación sobre el plano espiritual. En calidad de protector de los enfermos, defienden su derecho frente al proselitismo. Los cuidados dispensados por un agente de pastoral son objeto de un código profesional y fundado de ética sobre el respeto de las creencias diversas y prácticas de riesgo, tanto para el enfermo, como para su familia.

**7.3.5.** Los agentes de pastoral ayudan a los enfermos y su familia a reflexionar sobre los cuidados que desean recibir al final de vida y dan parte de eso al personal del hospital. Esto permite conocer los valores privilegiados por los enfermos y su familia, facilitar la comunicación e impedir para que sean prodigados cuidados no deseados <sup>69</sup>.

**7.3.6.** Los agentes de pastoral ayudan a los centros de salud, que elaboran enunciados de misión y de valores, que pretenden favorecer la curación integral. Ayudan más particularmente a las organizaciones confesionales de salud que se da cuenta de su misión y a promoverlo.

**7.3.7.** Los agentes de pastoral ayudan a los centros de salud al respeto de los derechos de los enfermos de recibir cuidados y al apoyo sobre el plano espiritual.

**7.3.8.** Los cuidados prodigados por los agentes de pastoral son económicos. En un estudio publicado, en EE.UU sobre los costes de los servicios de los agentes de pastoral, consideramos que se sitúan entre 2,71 dólares y 6,43 dólares por visita a un paciente <sup>70</sup>. En España no se ha realizado ningún estudio sobre este tema, pero con los datos que conocemos saldría mucho más económico el coste de los servicios religiosos. Además, cerca de tres cuartos los directores de organización de cuidados integrados de salud (OSIS) de EE.UU., que han sido preguntados estiman que si la espiritualidad expresada por la oración personal, la meditación u otras prácticas espirituales o religiosas, puede tener efectos sobre el bienestar, puede pues contribuir disminuyendo los costes de los asistencia sanitaria <sup>71</sup>.

#### 7.4. Beneficios para la sociedad:

Los establecimientos de salud pueden ser cada vez más concientes, que forman parte de una colectividad, y las habilidades de los agentes de pastoral les permiten

contribuir a numerosos servicios en la misma colectividad.

- \_ Desempeñan un papel de primer plano, aunque no siempre suficientemente reconocido, participando en programas de mayor bienestar.
- \_ Desempeñan una labor cerca de los grupos de apoyo con el fin de ayudar a los miembros de la colectividad que se enfrenta con las pérdidas, las dificultades o la enfermedad.
- \_ Participan en la prestación de una gama continua de servicios espirituales que ponen el énfasis en los lazos con el clero y los grupos confesionales locales, los trabajadores de cuidados a domicilio y a los profesionales en centros de cuidados paliativos.
- \_ Ofrecen sus consejos y su apoyo para poner en ejecución programas de pastoral de los enfermos en las parroquias, con el fin de mejorar la salud integral de los miembros de la colectividad.
- \_ Ponen en ejecución programas de formación con la intención de voluntarios de las parroquias que desean hacer visitas pastorales en calidad de laicos y ofrecer su apoyo de los miembros de los grupos confesionales.
- \_ Organizan seminarios de formación en la colectividad sobre temas vinculados a la espiritualidad, a las pérdidas y a la enfermedad, así como a los medios de enfrentarse con las situaciones difíciles.

En la efervescencia de la reforma de la salud, los responsables buscan constantemente los medios de ofrecerles los mejores servicios a los enfermos respetando las restricciones presupuestarias. Procuran conservar a un personal de calidad y mantener lazos positivos en el seno del establecimiento y en el seno de la colectividad. Los agentes de pastoral les dan su apoyo de modo excepcional fundándose sobre las tradiciones históricas en materia de espiritualidad que contribuyen a la curación integral del cuerpo, del corazón y del espíritu.

69- Fitchett, Jorge, Meyer, P. y Burton, L. A 2000, Spiritual Care: ¿Who Requests It? ¿Who Needs It? Journal of Pastoral Care, 54 (2), 173-186.  
70- VandeCreek, Larry, Rogers, E. y Lastar, J. 1999. Gasta of Alternative Therapies Among Breast Cancer Outmalades Compared with the General Population, Alternative Therapies, 5 (1), 71-76.  
71- Yankelovich Partners, Inc. 1997, Belief and Healing: HMO Professionals and Family Physicians, Balance Prepared statute the Johnn Templeton Foundation.

# La Historia Pastoral

> Rafael Lora González

*Pastoralista Clínico. Hospital San Juan de Dios de Córdoba.  
Responsable de Pastoral de la Salud del Sector de Hospitales Provincia Bética de la Orden  
Hospitalaria de San Juan de Dios.*

El autor expone su punto de vista sobre cómo deberían ser los Servicios de Pastoral de la Salud en los centros hospitalarios de la Orden.

Seremos creíbles si podemos demostrar de alguna manera que de lo inmaterial también se pueden obtener conclusiones, resultados y hacer aportaciones para mejorar la calidad asistencial de nuestros asistidos.

Y esto no puede depender solamente o exclusivamente de la buena voluntad, necesitamos: escribir, hacer anotaciones, dejar constancia, seguir un protocolo, seguir un método, analizar los datos obtenidos, obtener unas conclusiones... 

Si queremos dar a nuestros asistidos una Asistencia Integral, también la Historia Clínica del paciente debe ser integral, es decir, necesita recoger la evolución de todas las dimensiones de la persona en su proceso de enfermar y no sólo la dimensión Biológica sino también la Biográfica.

- \_ Cuando nos acercamos tanto al enfermo como a su familia, comprobamos como nos encontramos con personas que viven la provisoriedad
- \_ Una precariedad ante las certezas humanas que se han caído ante la enfermedad
- \_ Esto les produce desaliento

**¿Qué hacer entonces?  
¿Cabe aquí sin escucharlos,  
soltar un estupendo sermón  
y darle unas palmaditas en  
la espalda? Seguramente no.**

¿Entonces que podemos hacer? Lo mejor y más efectivo es sentarnos sin prisa junto al enfermo, escucharlo, saber lo que piensa, escuchar su dolor a través de la expresión de sus sentimientos, oír el mensaje que nos está transmitiendo detrás de las palabras que pronuncia y manifestarle que no está sólo ante el dolor, que seguramente no podremos ayudarle, pero que estamos con él, junto a él intentando descifrar lo que nos quiere decir, lo que nos quiere manifestar, lo que nos quiere transmitir y sobre todo podremos detectar qué tipo de ayuda nos está demandando.

El enfermo descubrirá entonces, desde nuestro acompañamiento, que *“alguien camina junto a él”* dicen que es el Cura, que es el Pastoralista, que es un Voluntario, que es un Hermano de San Juan de Dios, o un Médico, o una Enfermera, o una Limpiadora, o una Auxiliar de Clínica, ¡que más da! descubre que no está solo, que alguien camina a su lado y que además lo comprende aunque no se lo diga.

Gradualmente irá descubriendo que este acompañante que ha aparecido por la planta, con sus gestos de

cariño, de escucha, de empatía, le está manifestando que todavía hay recursos tanto internos como externos para combatir el dolor.

La perícopa de **Lucas 24, 13-35, Camino de Emaús**, nos ofrece pistas que nos van a permitir ilustrar lo que quiero decir:

*“Dos de los discípulos se dirigían a una aldea llamada Emaús... Iban hablando... Mientras hablaban y se hacían preguntas, Jesús en persona se acercó y se puso a caminar con ellos. Pero sus ojos estaban ofuscados... ¿Qué conversación es la que lleváis por el camino? Ellos se detuvieron entristecidos y le dijeron a Jesús: ¿Eres tú el único en Jerusalén que no sabe lo que ha pasado?... Y empezando por Moisés y siguiendo por todos los profetas, les explicó lo que decían de él las Escrituras”.*

Camino de Emaús nos ilustra lo que hizo Jesús en sus acompañamientos y nos proporciona pistas para los nuestros cuando nos encontremos ante el enfermo y su familia.

Jesús se acercó y este gesto le convirtió en una oportunidad para que los dos de Emaús crecieran y se fortalecieran en su perplejidad y dolor.

También nosotros cuando acompañamos no desde la puerta, sino sentándonos junto al enfermo, no repartiendo sacramentos como en un supermercado sino dedicándole el tiempo que necesite, podemos ofrecer pistas para que ellos crezcan y se fortalezcan en el dolor que le produce la enfermedad. Podemos ayudar a despertar quizá una fe dormida, a que nazca o crezca la esperanza, a que se despierten recursos, a que nazcan deseos de superación, deseos de reconciliación tanto consigo mismo, como con los demás y si es creyente con Dios, podemos ayudar a recuperar el Sentido de la Vida y ésta a Trascenderla, podemos ayudar no a entender el sufrimiento que no será nunca entendido, pero si podemos ayudar a integrarlo



gradualmente y a ofrecerlo, y podemos ayudar sobre todo a morir en paz.

Lo mismo que Jesús capta la expresión turbada y consternada de los dos caminantes en su acompañamiento, también nosotros si estamos atentos a lo que escuchamos en los nuestros, podremos captar las expresiones turbadas y consternadas por el dolor y el sufrimiento, de las personas que acompañamos.

### ¿Cómo entrar en sus vidas?

- \_ Primeramente y requisito imprescindible: teniendo su permiso y con todo el respeto del mundo.
- \_ Haciendo las preguntas abiertas que necesitemos con mucha delicadeza, atentos siempre a lo que nos diga en nuestros acompañamientos, y haciendo alusión a sus manifestaciones.
- \_ Manteniendo una conversación amistosa y cordial.
- \_ Animando a la reflexión.
- \_ Transmitiendo apoyo, confianza y comprensión.

### ¡Peligros en nuestros acompañamientos!

- \_ Existe el riesgo de preguntar demasiado, mal y a destiempo.
- \_ Existe el peligro de convertir nuestros acompañamientos en encuestas insostenibles e interminables.

Lo mejor que podemos hacer y para esto hace falta conocer y manejar las destrezas y habilidades requeridas, es que el enfermo cuando se sienta acompañado por nosotros reciba como una caricia amable que le permita pensar en su interior: Me siento acompañado, escuchado y comprendido en mi enfermedad, no estoy sólo en la lucha contra el dolor. Enfermo como estoy también soy importante, no he perdido mi dignidad.

La mejor medicina en estos momentos puede ser aunque no lo parezca:

- \_ Dejarlo expresar sus sentimientos.
- \_ Dejarlo desahogarse.

\_ No interrumpir su narración.

\_ Que ponga voz y expresiones concretas a su dolor. En ese momento necesita un drenaje no una palmadita en el hombro ni una frase hecha.

\_ Que no se sienta juzgado por el pastoralista.

\_ No sabemos su historia, por tanto no minimicemos lo que oímos.

\_ No hagamos vano el dolor.

\_ No culpabilicemos.

\_ No seamos superfluos.

\_ No interrumpamos con sermones baratos, aprendidos y prefabricados.

\_ No demos consejos fáciles.

\_ Lo mejor es ayudar a que se despierten sus propios recursos tanto internos como externos.

La historia de cada ser humano es las más importantes para cada uno. Tienen todo el derecho del mundo a ser escuchados. El centro de nuestros acompañamientos no somos nosotros, son nuestros enfermos, dejemos por tanto que abran su historia, con sus luces y con sus sombras.

Primero Escuchamos y Empatizamos, después Confrontamos y Personalizamos, si hace falta, y luego podremos intentar despertar los recursos latentes en su interior.

En esas duras situaciones de silencio, de dolor, consternación y preocupación somos enviados. Esa es nuestra tarea.

Ante la tragedia de la vida, comprobaremos como no es la criatura quien interroga a Dios, sino que es el dolor quien interroga a la criatura, cayéndose las antiguas certezas y las falsas seguridades. Por eso lo mejor será escuchar y no dar respuestas prefabricadas.

La tragedia humana es inescrutable. Nadie tiene una vara mágica que mida la cartografía de ningún ser humano. No hay mapas nítidos que nos aclaren los significados de la desdicha humana. En el fondo para que llegue la paz, primero llegará el desconcierto. Esto es un misterio. Pero la vida es así de dura.

¡Ayudemos a entrar como podamos en el Misterio! Ayudemos a que llegue la Luz, donde no hay nada más que oscuridad.

Igual que a los dos de Emaús, se les abrieron los ojos, y ardía su corazón, también a nuestros enfermos con nuestros acompañamientos, se les pueden abrir los ojos de su interior, de sus recursos, de su fe y de su esperanza adormilada y podemos ser vehículos para que arda su corazón.

Tanto el enfermo, como la familia como el pastoralista, pasan de desconocidos a tener una experiencia de comunión, a partir de ahora fluye la confianza, antes era un desconocido ahora se ha convertido en la persona que lo comprende en su dolor. El enfermo nos ha permitido entrar en su corazón, pues aprovechemos esta oportunidad única y sagrada para convertir nuestra presencia no en un tostón insoportable sino en una presencia sanante y terapéutica.

Ahora que hemos entrado en su espacio sagrado que es su mundo interior, que nos han hablado incluso con signos no verbales, que nos han transmitido mensajes, que nos han mostrado sus sentimientos, esperanzas y los miedos que lo habitan. Ahora estamos en condiciones de ayudarlo a:

- \_ A iluminar su experiencia de dolor.
- \_ A acompañarlo en su soledad.
- \_ A desterrar viejos sentimientos de culpa.
- \_ A iluminar el miedo a la muerte.
- \_ A abrir la puerta a la Esperanza.

Ahora que hemos Escuchado, no hablado y que hemos conocido su Biografía, estamos en condiciones de pasar a construir su seguimiento, a utilizar una metodología, a iniciar un protocolo, a completar la anamnesis, a construir la Historia Pastoral. Veamos los pasos requeridos:

### La Toma de Datos

Para que nuestros encuentros de acompañamiento pastoral puedan contemplar los tres pasos requeridos: exploración, comprensión, y medidas de abordaje de un plan de acción, necesitamos seguir un orden, construir un protocolo, saber lo que hacemos. Improvisar no es buen amigo de nadie y menos en

estos temas tan delicados como es entrar en el interior de las personas.

Por lo tanto lo primero que necesitamos es saber a quién tenemos delante y cómo preparar el acompañamiento:

- \_ A quién vamos a visitar / acompañar en esos momentos.
- \_ Número de cama, habitación, área del hospital, especialidad médica.
- \_ Procedencia, edad, situación, problemática...
- \_ Si el Equipo Interdisciplinar ha indicado algún tipo de ayuda.
- \_ Si es una visita ordinaria.
- \_ Si el enfermo o la familia tienen alguna expectativa concreta, clara, bien definida.

Cuando pasemos a la visita en el lugar indicado y con la información previa ordenada:

- \_ Anotaremos una vez finalizada la visita y fuera de la vista del enfermo, las observaciones que creamos oportunas, impresiones del encuentro, signos externos que lo acompañan y todo cuanto nos pueda ayudar en el acompañamiento.
- \_ También intentaremos transcribir en borrador el desarrollo de la conversación y las expresiones diversas que han surgido durante el acompañamiento.

Posteriormente pasaremos a un análisis del encuentro:

- \_ Cómo están implicadas las diferentes dimensiones de la persona.
- \_Cuál de ellas predomina.
- \_ Los problemas relacionales que han surgido.
- \_ Intentemos dar nombre a las Necesidades Espirituales demandadas, siguiendo al menos a Maslow y a Thieffrey o al Catálogo de Necesidades Espirituales confeccionado por el Servicio de Pastoral del Centro.
- \_ Señalemos cuál es el sentimiento predominante.
- \_ Intentemos describir su mundo emotivo.

Con todo este material:

- Personalicemos y Confrontemos si lo vemos necesario y de utilidad para discernir.
- Y luego pasemos al Método de Abordaje diseñado personalmente para este enfermo o este problema familiar.

### La Historia Pastoral

Todos estos datos, para no romper la confidencialidad del enfermo, recomiendo que se pasen a la Historia Pastoral convertidos en Items, que permitan al Pastoralista saber lo que escribe pero que sólo sea traducible por el Servicio de Pastoral. (A ser posible informáticamente)

### El Cuestionario Descriptivo

Para ayudar a realizar el Diagnóstico Pastoral y volcarlo sobre la Historia Pastoral recomiendo utilizar un Cuestionario Descriptivo similar a éste, que nos permita ordenar toda la información recabada, obtener un Diagnóstico lo más cercano posible a la realidad y que nos permita proceder a un Método de Abordaje concreto.

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**  
**Servicio de Pastoral de la Salud**  
**C. Humanización – Relación de Ayuda**  
**CORDOBA**

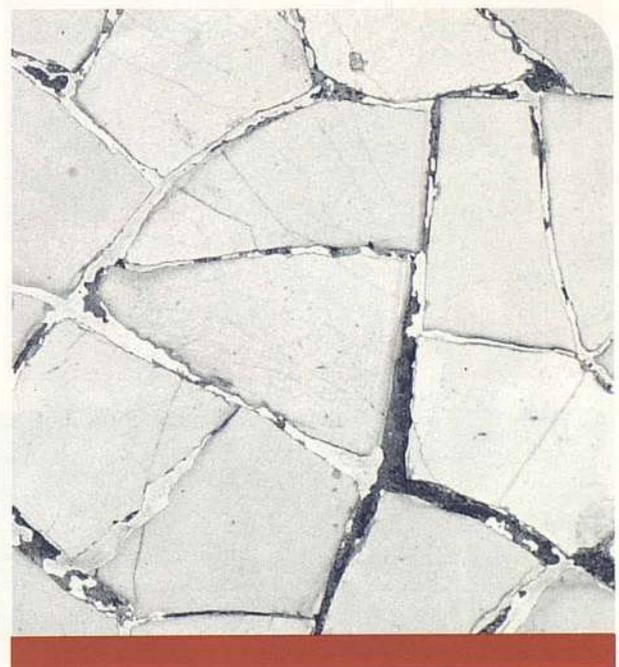
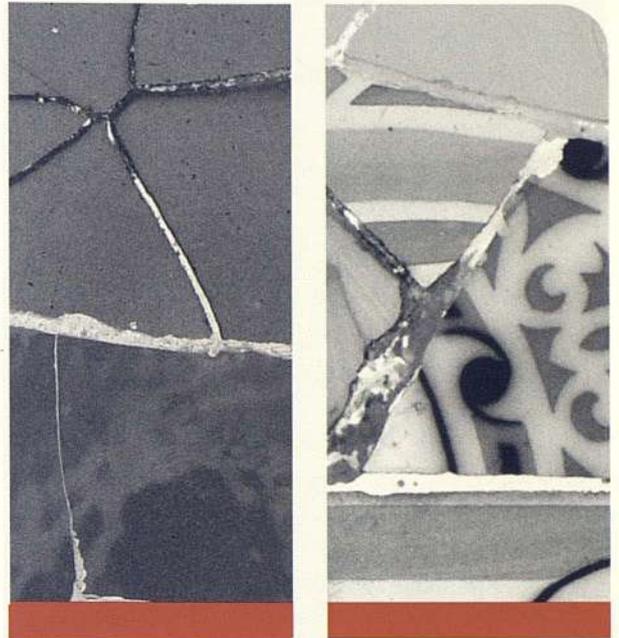
#### Cuestionario Descriptivo para la Detección de Necesidades Espirituales

*El enfermo(a) está en fase de:*

- 7 Aceptación de su enfermedad
- 6 Pérdida de Animo; Hundimiento, Anonadamiento, Melancolía (Depresión)
- 5 Pacto con la verdad
- 4 Rebeldía
- 3 Negación
- 2 Confusión
- 1 Coma - Estupor

*Sentido de la Enfermedad*

- 7 Una oportunidad para crecer, para ser más persona
- 6 Un misterio
- 5 Una oportunidad para desaparecer y romper con todo



- 4 Una prueba
- 3 Un absurdo. Un sinsentido. Una situación injusta
- 2 Un castigo merecido
- 1 Desconocido

*Sentido de la Vid*

- 7 Vivida como proyecto realizado
- 6 Vivida como proyecto en camino
- 5 Vivida como troncada por la enfermedad
- 4 Vivida sin sentido pero en búsqueda
- 3 Vivida sin sentido
- 2 Existencial
- 1 Desconocido

*Sentido de la Muerte*

- 7 Algo inevitable vivido con paz
- 6 Una liberación (para él/ella/sus cuidadores principales)
- 5 Ruptura con la posibilidad de continuidad (No a los hijos)
- 4 Algo inevitable vivido con angustia
- 3 Un castigo
- 2 Angustia existencial: (Destrucción del propio cuerpo)
- 1 Desconocido

*Apertura a la Esperanza*

- 7 Vive esperanzado
- 6 Se está despidiendo adecuadamente de la vida
- 5 Tiene una idea positiva de la propia existencia
- 4 Tiene una idea negativa de la propia existencia
- 3 La propia existencia es un absurdo
- 2 Vive desesperanzado
- 1 Desconocido

*Mundo de los Valores*

- 7 Reestructura una nueva jerarquía de valores
- 6 Conocimiento parcial de los propios valores
- 5 Ruptura social (Incoherencia valores / conducta)
- 4 Desconocimiento de los propios valores
- 3 Mundo sin valores y/o conducta arbitraria e interesada
- 2 Ruptura de la unidad personal (Conducta destructiva)
- 1 Desconocido

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**  
**Servicio de Pastoral de la Salud**  
**C. Humanización - Relación de Ayuda**  
**CORDOBA**

**Cuestionario Descriptivo para la  
 Detección de Necesidades Espirituales/2**

*Autorrealización personal*

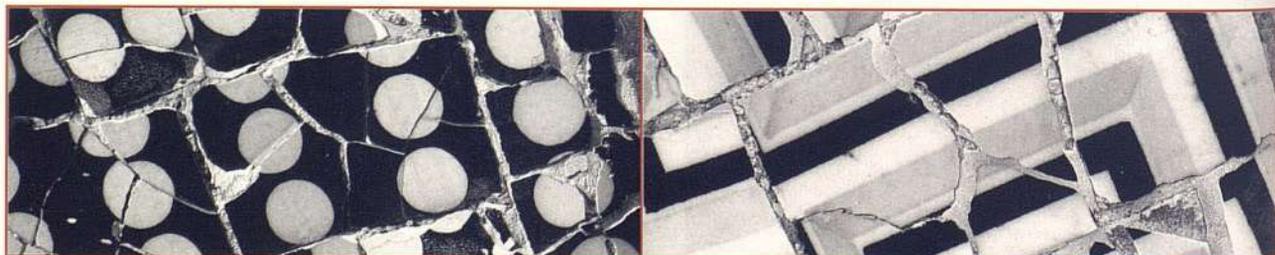
- 7 Autorrealizado
- 6 Final satisfactorio
- 5 Si hay claridad en los determinantes de identidad
- 4 Quedan cosas por resolver
- 3 Necesidad de redescubrirse como sujeto
- 2 Pérdidas en el camino de la vida
- 1 Desconocido

*Relación de la Familia con la Enfermedad*

- 7 La Familia sabe de la enfermedad y la comparte con el enfermo y sus familiares
- 6 La Familia sabe de la enfermedad y solo la comparte con el enfermo
- 5 La Familia no sabe pero está dispuesta a obtener información
- 4 La Familia sospecha de la gravedad de la enfermedad y pide información parcial
- 3 La Familia sospecha la gravedad de la enfermedad y no pide información
- 2 No se plantea la cuestión
- 1 Desconocido

*Relación del Enfermo con la Familia*

- 7 Excelente
- 6 Aceptable
- 5 Cercana
- 4 Lejana
- 3 Inapropiada
- 2 Nula
- 1 Desconocido



*Deseos de Reconciliación*

- 7 Se ha reconciliado con su historia (sí mismo, con otros, con Dios)
- 6 Está en proceso de reconciliación
- 5 Renacen energías y recursos con deseos de Reconciliación
- 4 Hay odios, rupturas y repliegues sobre sí mismo
- 3 Quiere liberarse de la culpabilidad pero le cuesta
- 2 No quiere reconciliarse con su historia pasada
- 1 Desconocido

*Experiencia Religiosa*

- 7 Apertura a la Trascendencia
- 6 Vivencia de Dios como ayuda y liberación
- 5 Necesidad de expresar sentimientos y vivencias religiosas (Culto / Sacramentos / Liturgia)
- 4 Vivencia de Dios como quien pone a prueba
- 3 Vivencia de Dios como quien castiga
- 2 No existe Dios. No creyente
- 1 Desconocido

*Prácticas religiosas durante la enfermedad*

- 7 Sacramentos (UE; P; E, etc.)
- 6 Oración
- 5 Reflexiones sobre temas importantes
- 4 Estampas, recuerdos, signos, otros
- 3 Vividas como algo mágico
- 2 Sin expresión concreta
- 1 Desconocido

Acompañamiento pastoral al enfermo o persona significativa

Acompañamiento pastoral al familiar o cuidador principal

Acompañamiento pastoral a ambos

Acompañamiento pastoral al grupo familiar (Duelo u otras pérdidas)

*Visita fuera de las indicaciones del Equipo Interdisciplinar*

Visita de planta

Otro motivo

*Fases de la Exploración:*

Exploración

Confrontación / Personalización

Plan de acción

*Diagnóstico Espiritual*

(84-61) Estado Saludable

(60-49) Situación Compleja

(48-37) Excesivamente Formalista

(36-25) Indiferente

(24-12) De Dificil Valoración

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**  
**Servicio de Pastoral de la Salud**  
**C. Humanización – Relación de Ayuda**  
**CORDOBA**

Nº de Historia:

Nº de Cama:

Nombre:

Fecha de Alta:

Informe de la Relación de Ayuda Pastoral relativo al Enfermo: \_\_\_\_\_

*Indicaciones del Equipo Interdisciplinar*



## Abordaje de las Necesidades Espirituales

En función de las Necesidades Espirituales detectadas, se diseñará un Plan de Actuación concreto para el enfermo que estamos acompañando, intentando que se despierten recursos latentes y dormidos dentro del propio Enfermo. Nadie mejor que el sabe lo que necesita. Sólo nos pedirá que le ayudemos a descubrirlo, sintiéndose acompañado, querido, escuchado y comprendido en su situación de dolor al que le ha llevado la enfermedad.

## Aportación al Equipo Interdisciplinar:

Si queremos atender todas las dimensiones de la persona de manera eficaz y eficiente, necesitamos trabajar en Equipo Interdisciplinar. Si lo hacemos así, repercutiremos eficazmente en la Calidad Asistencial del Enfermo, de su Familia y en la operatividad del Centro en nuestras actuaciones y por distintos tipos de Servicios y Profesionales, trabajando codo con codo y todos a una, teniendo como Centro: Al Enfermo.

Córdoba,  
Edo.: Rafael Lora González  
Pastoralista Clínico

## Abordaje de las Necesidades Espirituales

Con toda la información sobre la Historia Pastoral, es cuando estamos en condiciones de establecer un Abordaje de las Necesidades Espirituales que contemple al menos:

- \_ El manejo de la angustia.
- \_ Ayudar a las preguntas difíciles planteadas.
- \_ Ayudar a que se reconcilie con su propia vida.
- \_ Ayudar a sanar viejos sentimientos de culpa.
- \_ Reasumir las propias opciones fundamentales.
- \_ Ayudar a elaborar un preduelo con el enfermo y la familia y un duelo no patológico con la familia. (Si es patológico hay que remitirlo a los profesionales adecuados como Psiquiatra o Psicólogo).
- \_ Que experimente la continuidad de su/la historia.
- \_ Facilitar un consejo especializado en los conflictos éticos/morales demandados.

- \_ Posibilidad de crecer en la Fe si es creyente.
- \_ Apertura a la Esperanza.
- \_ Acompañar en silencio.

## La Historia de Pastoral necesita contemplar al menos:

1. La información factual previa
2. Datos de interés del enfermo y la familia
3. Seguimiento de los distintos encuentros
4. Aportaciones al Equipo Interdisciplinar que lo va siguiendo uniendo así todas las dimensiones de la persona atendida.
5. Debe tener un apartado en la Historia Clínica general del Paciente al objeto de que se contemple toda la Asistencia de manera integral.
6. A ser posible que esté informatizada

## Tabla de Procesos o Items

El Servicio de Pastoral del Hospital necesita confeccionar su tabla de items propios que recoja las distintas demandas del enfermo que tiene en su Centro. No es lo mismo un Hospital Psiquiátrico que un Materno Infantil, ni un Médico Quirúrgico con Urgencias.

## Recomiendo al menos estos campos:

- \_ Items relacionados con el Conocimiento de su Enfermedad
- \_ Items que recoja la relación Enfermo – Familia
- \_ Items que recoja la relación Familia – Conocimiento de la Enfermedad
- \_ Items que recoja los asuntos o temas tratados
- \_ Items que recoja las actividades pastorales realizadas
- \_ Items que recoja la relación del enfermo con el Servicio de Pastoral y con el Equipo Interdisciplinar.

**Tabla de Procesos para el Diagnóstico de las Necesidades Espirituales y Cuidados Pastorales**

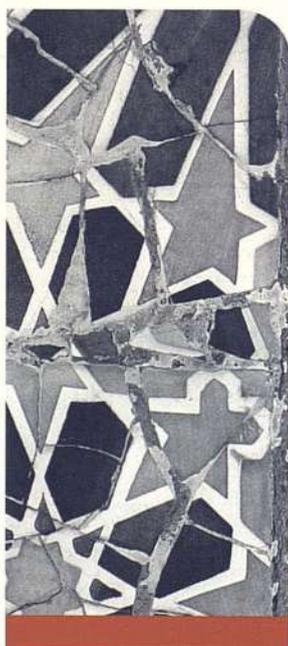
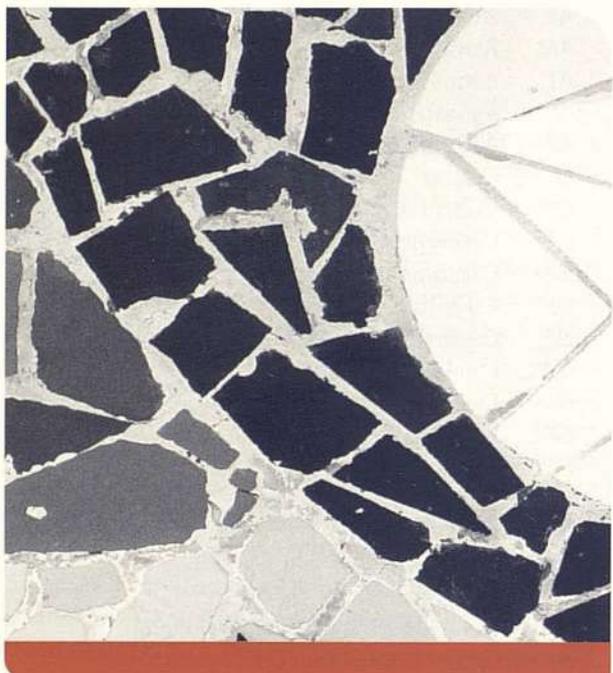
**Acciones Pastorales Realizadas**

<i>AB</i>	Absolución
<i>AS</i>	Acompañamiento en silencio
<i>AE</i>	Acompañamiento Espiritual
<i>AP</i>	Apoyo / animación al Personal
<i>CQ</i>	Catequesis / Evangelización
<i>CF</i>	Consejo Familiar
<i>CE</i>	Construcción y apoyo de la esperanza
<i>HD</i>	Consulta Hospital de Día
<i>CP</i>	Contacto con su Parroquia
<i>DE</i>	Defensa Derechos del Enfermo
<i>D</i>	Diagnóstico
<i>EE</i>	Encuentro Existencia;
<i>E</i>	Exequias / Ritos finales
<i>FR</i>	Facilitación de Relaciones
<i>IF</i>	Información
<i>IA</i>	Infundido Ánimo
<i>IC</i>	Interconsulta
<i>C</i>	Intervención en Crisis
<i>LI</i>	Lluvia de ideas
<i>M</i>	Meditación, contemplación dirigidas
<i>P</i>	Oración
<i>PA</i>	Presencia de Apoyo
<i>PIC</i>	Proceso de Inicio de Cambio
<i>PS</i>	Promoción del Ser Saludable
<i>HS</i>	Refuerzo de las Habilidades Sociales
<i>RC</i>	Resolución de conflictos
<i>RH</i>	Resumen de historia vital (biografía)
<i>SE</i>	Sacramento de la Eucaristía
<i>SP</i>	Sacramento de la Penitencia
<i>SUE</i>	Sacramento de Unción de Enfermos
<i>SM</i>	Separación Matrimonial
<i>TM</i>	Terapia Musical / Artística
<i>T</i>	Trabajo Interdisciplinar
<i>TD</i>	Trabajo sobre el Duelo
<i>VD</i>	Visita Domiciliaria

**Asuntos Tratados**

<i>A</i>	Adicción
<i>AD</i>	Alejado de Dios
<i>AI</i>	Alejado de la Iglesia
<i>AP</i>	Alejado de la Parroquia
<i>AGE</i>	Alejado de su Grupo Étnico
<i>AS</i>	Ansiedad
<i>AM</i>	Asunto Médico
<i>AT</i>	Asuntos de Trabajo
<i>AE</i>	Asuntos Éticos
<i>AF</i>	Asuntos Familiares
<i>C</i>	Cáncer
<i>CP</i>	Consulta particular de interés
<i>CE</i>	Crecimiento Espiritual
<i>CEE</i>	Crecimiento Espiritual Estancado
<i>CF</i>	Cuestiones de Fe
<i>DE</i>	Desarrollo de la Enfermedad
<i>DA</i>	Duelo Anticipado
<i>DM</i>	Duelo tras Muerte
<i>EE</i>	Energías Espirituales de vida
<i>F</i>	Finanzas
<i>FB</i>	Fobia
<i>IA</i>	Iniciar / Actuar
<i>M</i>	Miedos
<i>N</i>	Ninguno
<i>RAI</i>	Relación de Ayuda / Información
<i>SL</i>	Secuelas / Limitaciones
<i>SE</i>	Sentido de la Enfermedad
<i>SC</i>	Sentimientos de Culpa
<i>SM</i>	Separación Matrimonial
<i>SO</i>	Soledad
<i>S</i>	Sufrimiento
<i>TE</i>	Trabajo en equipo
<i>TM</i>	Tratamiento médico
<i>VM</i>	Visión de la Muerte





### Tipo de Contacto

- A* Admisión
- CI* Consulta Interna
- CE* Consultas Externas
- D* Dirección
- M* Muerte
- P* Paradas
- PV* Primera Visita
- RA* Relación de Ayuda
- S* Sacramento/Liturgia
- T* Teléfono
- VS* Visita de Seguimiento

### Sistema de Soporte Implicado

- F* Familia Sola
- G* Grupo de Trabajo
- P* Paciente solo
- PF* Paciente y Familia juntos
- P+F* Paciente y Familia separados
- N* Neonato, Pediatría
- T* Trabajador
- PS* Persona Significativa
- ...
- ...

### Datos Estadísticos

Las ventajas de llevar una Historia Pastoral Informatizada, nos permitirá dar los siguientes pasos: Obtener datos estadísticos lo suficientemente amplios como para que contribuyan, sin lugar a dudas, a mejorar la calidad asistencial de nuestros enfermos y asistidos, desde todas las dimensiones de la persona.

Estos datos estadísticos nos van a indicar:

- \_ Tipo de Acompañamientos realizados.
- \_ Lugar de los Acompañamientos
- \_ Actividades que se han solicitado.
- \_ Asuntos que se han tratado.
- \_ Acciones pastorales realizadas.
- \_ Número de enfermos acompañados.

- \_ Profesionales que han demandado colaboración del Servicio de Pastoral.
- \_ Diagnósticos que han demandando colaboración del Servicio de Pastoral.
- \_ Servicios que han demandando colaboración del Servicio de Pastoral.
- \_ Grupos y edades de los enfermos acompañados.
- \_ Sexo.
- \_ Número de acompañamientos (Primeras visitas y sucesivas).
- \_ Destinos de los acompañamientos (pacientes, familiares, por separado, conjuntamente).

Como, dije al principio, seremos creíbles en la medida que demos por escrito, con datos, con observaciones, con sugerencias, dentro de un protocolo, que lo inmaterial también se puede detectar, diagnosticar, acompañar, atender y que se pueden obtener conclusiones, resultados e incluso hacer aportaciones tanto al enfermo, como a la familia y al equipo interdisciplinar.

Esto hará que no dependamos solamente de la buena voluntad sino que como el resto de profesionales del Centro, también podamos hacer nuestras aportaciones en el cuidado integral de los enfermos y sus familias.

Para eso, necesitamos: dedicar tiempo a nuestros enfermos y sus familias, escribir y dejar constancia de nuestros acompañamientos, diseñar métodos, tomar medidas, analizarlos, sacar conclusiones... si queremos hacer un buen abordaje de las Necesidades Espirituales demandadas y también para compartir-lo que se pueda compartir-con el Equipo Interdisciplinar que lo atiende integralmente.

#### ¿Qué aportamos los Servicios de Pastoral?

1. Desde luego que aportamos, no sólo gastamos.
2. Contribuimos a mejorar la Calidad Asistencial
3. Intentamos así Humanizar la Asistencia Integral de Enfermos, Familiares y otros asistidos.

4. Colaboramos a que cuando el enfermo se sienta bien, su sistema inmunológico se refuerce positivamente y luche mejor contra la enfermedad.
5. Colaboramos también a que tome su medicación con ganas de luchar contra la enfermedad y el dolor en vez de rendirse y tirar la toalla.
6. Ahorramos esfuerzo y gastos en el Hospital al obtener del enfermo y la familia toda su colaboración.
7. Ayudamos a bien morir cuando no se pueda hacer otra cosa.
8. Y si hemos ayudado a que el enfermo trascienda su vida y la deposite en manos de Dios, le habremos aportado el mejor bálsamo para estos últimos momentos.

**San Juan de Dios** decía cuando pensaba en su Hospital: ... Jesucristo me traiga a tiempo y me de gracia para que yo tenga un Hospital donde pueda recoger los pobres desamparados... y servirles como yo deseo... seguro que pensaba en algo así.

Estoy seguro que atendiendo las Necesidades Espirituales, en nuestro caso al estilo Juandediano, contribuimos de alguna manera a cuidar / sanar / acompañar a la persona humana en la situación más crítica de su vida, colaborando a que ésta cobre sentido.



Apostemos por contemplar en nuestros Centros, cada día, no sólo el cuidado de la Salud Biológica de nuestros enfermos sino incluyamos también la Salud Biográfica, esto contribuirá a mejorar la Calidad Asistencial, la Humanización de la misma y así caminaremos en busca de la excelencia.



4

# La Salud Espiritual en los documentos de la Orden

> Hno. Miguel Pajares, O.H.  
*Responsable de Pastoral de la Salud del Sector de Hospitales  
Provincia Castellana de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.*

El Hno. Miguel Pajares reflexiona entorno a la dimensión espiritual en la Orden Hospitalaria tomando a San Juan de Dios como modelo a la hora de tratar a los enfermos. En Juan de Dios encontramos dos centros identificadores de su labor: Pasión por Cristo y por los pobres y enfermos.

El ejemplo de Juan, ha cundido en la historia a través de sus seguidores hasta nuestros días, en que proclamamos que Juan de Dios “sigue vivo”. La razón de ser de la Orden Hospitalaria es continuar la obra de Juan de Dios. ▶

## 1. Dimensión espiritual en la atención integral a la persona enferma.

El título "Dimensión Espiritual", es sin duda el motivo que nos reúne estos días, porque estamos convencidos que una atención integral no puede olvidar la dimensión espiritual y trascendente de la persona, por eso estudiaremos las necesidades que afectan al espíritu y al sentido de la vida.

La dimensión espiritual va más allá de la religiosidad, aunque incluye a ésta: "*Capacidad absolutamente humana de vincularse con el mundo de los valores, la capacidad valorativa, la trascendencia*"<sup>1</sup>.

Los derechos del enfermo exigen que se tenga en cuenta la atención a sus necesidades espirituales con una prestación específica.

Dentro de los principios Fundamentales de la Orden aparece esta opción en el 1º y 6º del n. 43 de los Estatutos Generales de la Orden: "*El centro de interés de cuanto vivimos y trabajamos en el hospital o en otra obra asistencial es la persona asistida*" (n.1) y "*Defendemos el derecho a morir con dignidad y a que se respeten y*

*atiendan los justos deseos y las necesidades espirituales de quienes están en trance de muerte...*"(n.6)<sup>2</sup>

## 2. San Juan de Dios, marca un estilo

Estamos aquí, porque somos admiradores y seguidores de este gran apóstol de los enfermos, nada más y nada menos que el Patrón universal de los mismos, así como del personal de Enfermería.

Siempre es bueno preguntarse por las fuentes, ¿de dónde venimos? Y Juan de Dios es nuestro inspirador. Lógicamente no es este el tema central aquí, pero no estará de más que su ejemplo nos ilumine:

Juan de Dios, cuando decide tener una casa propia para tratar a la gente como se merece<sup>3</sup>, nos está sugiriendo que los enfermos, porque son hijos de Dios, tienen una dignidad y un destino al que él quiere contribuir. Ha descubierto el carisma de la Hospitalidad con sus rasgos de misericordiosa, creativa, expresión del amor de Dios a sus criaturas.

En la raíz de Juan convertido está su propia enfermedad que, el biógrafo diagnosticó: "*Estaba herido de Jesucristo*". Su pasión por Cristo centra su vida: es Señor, es Providente, es Certeza, es Amor, "*donde no hay caridad, no hay Dios, aunque Dios en todo lugar está*". "*Únicamente estará contento quien, despreciadas todas las cosas, ame sólo y por entero a Jesucristo*"<sup>4</sup>

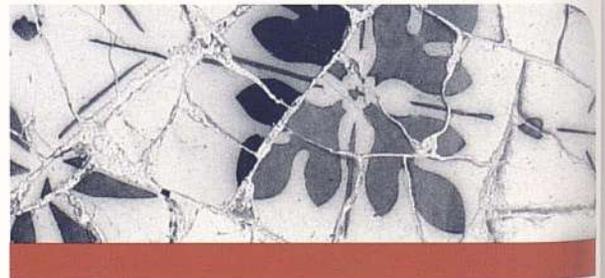
Destaca de modo especial el enamoramiento por

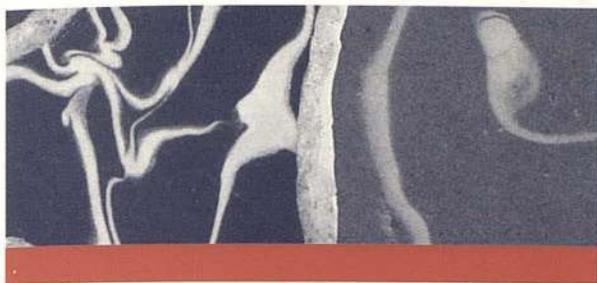
1- R. Lora, Juan Ciudad, marzo de 2003, p.13.

2- E.G. Orden Hospitalaria, Salice Terme, oct. 1997.

3- Gómez Moreno, M. Primicias históricas, San Juan de Dios, cap. IX, p. 52 "*Jesucristo me traiga a tiempo y me dé gracia para que yo tenga un hospital, donde pueda recoger los pobres desamparados... y servirles como yo deseo*".

4- 1º D. S. 10.





la Pasión de Jesucristo, gesto supremo del amor de Dios a la humanidad. *“No hallo remedio ni consuelo para cuando estoy apasionado, que mirar y contemplar a Jesucristo crucificado... Porque no hay más alta contemplación que la Pasión de Jesucristo”*<sup>5</sup>

Precisamente, en la soledad, el abandono, el sin sentido, Jesús, *“en los días de su vida mortal, ofreció oraciones y súplicas, a gritos y con lágrimas, al que podía salvarlo de la muerte; y Dios lo escuchó”* (Heb. 5, 7)

Juan de Dios, de tanto mirar al crucificado, veía el rostro dolorido de Cristo en los “crucificados” de su época. Por esta razón, nunca se separa de la gran cruz que llevaba consigo y mostraba a los enemigos que se odian, —Antón Martín y Pedro Velasco—, a las prostitutas, etc., poniendo al crucifijo por fiador en sus promesas.

La intuición, la entrega, el desgaste de Juan a favor de los enfermos le viene de su fuerte cristocentrismo. *“¿No será mejor que entiendas en curar y apacentar los pobres de Jesucristo? Dios me traiga a tiempo que lo haga”*<sup>6</sup>.

*“Todo el día se ocupaba en diversas obras de caridad, y a la noche, cuando se acogía a casa, por cansado que viniese, nunca se recogía sin primero visitar a todos los enfermos, uno a uno, y preguntarles cómo estaban y qué habían menester”*<sup>7</sup>.

*“Pensad —decía a sus acogidos— en lo que habéis ofendido al Señor, que yo os quiero traer un médico espiritual que os cure las almas...”*<sup>8</sup>. La atención espiritual es evidente: manda llamar a los sacerdotes,

establece capellanes y en el Decreto de aprobación de la Orden se establece que pueda ordenarse algún Hermano para la atención espiritual de los enfermos y del personal, así como de la Comunidad.

Para Juan de Dios hay dos centros identificadores: Pasión por Cristo y por los pobres y enfermos, *“todo vuestro mal me hace sufrir”*<sup>9</sup> *“el que desea la salvación de todos como la suya propia”*<sup>10</sup> *“que más vale un alma que todos los tesoros del mundo”*<sup>11</sup>

La liturgia de la fiesta de Juan de Dios lo propone como *“ejemplo de virtud... derramó sobre todos el fuego de su ardiente caridad, para alivio de las almas y de los cuerpos... fue la ayuda y el padre de todos los pobres”*<sup>12</sup>.

El ejemplo de Juan, ha cundido en la historia a través de sus seguidores hasta nuestros días, en que proclamamos que Juan de Dios “sigue vivo”. En la escuela de Juan en la que se formaron los “pequeños juanes de Dios”, en ella se enseña: universalidad de la asistencia, asistencia integral, trato personalizado, cercano y respetuoso. Se entiende la curación como salud, sanación integral de la persona atendida.

Visión del hombre: Juan de Dios tiene una visión integral y cristiana de la persona. Es una criatura de Dios: creado a su imagen y semejanza, destinado a amarle en esta vida y servirle para después gozarle eternamente. *“Dios que os hizo y os salvó, os dé gracia con que os salvéis”*.

Tres cosas debemos a Dios: amor, servicio y reverencia<sup>13</sup>.

5- 2ª D.S. 95-100; 3ª D.S. 78-80.

6- Castro, pág. 37.

7- Castro, pág. 67.

8- Castro pág. 58.

9- Carta a Luis Bautista, (LB)8.

10- 2ª Carta a Gutierre Laso (GL) 93.

11- 1ª Carta de la Duquesa de Sesa (DS) 173.

12- id Oración y Prefacio de la misa de S. Juan de Dios.

El hombre está inclinado al mal: *Confía en que puede restablecerse la amistad perdida: "Confesaos a menudo si es posible" "Bueno será enmendarnos con tiempo"*<sup>14</sup>.

– Tiene una visión dicotómica, platónica: -cuerpo, alma-. Resalta más el valor del alma: *"Así conviene que el ánima, que es joya tan preciada, sea apartada de los deleites y carnalidades de la tierra y quede sola con Jesucristo..."*<sup>15</sup>. De esta visión quedó lo que tradicionalmente se ha llamado nuestro lema: **Por los cuerpos a las almas.**

– **Solicitud y entrega universal:** *"de todas las enfermedades y de toda suerte de gentes"*.

– **Apostolado evangélico y universal:** el enfermo, el pobre son sacramento, el hospital es la casa de Dios y él se siente sacerdote de Dios que *"quiere la salvación de todos como la suya misma", "más vale un alma que todos los tesoros del mundo"*<sup>16</sup>.

– **Centrado en la figura de Jesucristo:** *"Jesucristo lo provee todo que yo no hago nada"*<sup>17</sup>, *"Jesucristo sabe mi corazón"*<sup>18</sup> *"Queréis bien a Jesucristo y os doléis de sus hijos los pobres"*<sup>19</sup>

### 3. Importancia de la salud espiritual en los documentos de la Orden

#### 3.1 Bulas y documentos pontificios:<sup>20</sup>

La razón de ser de la Orden Hospitalaria es continuar la obra de Juan de Dios que, a su vez, supo hacer visible la vida de Cristo, el anuncio de la Buena Noticia a los pobres y enfermos.

– Se concede el privilegio de la exención de los Ordinarios del lugar (Paulo V, Romanus Pontifex) y de tener sacerdotes propios, uno (Pío V) y más tarde hasta dos (Paulo V) para la atención espiritual de enfermos, religiosos y sirvientes.

– *"... se dedican al servicio de Dios en las obras de piedad y caridad..."*(Gregorio XIII, In supereminenti)

– *"... Para procurar la salud de las almas y de los cuerpos de cualesquiera hombres enfermos y ser solícitos de la caridad tal como exige la naturaleza humana y la condición de nuestra religión cristiana recomendado en el santo Evangelio por las palabras y ejemplos de Nuestro Señor Jesucristo...para servicio y provecho*

13- 3º D.S.

14- LB y 2º D.S.

15- 3º D.S.

16- 1º D.S.

17- 2º D.S.

18- 2º G.L.

19- 2º G.L.

20- P. Parra y Cote, *Bulario de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y Simensión Apostólica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*, Curia General, Roma 1982, pp. 47-54.

BancSabadell



*tanto de almas como de los cuerpos*".  
(Benedicto XIV, Quam in Procurandam)

*"... que ayudaren a bien morir a los enfermos de sus hospitales, o los consolaren confortándolos para la salud de sus almas, o les lavaren los pies cuando se entra a curar, o les dieren lo necesario para su remedio y curación"*. (Paulo V, Cum Certas, 13)

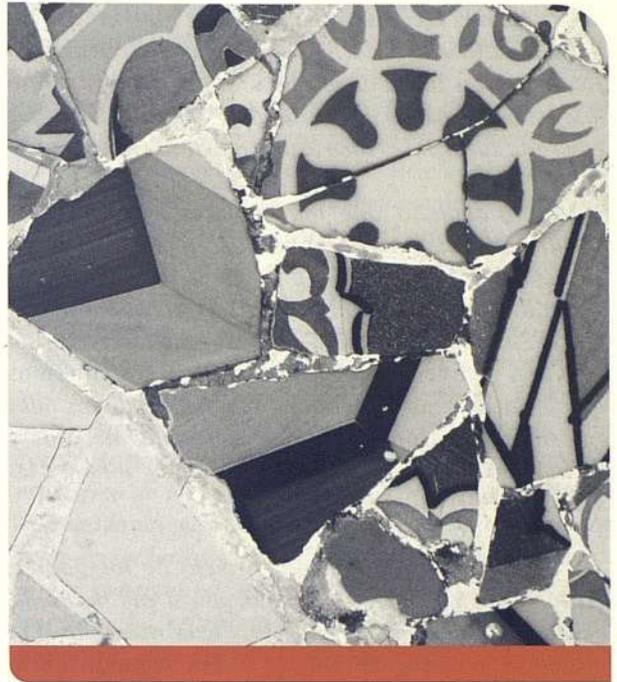
Asistencia integral: *"... no solamente se procura que sean con el favor de Dios curados y sanos de sus enfermedades del cuerpo, sino también de las dolencias del alma"*. (S. Pío V, Salvatoris,1) *"... promover aquellas cosas que convienen a la salud espiritual y corporal de los pobres y miserables personas..."*(Paulo V, Piorum Virorum,2) *"...escogió una razón o modo de vida, en la cual juntamente aprovechase a la salud de las almas y de los cuerpos: aplicándose totalmente a la curación de los pobres enfermos..."* (Inocencio XII: Rationi Congruit,5); *"... cuidando de su cura, regalo, y asistencia, bien y con gran caridad..."* (Gregorio XIII: In Supereminenti,1); *"... con gran olor de buena fama y consolación espiritual de todos los fieles... y señaladamente con gran alivio y ayuda de los pobres enfermos..."* (Sixto V: Etsi pro debito,2); *"... el cual -la Orden Hospitalaria- con gran provecho espiritual y beneficio para el Cristianismo y con no menos edificación de los fieles, no cesa de ejercitar cotidianamente muchas y preclaras obras de piedad y caridad cristiana hacia los pobres y enfermos que son recibidos en sus hospitales..."* (Benedicto XIII: In Supremo)

### 3.2 Constituciones:<sup>21</sup>

Cada época ha tratado de transmitir y vivir los valores inspirados en el Cristo misericordioso y el ejemplo de San Juan de Dios. Por circunstancias ajenas a la Orden, han tenido mucha carga jurídica, expresión del Derecho Canónico. Vamos a ver lo que afecta a nuestro punto de interés, la atención espiritual, desde las primeras Constituciones dadas por el Arzobispo de Granada, Mons. Méndez Salvatierra en el año 1585 hasta las actuales de 1984.

#### a) Antiguas:

*"... enfermos que habemos de curar y remediar*



*en nuestros hospitales y de sus necesidades espirituales y corporales, para lo cual exhortamos a nuestros hermanos que con todo amor reciban en sus hospitales pobres enfermos de todas las naciones y enfermedades sin diferencia ni excepción de personas..."* (1587 Const., 15)

Hay una motivación repetida en todas las Constituciones, de que todo lo que se hace a un pobre o enfermo, se le está haciendo a Jesucristo: *"... tened pues entendido, hermanos míos, que lo que hacéis en servicio de cada pobre, lo hacéis al mismo Jesucristo"*<sup>22</sup>. Se recuerda a los Hermanos, y en especial de los capellanes, el cuidado de la dimensión corporal y espiritual. Se recomienda a los capellanes que sean ejemplo de vida, letrados, se hallen presente en la visita del médico para mejor entender al paciente. En cada casa hay uno o dos Hermanos de hábito o en su defecto, sacerdote secular:

*"... ha de tener cuidado de administrar los sacramentos con mucha diligencia y solicitud... acudirá a la puerta donde estuvieren los pobres que han de ser recibidos para curarse... ha de acudir a las salas de los enfermos... todo lo cual lo ha de hacer con mucha caridad... y hallarse presente cuando el enfermo se estuviese muriendo, para ayudarle a bien morir"*<sup>23</sup>.

21- Primitivas Constituciones, Provincia de Castilla, 1977; Constituciones de 1926; Constituciones y Estatutos Generales, 1971; Constituciones y Estatutos Generales; , 1984; Estatutos Generales, Sañica Terme, 1997.

22- Méndez Salvatierra,,1585, introducción; 1611, Const. 74; 1926 Const. Art. 225; 1971 Const. Art. 42.

23- Constituciones 1985,n. 6, 1-4; 27; 1640, 13,2; 1885, 49

*“Nuestros Hermanos han de tener presente que no basta dedicarse al servicio de los enfermos practicando solamente las obras de misericordia corporales... sino que están obligados por caridad ... y celo... a procurar con toda solicitud el bien espiritual de los mismos...”<sup>24</sup>*

*“Considerando que los hombres probados por el sufrimiento... experimentan la necesidad de apoyarse en los valores eternos de la fe, nuestros religiosos se esforzarán con discreción en favorecer su encuentro con Cristo Salvador, facilitando así la labor del sacerdote”<sup>25</sup>. Hay una invitación para que se cuide a los enfermos que se encuentran en agonía: “... pongan con los tales enfermos (en agonía) algunos Hermanos devotos y de buen espíritu que les encomienden el ánima y les ayuden a bien morir...”<sup>26</sup>*

*“... ocuparse todos en el servicio de los pobres, visitándolos con caridad, acudiendo a sus necesidades, consolarlos en sus trabajos y exhortándolos a la paciencia y temor de Dios...”<sup>27</sup>. Fin segundo de la Orden “el cuidado o asistencia corporal y espiritual de los enfermos de cualquier condición, principalmente pobres, y de cualquier nacionalidad o religión...”<sup>28</sup>*

#### b) Constituciones actuales

Las Constituciones actuales de 1984 indican los valores permanentes que deben ejercitarse:

- \_ El origen de la Hospitalidad está en Jesús de Nazaret y en Juan de Dios. (Const. 20. 1. 41. 42 b.)
- \_ Cristo se identifica con ellos (2c.20.41b)
- \_ No se hace distinción entre necesidades corporales y espirituales, se considera a la persona en el sentido bíblico, como un todo, sin dualismos. (45b)
- \_ Poner en el centro al enfermo; vemos en cada hombre un hermano nuestro... preferencia a los más pobres; como hermanos y amigos. Se les llama: pobres, enfermos, necesitados, humildes... (Const. 5a.23a. 41.44c. 45. 46a. 103c)
- \_ Especial solicitud por los que están en peligro de muerte (52d)

\_ La salud integral pide: *“preparación humana, teológica, profesional... para poder ofrecer el servicio que se merecen y esperan de nosotros”*. (Const. 43,c)

\_ La formación exige amor a los enfermos y el servicio se orienta a ellos (43d.59d.101g.103<sup>a</sup>)

\_ Asistencia integral: servicio técnico, humano, ético, espiritual.(45<sup>a</sup>.46<sup>a</sup>)

\_ Compromiso con la Pastoral hospitalaria: Dedicar los nn. 50.51.52 a desarrollar el fin de la misma:

- 1 Es exigencia del don de la hospitalidad (50<sup>a</sup>.51<sup>a</sup>)
- 2 Se ejercita por el testimonio evangélico de la propia vida (50<sup>a</sup>.51c)
- 3 Con el anuncio de la Palabra (50c.52c)
- 4 Con la celebración de los sacramentos (50d.52c)
- 5 Sensibilizando a los colaboradores, que vivan y actúen con el espíritu de la Orden (51e)
- 6 Actuando siempre según la ética cristiana y profesional (51b)
- 7 Ayudando a los enfermos a descubrir la bondad de Dios y el sentido salvífico del dolor (51c.33.21b)
- 8 Se extiende a los familiares de los enfermos (51d) y a los no católicos (51f)
- 9 Respeto a las convicciones y creencias de las personas (51c)
- 10 Sobre todo los sacerdotes: conforten a los enfermos con su presencia, doctrina y oración, con especial delicadeza con los que se encuentran en agonía (52d)

Conclusión: de la lectura de las Constituciones se deduce claramente una gran solicitud por lo espiritual en línea con el lema clásico *“por los cuerpos a las almas”*, que se concreta en: orar por los enfermos, celebrar los sacramentos, ofertar la catequesis adecuada y cuidar de modo esmerado de los moribundos en agonía.

24- Constituciones 1926, nn., 13. 79.

25- 1971, Constituciones,1971, Art. 100.

26- 1587 Const., 20; 1596 Const. 31; 1640 Const. 52.

27- Const.1587, n. 35.

28- Const. 1926, nn. 1,3.

### 3.3 Carta sobre la Humanización, de Fray Pierluigi Marchesi<sup>29</sup>

Este documento ha sido, afortunadamente un revulsivo, tanto en la Orden, como fuera de la misma. La tesis fundamental del documento es “establecer alianza con el hombre que sufre”, y para ello debe situarse al enfermo como el centro de nuestros Centros. “Si el enfermo no es el centro del Hospital, el centro de interés de todos cuantos actúan en él otros ocupan su puesto” (p. 29). Se entiende el enfermo en la totalidad de su persona. (pp. 16-17)

*“De acuerdo con el modo de vivir de nuestro Fundador, nuestro prójimo es directa y prioritariamente el hombre que sufre”.* (p. 17)

Partiendo de 1ª Tesalonicenses, “Que el Dios de la paz os consagre El mismo íntegramente y que vuestra entera persona, alma y cuerpo, se conserven sin tacha para la venida de nuestro Señor Jesucristo” (1ª Tes. 5, 19-23) Lo que Dios quiere es la salvación del hombre entero. (p.19)

*“El hombre es complejo, misterioso, rico en sus dimensiones; no podemos reducirlo a un solo nivel, aunque se trate del sobrenatural”* (p.23). Se trata del “hombre integral al que la cultura y la fe deben mirar”. El pecado más grave, dice, “es la falta de comprensión hacia el hombre, comprendido en su totalidad” (p. 30). “Es imposible ocuparse de la salud de una persona (bienestar biológico, psicológico, social, espiritual) sin considerarla en su totalidad, para responder a sus necesidades y si no se despierta en la persona el deseo más humano y cristiano del hombre: la propia felicidad”.(p. 39)

### 3.4 La Dimensión apostólica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios<sup>30</sup>

En este libro editado en 1982 por el Secretariado Internacional de Pastoral Sanitaria (Salud) de la Curia General, se encuentra una valiosa síntesis de San Juan de Dios, y de la Orden a través de la historia: Bulas, Constituciones, Escritos de algunos Superiores, Testimonio de muchos Hermanos. Hay un planteamiento

para tratar de responder a los retos del momento.

*“... La salvación eterna de las almas que es nuestro supremo fin, en la curación de los enfermos... Sean por tanto los que presiden nuestros hospitales, que les aguarda un juicio rigurosísimo en el último día si los enfermos que abundan en ellos para recuperar la salud corporal se vean privados de los auxilios espirituales para recobrar la salud espiritual y sanar de las heridas de la conciencia por negligencia e impericia de los ministros de Dios de donde casi siempre tienen su origen o exacerbación los males físicos”.*<sup>31</sup>  
*“El apostolado de la salvación de las almas por medio de los ejercicios de todas las obras de misericordia, ya sean espirituales o corporales, o sea, del ejercicio de la Santa Hospitalidad por nosotros profesada es el fin específico de los Hospitalarios... Por eso, el apostolado para la salvación de las almas, es el segundo de los fines secundarios comunes a todas las Instituciones, que se consigue con el ejercicio de una o más obras de misericordia espirituales o corporales, no de forma ordinaria, sino en medio de dificultades y peligros y mediante voto para toda la vida; he aquí la circunstancia que resalta claramente su mérito y excelencia ante Dios”.*<sup>32</sup>

El P. Pierluigi<sup>33</sup>, habla del espíritu de fe en el trabajo propio de los Hermanos, dice él:

*“Me atrevo a decir que hoy el enfermo necesita más que medios técnicos avanzadísimos, necesita corazón y alma, tiene necesidad de hospitalidad en el auténtico sentido de la palabra. Si el Hospital no recibe a la persona, si no acoge al hombre en su totalidad, además de restar credibilidad a nuestro testimonio, estamos dando un gran escándalo: El enfermo puede descubrir a Dios, sólo cuando nosotros lo manifestamos a través de nuestra humanidad... Al enfermo le interesa, aunque no lo diga, que el religioso sea realmente humano, que sea capaz de acoger su humanidad en peligro siempre que llega al hospital. Al enfermo le interesa tener un punto seguro donde dirigirse, un puerto donde atracar la propia barca: su existencia puesta en peligro por la enfermedad. ¿Y quién representa el puerto sino el religioso que, a tiempo pleno y por vocación, por opción consciente y responsable, quema la propia vida por el bien del prójimo?”*

29- Marchesi Fr.P.,O.H., La Humanización. Respuesta del Religioso Hospitalario en una situación histórica, 1981.

30- Dimensión Apostólica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Secretariado Internacional de Pastoral Sanitaria, Curia Generalicia, Roma, 1982.

31- Alfieri,P.José Mª, Carta Circular 25/03/1870 .

32- S. Benito Menni, Carta Circular 8/03/1911.

33- Marchesi, Carta circular de 4 de febrero de 1981.

34- Faustino Calvo, Circular 21 febrero 1932.

Nuestro apostolado, dice el P. Faustino Calvo<sup>34</sup> es la salvación de las almas:

*“No dejemos, pues, escapar ocasión alguna para ganar las almas. Una buena palabra a tiempo, una obra de caridad, pueden ser la llave de oro para abrirles el paraíso a aquellos que ya quizás estaban sentados en la sombra del infierno. Dios mismo nos pedirá cuentas de la salvación de las almas de nuestros enfermos, que pesan sobre la responsabilidad de nuestra vocación, y descuidándola envilecemos nuestra dignidad religiosa, equiparándonos a enfermeros mercenarios. Y no se diga que dicho apostolado compete a los sacerdotes capellanes de nuestros hospitales, porque la obligación de procurar la gloria de Dios y la salud de las almas... también a nosotros nos incumbe en la esfera de nuestro estado...”*

*“La divina Providencia nos trae tantos pobres infelices, con frecuencia más enfermos del alma que del cuerpo, sean ricos o pobres, y nos los confía al objeto de que, vencidos por nuestra caridad, puedan convertirse y salvarse”.*

En la misma línea escribe el P. Higinio Aparicio<sup>35</sup> *“Las enfermedades, la pobreza, el dolor humano son las situaciones más propicias para llevar los hombres a Dios, cuando encuentran asistencia y socorro en la caridad amable y generosa”.*

*“Ocuparse de las almas, dejando morir de hambre los cuerpos, es hipocresía; ocuparse de los cuerpos, olvidando frecuentemente y despreciando, a veces, las almas, es tratar al hombre como a un animal superior... Ayudar al hombre en el trance supremo, aunque todo esté oscuro y brumoso, es uno de los mayores actos de misericordia que pueden practicarse”.*

*“Manteneos generosamente cercanos a los enfermos; hacerlos objeto de vuestra predilección y de vuestra entrega en la totalidad de sus vidas; no os limitéis solamente a sus problemas terapéuticos: vuestro amor y vuestro servicio se extiendan y abracen a todo el hombre, con sus exigencias psicológicas y espirituales”.*

También destacan algunos Superiores Mayores el cuidado solícito con los moribundos:

*“Exhortamos a todos los Hermanos para que, aplicándose a tan piadosa virtud y santa acción... se dispongan a confortar a los agonizantes, ayudándoles a bien morir: consolándolos, como buen médico de su salud espiritual con palabras de piedad y devoción...”*

*“Si hay una hora en la vida del enfermo en la que no deben faltarle jamás la asistencia espiritual y la presencia efectiva del hermano hospitalario esa hora es el momento en que va a realizar el acto más trascendental de su vida: cuando vendrá el Señor a decirle: “Pasemos a la otra ribera” (Lc. 8,22) “Este será el instante de rezar por él y con él al Patrono de los enfermos, nuestro Padre San Juan de Dios”*

### Interrogantes que plantea la medicina actual

La medicina es de las ciencias que más han progresado, pero puede tener peligro de deshumanizarse. Hay una conciencia de lo ilimitado de la ciencia médica; se ha abolido la diferencia entre medicina para pobres y para ricos; se ha introducido al sujeto en la medicina; se ha tecnificado el consuelo: *“Curar algunas veces, aliviar con frecuencia, consolar siempre”* y ello no es cometido sólo del sacerdote sino de la clase médica; se ha socializado la medicina, la prevención, promoción, etc.

Todo ello plantea algunos interrogantes, como:

- \_ Hoy con la secularización, se tiende a cambiar la fe por ciencia y técnica: penicilina en vez de compasión.
- \_ La corta estancia de los enfermos en el hospital de agudos.
- \_ Es importante tratar técnica y humanamente a los enfermos con el máximo nivel: *“como yo desearía que me trataran a mí”.*
- \_ Lo que importa es armonizar ciencia, técnica y humanización" (Suárez Perdiguero).
- \_ Dificultad de adaptación constante de los conocimientos.

A todo esto se impone:

35- Circular de 2 de febrero de 1963.

36- Gauthier, P. Alfonso M<sup>o</sup>, Carta circular de 22 de noviembre de 1974.

37- Marchesi, P. Pierluigi, Circular de 28 de nov. 1976.

38- P. Avagnale, Ordini osservandi, año 1653.

39- Gauthier, Alfonso M<sup>o</sup>, Circular de 22 de noviembre de 1974.

- Una nueva visión del hombre.
- Una nueva visión del hospital.
- Cambios en el quehacer apostólico, anuncio del Reino.

### El hoy de nuestro apostolado

- invitados a continuar el ejemplo de Juan de Dios y de los Hermanos que han testificado su fe en el servicio a los enfermos.
- En un mundo donde impera el tener, valer, la eficacia... estamos llamados a crear proximidad, hospitalidad, gratuidad.
- La Orden, desde el Capítulo de 1979 tiene el compromiso de superar "*el desequilibrio de la lógica asistencialista por la evangelizadora*", lo que nos lleva a: descubrir la dimensión deshumanizante del dolor que repercute en las personas; valoración de la persona como un todo que espera ser aceptada y servida a la luz de la dignidad personal; que nuestro servicio se convierte en un signo de que el Reino de Dios está presente y Dios ama a todos<sup>40</sup>.

### 3.5 Dimensión Misionera de la Orden Hospitalaria<sup>41</sup>

En este documento se trata de desarrollar la acción evangelizadora de la Orden entre los pobres y enfermos, partiendo de su entronque en la Iglesia evangelizadora, San Juan de Dios, la Tradición de la Orden y un planteamiento actual ante las exigencias misioneras de hoy. Me limito a resaltar algunos aspectos del documento en que se trata de manifestar la fidelidad de la Orden a lo largo de los siglos en la atención integral a las personas en las diversas culturas.

En el capítulo VIII se trata de vivir la identidad hospitalaria y de ser testigos de Cristo en total donación a Dios y plena disponibilidad para servir al hombre y la sociedad... Se ha de ejercitar la inculturación, el ecumenismo y la universalidad basadas en el respeto, la valoración y la acogida, el diálogo, la solidaridad... Es imposible realizar este compromiso

sin una preparación y formación adecuada: humana, teológica y profesional.

Se cita la Carta de Animación Misionera del año 1984 donde se resaltan las actitudes para la misión: "espíritu de servicio, capacidad de adaptación y disponibilidad a la escucha"<sup>40</sup>

Al final del capítulo señala los criterios con los que se quiere trabajar en la línea de la nueva evangelización. "*Su campo de acción es: ser testigos de la atención cristiana a la persona en su globalidad, lo que nosotros hemos llamado humanización; ser testigos de la solidaridad con los pobres, los enfermos y los marginados; ser hermanos de quien sufre*"<sup>42</sup>.

- 1) La Hospitalidad: eje central de nuestra vida, es la razón de ser en la Iglesia.
- 2) Misión sanadora de la Iglesia a través de la Orden: curar y liberar del mundo del dolor...
- 3) Evangelización, humanización y promoción humana: debe haber siempre un compromiso concreto con el hombre. Humanización y evangelización deben formar un todo indivisible, porque "*donde no hay caridad no está Dios, aunque Dios en todo lugar está*"<sup>43</sup> "*En el compromiso por la promoción del hombre corremos el peligro de preocuparnos sólo, o preferentemente, de la cuestión social, de la eficacia, descuidando la dimensión de ser testigos del amor de Cristo, que es la razón última de nuestra vocación. Otro riesgo es no prestar atención debida a la ciencia y la técnica...*"<sup>45</sup> Acogida universal e inculturación: a todos y en sus necesidades corporales y espirituales<sup>46</sup>. En colaboración con la Iglesia y otras instituciones.
- 4) Dimensión profética de nuestra misión hospitalaria: a través del evangelio de la misericordia.
- 5) En comunión con los colaboradores: ellos con nosotros formamos la Familia Hospitalaria.
- 6) Misión Ad Gentes: consolidar y difundir el Reino

40- Cap. Gral. Extraordinario 1979.

41- Dimensión Misionera de la O.H. de San Juan de Dios: Profetas en el mundo de la salud, Roma, 1997.

42- Dimens. Mis. De la O.H., pág. 163.

43- Declaraciones Cap. General, 4.1.

44- Carta a LB 15.

45- cf. DCG 4,3.

46- 2GL 8.

47- VC 7B; LG 44.

de Cristo en todo el mundo.<sup>47</sup>

Termina el documento haciendo una apuesta por la Nueva Hospitalidad, que en las Declaraciones del Capítulo General LXIII dice:

*“La Nueva Hospitalidad es, ante todo, un movimiento que mira a la Orden misma, a su misma identidad. Es, en primer lugar, la afirmación de la primacía de la evangelización sobre las otras tareas de la Orden... Consiste en vivir y manifestar hoy el don que hemos heredado de Juan de Dios con un lenguaje nuevo, unos gestos y métodos de apostolado, que respondan a las necesidades y expectativas del hombre y de la mujer que sufren a causa de la enfermedad, edad, marginación, minusvalía, pobreza y soledad”.*

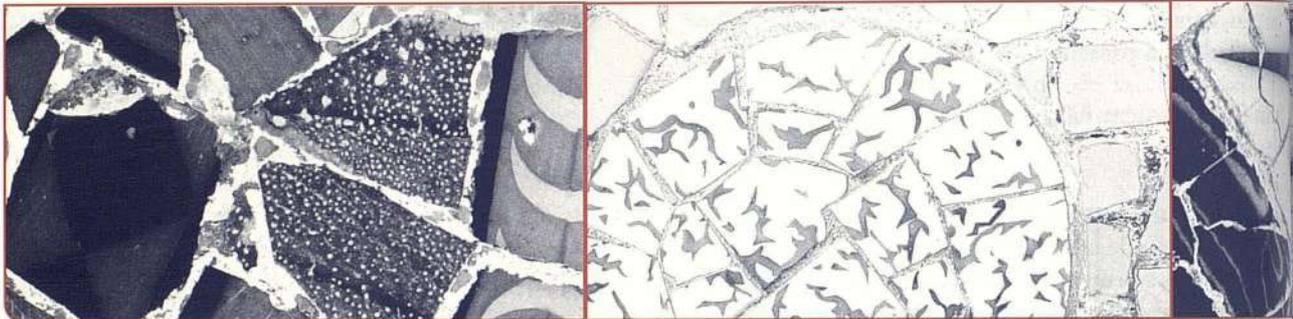
En esta misma línea, en la Carta Circular del H. Pascual Piles, *“Dejaos guiar por el Espíritu”*<sup>48</sup>. Invita a encarnar el espíritu de San Juan de Dios en la línea de la Nueva Hospitalidad:

- \_ Ser animadores de un proyecto de hospitalidad según el espíritu de San Juan de Dios.
- \_ Una hospitalidad basada en los principios de la Doctrina Social de la Iglesia.
- \_ Una hospitalidad abierta al hombre que sufre, nuevas enfermedades, etc.

### 3.6 Declaraciones del LXV Capítulo General<sup>49</sup>

En las Declaraciones del LXV Capítulo General celebrado en Granada, noviembre de 2000, en el capítulo V que habla de Prioridades de la Hospitalidad, en el apartado 2: Pastoral de la Salud, se dice:

*“La Pastoral de la Salud es un elemento importante para nuestra misión. Es un compromiso de toda la*



- \_ Mantener siempre el sentido de la misión.
- \_ Opción fundamental por el que sufre.
- \_ La N. Hospitalidad lleva inherente una acción evangelizadora.
- \_ La N. Hospitalidad lleva consigo un proyecto ético de asistencia.
- \_ Asume las exigencias del progreso y la técnica.
- \_ Hace presencias diversificadas según el tipo de enfermos.

*Orden en la Nueva Evangelización, la Nueva Hospitalidad y de apertura a la acción del Espíritu Santo. La Orden debe dar especial atención a cuanto favorezca la vida en su integridad”*<sup>50</sup>.

Continúa diciendo: **Necesitamos:**

- \_ Consolidar servicios de Pastoral que contemplen una renovada asistencia religiosa y una atención a las dimensiones espirituales y humanas de los destinatarios y Colaboradores, respetando las diversas visiones de la vida y las distintas opciones de fe con personas capacitadas y programas adecuados para cada Sector de las obras apostólicas.

48- Piles Ferrando, P., Roma, 24/10/96.

49- Declaraciones del LXV Cap. Gral., Granada, 6-24 nov. 2000.

50- (Declaraciones del LXV Cap. Gral., Documentación, pp. 119-129).

- Acrecentar la adecuada capacitación de Hermanos y Colaboradores en Teología, Pastoral de la Salud y calidad en el servicio Hospitalario.
- Apoyar y desarrollar la acción evangelizadora de la Iglesia en el mundo del sufrimiento, de la salud y de la vida.

### 3.7 Proyecto de Formación de los Hermanos de San Juan de Dios<sup>51</sup>

Este documento fue asumido por el Capítulo General del año 2000. En él se dan las claves de formación del Hermano de San Juan de Dios de cara al siglo XXI. Tal como sean los acentos de la formación de nuevos Hermanos, así se traducirá en el ejercicio de su apostolado. Destaco algunos puntos:

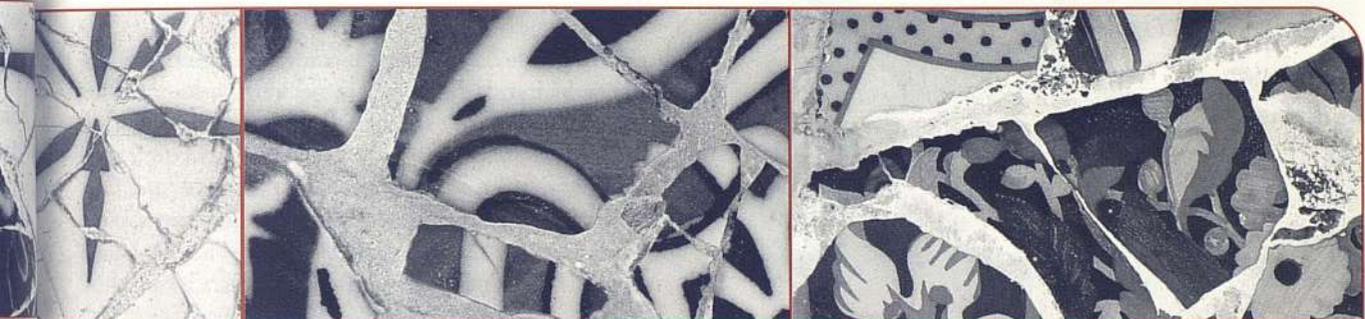
- Seguimiento de Cristo en hospitalidad al estilo de San Juan de Dios.

El Libro de Formación acentúa mucho el llamado paradigma formativo integral que *“supone asumir los presupuestos de la antropología y de los elementos esenciales de la vida consagrada... Todas las dimensiones de la persona (corporalidad, afectividad-sexualidad, sociabilidad, psicología, espiritualidad, mundanidad...) son integradas, desarrolladas y analizadas a la luz de la llamada de Dios y desde la propia plenitud a la que aspiramos como personas en proceso formativo”*<sup>52</sup>.

### 3.8 Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios<sup>53</sup>

Este documento, es en estos momentos uno de los referentes más importantes y actualizado de la Orden. Fue confirmado y asumido por el Capítulo General del año 2000.

Hace mención de los principios filosóficos, que a su vez están en los Estatutos Generales de la Orden, n.



- Formación a la luz de la historia y la tradición de nuestra Orden.
- Estar atento al contexto cultural donde la Orden está presente.
- Formar hoy como Hermano de San Juan de Dios:
  - Al estilo de Juan de Dios,
- Sensibilidad ante el sufrimiento humano
- Opción por las personas pobres.
- Respuesta a los retos de la hospitalidad de hoy

43. Entendemos que el 1º y 6º tienen que ver con el tema que nos ocupa:

1º *“El centro de interés de cuantos vivimos y trabajamos en el hospital o en la obra asistencial, es la persona asistida”*.

6º *“Defendemos el derecho a morir con dignidad y a que se respeten y atiendan los justos deseos y necesidades espirituales de quienes están en trance de muerte, sabiendo que la vida humana tiene un término temporal y que está llamada a la plenitud de Cristo”*<sup>54</sup>.

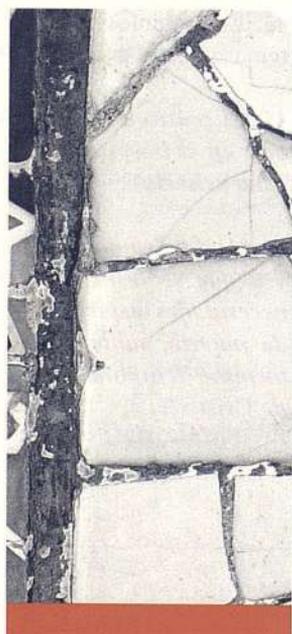
El principio que subyace a la acción de Juan de Dios

51- Proyecto de Formación de los Hermanos de S. Juan de Dios, Roma, 2000.

52- P.F. n.47.

53- Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Roma, 8/03/2000.

54- Vid. C de I., p.21.



es su deseo de *"hacer el bien, bien hecho"*: *"No limitarse a una asistencia sin vida, descuidando la calidad, sino uniendo el sentido de caridad cristiana al de justicia, para ofrecer a los enfermos y necesitados un servicio eficiente y cualificado, en lo científico y en lo técnico"*.<sup>55</sup>

Hablando de la misión de la Orden (1.3, pág. 24-25), dice, que el planteamiento general de la Orden en sus centros es la de "dar respuesta a las necesidades de las personas, en un lugar y en un tiempo concretos y evangelizar el mundo del dolor y sufrimiento a través de la promoción de obras ... que presten una asistencia integral a la persona humana.

El mensaje evangélico de liberación, se inspira en Jesús, que junto a las curaciones que hacía con enfermos y marginados, actuaba sobre la dimensión subjetiva de la persona. *"El cuidado del necesitado se carga, así, de múltiples significados y se convierte ante todo en una señal de la alianza entre el hombre y Dios"*.<sup>56</sup>

Hospitalidad y evangelización: hospitalidad va unida a la caridad, *"curad a los enfermos y decid: el reino de Dios está cerca"*. *La hospitalidad se convierte así en instrumento de evangelización, tanto en la perspectiva del testimonio como de la palabra y las estructuras de hospitalidad se convierten para la comunidad en señal y lugar del anuncio de liberación evangélica integral"*.<sup>57</sup>

## 4. Principios que iluminan nuestra Hospitalidad

El capítulo IV está dedicado al desarrollo de estos principios que son la causa y motivo de nuestro actuar en la opción por la sanación integral. Nos contentamos con mencionarlos e invitar a que el lector se pare en el desarrollo de cada principio:

### 4.1 Dignidad de la Persona humana:

Es característica esencial de la actitud verdaderamente

55- Vid. C.I. pág. 22, tomado de *Hermanos y Colaboradores unidos para servir y promover la vida*, Roma, 1992, n. 13.

56- Vid. C.I. 2.1.3 pág. 32-33.

57- id C.I. 2.3.3 pág. 41.

cristiana. La dignidad hace de todo ser humano sagrado e inviolable.

4.1.2 *El respeto ha de ser universal:*

todo prójimo, por ser la imagen de Dios, debe ser considerado como "otro yo".

4.1.3 *Actitud profunda y conducta eficaz de acogida hacia los enfermos y necesitados:*

La Orden se inspira en las actitudes de Jesús y San Juan de Dios, y son una llamada a comprometerse en la defensa y promoción de los derechos fundamentales.

## 4.2 Respeto a la vida humana:

4.1.2 *La vida como bien fundamental de la persona:*

para el creyente es don de Dios y debe ser respetada del principio al final..

4.2.2 **Protección y promoción de las personas con discapacidad.**

4.2.3 *Promover la vida, creando o colaborando en la creación de instancias que ayuden a superar la miseria, el hambre, la enfermedad.*

4.3 **Promoción de la salud y lucha contra el dolor y el sufrimiento.**<sup>58</sup>

4.4 **La eficacia y la buena gestión:**

En el número 4.4.3 dice: **La institución hospitalaria empresarial debe orientarse hacia la recuperación de la persona integralmente considerada.**

¿Cómo se entiende? *"integralmente considerada, es decir, en sus dimensiones somatopsíquicas, sociales y espirituales que, conjuntamente, interactúan para la humanización en la asistencia sanitaria"* (pág. 77)

En la **aplicación a situaciones concretas** de que trata el capítulo V, se insiste, *"deberemos dar una asistencia que considere todas las dimensiones de la persona humana - biológica, psíquica, social y espiritual. Solamente, una atención que trate todas estas dimensiones, al menos como criterio de trabajo*

*y como objetivo a lograr, podrá considerarse como asistencia integral"*.

*"Quizá éste haya sido el campo donde las obras de la Orden han cultivado una mayor tradición; su nivel asistencial ha sido una característica que las ha destacada a lo largo de los años. Las primeras Constituciones ya insistían en la forma de tratar a los enfermos y así se ha continuado resaltando este aspecto a lo largo de la historia"*.<sup>59</sup>

*El encuentro con el enfermo, el necesitado y su entorno familiar.*

*"La atención a las necesidades de la persona es un elemento clave en todo servicio sanitario y social e incluyendo aquellas necesidades que se refieren al espíritu, a la trascendencia y a lo religiosos"*. Desde la atención a todos los niveles debe producirse el encuentro que está hecho de apertura, escucha,<sup>60</sup> aceptación, acogida, actitud de servicio, sencillez.<sup>60</sup>

En el apartado 5.3.3.4 que habla de la Selección y Contratación del personal, se insiste en una serie de criterios que conviene tener en cuenta:

*Técnicos  
Perfil humano  
Perfil ético  
Dimensión religiosa*

A lo largo del documento se va sentando unas bases donde impera el pluralismo y la realidad multicultural. *"Todo proyecto de convergencia lleva a aunar: los valores jamás se consiguen con imposición"*.<sup>61</sup> Ante los retos y nuevas necesidades comenta el documento: *"Responder a las necesidades de la persona, con los medios y formas actuales, manteniendo el estilo y los valores de la Orden, es ser fieles a la Nueva Hospitalidad, como síntesis de nuestro proyecto apostólico"*.<sup>62</sup>

El capítulo VI de la Carta de Identidad hace una llamada insistente sobre: **Formación, docencia e investigación.**

No es posible permanecer fiel a los tiempos, al compromiso de salud, sin una actualización constante

58- Vid. C.I. pág. 74-76.

60- Vid. C.I. 5.1, pág. 89.

61- Vid. C.I.5.1.1, pág. 89-92.

62- Vid. C.I. 5.3.3.8, pág. 135.

en todos los niveles de la persona, tanto de Hermanos como de Colaboradores.

*“La formación técnica y profesional, por una parte, y la formación humanística y ética, por otra, han de correr paralelas a lo largo de la formación continuada que exigirá en ocasiones que el balance se incline hacia el primer aspecto y, en ocasiones, habrá que hacer especial énfasis en el segundo... Debe ser un compromiso de cada Centro el de promover programas de formación a todos los niveles y para ellos se deberán dotar las adecuadas partidas presupuestarias”... “... resulta imprescindible que, además de la pertinente formación profesional y técnica, se procure la más sólida formación dentro del Carisma de la Orden, en filosofía y teología, especialmente centrada en la persona y el misterio de Cristo Jesús”.*<sup>63</sup>

El capítulo VII: Integridad personal como base para la acción, hace una invitación a cultivar *“la unidad de mente y corazón, de coherencia entre el sentir y obrar, requiere un proceso más o menos largo de maduración humana, psicológica y espiritual...”*

*“Si en nuestro actuar nos inclinamos sólo o prevalentemente por la utilidad social, por la eficacia, eliminando la dimensión de ser testigo del amor de Cristo, según el carisma de San Juan de Dios, atentamos a nuestra integridad como proyecto de existencia y nuestras obras no tendrán la fuerza evangelizadora que han de tener. Se es persona íntegra por lo que se es, se dice y se hace”.*<sup>64</sup>

Esta llamada, no solo atañe a los religiosos, también están invitados los Colaboradores según el grado de vinculación que tienen con la Orden. Ésta se siente muy satisfecha de compartir con otros el carisma que ella ha heredado.

63- Vid. C.I. 6.1.1, pág. 152-153.

64- id. C.I. 7.11, pág. 167.

## Conclusiones

El trabajo de Grupos realizado durante las Jornadas Interprovinciales de Pastoral de la Salud se centró en dos preguntas previstas:

- 1) ¿Qué entiendo por Necesidades Espirituales y cómo son atendidas en mi Centro
- 2) Evaluación y propuestas para abordar las Necesidades Espirituales en los Hospitales de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. ▶

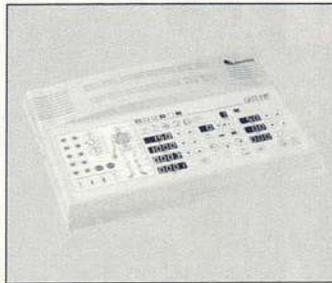
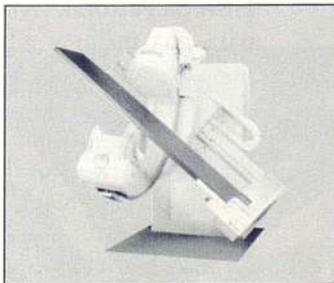
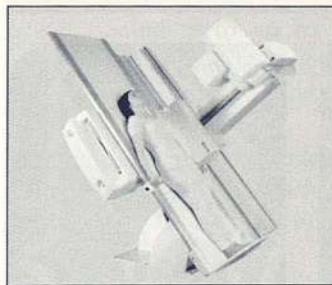
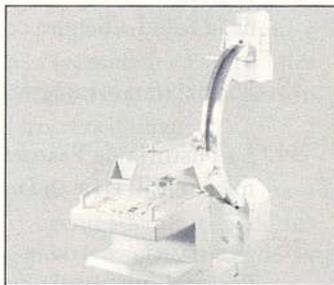
A la primera pregunta: ¿Qué entiendo por Necesidades Espirituales y cómo son atendidas en mi Centro?, se recibieron las siguientes aportaciones de los Grupos:

1. Desde el punto de vista terminológico, las ponencias le han ayudado para diferenciar entre Religiosidad y Espiritualidad. No son sinónimas aunque muchas veces se les considere. Lo espiritual incluye lo religioso pero no lo agota.
2. En algunos Centros, Pastoral de la Salud no está integrada como miembro activo en el Equipo Interdisciplinar y lo ven necesario.
3. En unos Centros existe Historia Pastoral en otros No. Se espera que se le pueda ofrecer alternativas a partir de este Encuentro Nacional.
4. Ven necesario que el Equipo de Pastoral de la Salud se dé a conocer más ampliamente en el desarrollo habitual del Centro. En muchos casos pasa desapercibido.
5. En muchos Centros, no se apoya lo suficiente por el Comité de Dirección a nivel Institucional, o al menos tanto como otros Servicios.
6. En algunos Centros no hay Salas de Duelo para atender a las Familias en situaciones críticas.
7. Las Necesidades Espirituales al ser intangibles cuesta trabajo parametrizarlas.
8. Atender adecuadamente las Necesidades Espirituales, dignifica la atención Integral a los Pacientes y Asistidos. Piden medios sobre todo formativos para promocionar su detección, acompañamiento y abordaje.
9. Ven muy interesante el dar estos primeros pasos con encuentros de este tipo que piden se continúe promocionando.
10. Hasta ahora se ha potenciado y promocionado los Servicios Religiosos pero poco los Servicios de Pastoral de la Salud en todos los sentidos.
11. Piden continuar con la formación de los Procesos de Acompañamiento del enfermo y la familia sobre todo en las Unidades o Servicios como Paliativos y Terminales, donde más se demanda.
12. Demandan la necesidad de confeccionar una Hoja de Valoración Interdisciplinar.
13. Apuestan por promocionar los Equipos de Pastoral, por los Acompañamientos personalizados y por la necesidad de incorporar las Historia de Pastoral.
14. Nuestros directivos promocionan poco los Servicios de Pastoral y los Acompañamientos personalizados por que encienten poco de la necesidad de cubrir las "Necesidades Espirituales dentro de la Atención Integral del paciente".
15. Se ha hablado de la necesidad de diferenciar y definir las Necesidades Espirituales por zonas de confluencia. Necesitamos seguir investigando sobre Necesidades Espirituales.
16. Para potenciar y promocionar la Atención Integral, ineludiblemente hay que incorporar la atención de las Necesidades Espirituales.
17. Necesitamos aprender a reinterpretar las Necesidades Espirituales desde la manifestación de sentimientos que nos verbalizan los enfermos y asistidos.
18. Muy importante a la hora de escribir en la Historia Pastoral, respetar la Confidencialidad que nos ha pasado el enfermo y asistido.
19. Es bueno valorar toda clase de "Visitas Pastorales".
20. Es necesario dejar espacios a las familias para celebrar el Sacramento de Unción de enfermos y no celebrarlos de forma atropellada.
21. Promocionar las visitas a los enfermos tanto del Capellán como de los Agentes de Pastoral de la Salud que compongan el Equipo de Pastoral.
22. ¿Nos han formado par atender las Necesidades Espirituales? Creemos que no. Por eso se incide más en el aspecto Sacramental y menos en la atención personalizada que atiende a éstas.
23. En la sociedad se vive muy superficial y en nuestros Hospitales como vivo reflejo de la misma, se puede vivir lo mismo. ¡Cuidado con la despreocupación en la atención y acompañamiento de las Necesidades Espirituales!



**APELEM ESPAÑA, S.A.**

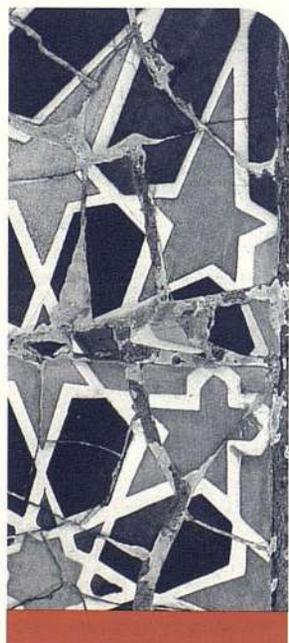
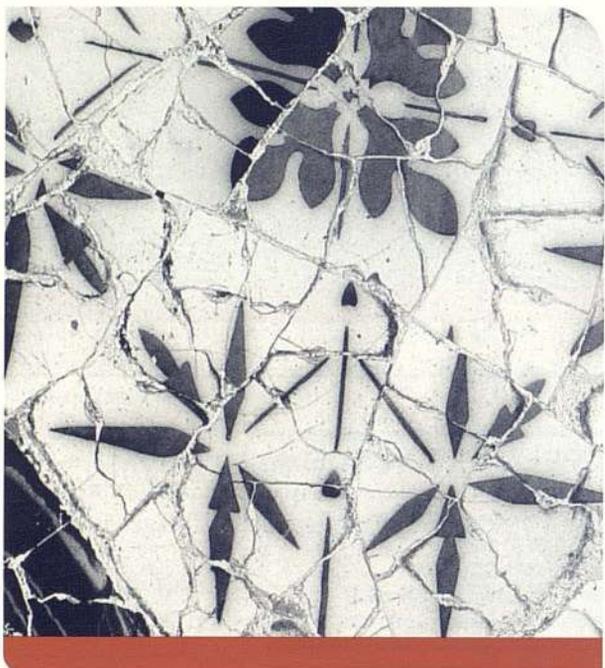
Llussà, 13  
Tels. (93) 330 02 83 - 491 49 92  
Fax (93) 411 26 37  
08028 BARCELONA  
E-mail: [apelem@feelingst.es](mailto:apelem@feelingst.es)  
<http://www.apelem.com>



- Intensificadores de imagen
- Cadenas T.V. radiológica
- Sistemas digitales para radiología, angiografía y hemodinamia.
- Arcos quirúrgicos.

- Generadores de RX alta frecuencia
- Mesas telemandadas.
- Presupuestos de actualización, adaptaciones
- Telemandos polivalentes

INSCRITA EN EL REGISTRO DE EMPRESAS AUTORIZADAS  
PARA LA VENTA Y ASISTENCIA TÉCNICA DE EQUIPOS DE RX  
(ERX-B/001/92) REAL DECRETO 1891/1991



24. Atendiendo las Necesidades Espirituales se puede ayudar en las dicotomías = Vida Exterior / Vida interior.
25. Las Necesidades Espirituales son de todos los enfermos, no sólo de los Paliativos.
26. Demandan ayuda para poder detectar las Necesidades Espirituales.
27. Se ve la necesidad de crear Equipos de Pastoral con continuidad en los Centros. Unos de los fracasos hasta ahora, ha sido los continuos cambios. Se comienza muchas veces. No hay perseverancia. Se sistematiza poco.
28. Es muy difícil hacer una traducción de los sentimientos de nuestros enfermos donde manifiestan las carencias en cuanto a las Necesidades Espirituales. Necesitamos formación.
29. Existe déficit de Agentes de Pastoral debidamente formados.
30. Atender las Necesidades Espirituales = Sana y cura.
31. En cuanto a las Historia de Pastoral se pide que sea: útil, ágil y práctica. Cuando se confecciona demasiado complicada se abandona pronto.
32. Es necesario la contratación de Agentes de Pastoral de la Salud a tiempo completo en los Centros.
33. Formación; formación, formación...
34. La Historia de Pastoral la han visto como herramienta útil. Demandan una metodología práctica.
35. Ven muy necesaria la confección de la Estadística Pastoral que puede confeccionarse a partir de la Historia Pastoral. Ayuda a retomar pistas nuevas para una mejor y adecuada Atención Integral, por Servicios, Médicos, Areas, Patologías, etc.
36. Los cambios continuos de los componentes de los Equipos de Pastoral, dificultan una trabajo continuo y sistemático.
37. La incorporación de voluntarios poco formados como Agentes de Pastoral y atendiendo Necesidades Espirituales, puede en muchos casos, repercutir negativamente. Lo hacen con buena voluntad

pero no es suficiente. (tema a estudiar urgente entre Voluntariado y Pastoral de la Salud).

38. Es bueno, continuar con el estudio de las Necesidades Espirituales, con la implantación de la Historia Pastoral y con la confección de la Estadística Pastoral. ¡¡No podemos volver en este sentido a Galeras!!
39. Si queremos decir “algo” desde los Servicios de Pastoral, necesitamos “Escribir” como el resto de los Servicios del Centro. Todas las actuaciones de los Agentes de Pastoral (Capellanes, Pastoralistas, Voluntarios, etc.) no puede quedar en la cabeza de los mismos.
40. Necesitamos seguir caminando en esta línea y que cada Centro lleve a efecto sus adaptaciones oportunas de acuerdo con sus necesidades.
41. Para el próximo trienio, potenciar estos temas y que no se queden “dormidos” o pasen de moda por los nuevos cambios. ¿Dónde quedaría la continuidad que queremos dar?
42. Pedimos formación en: Detección y Acompañamiento de las Necesidades Espirituales, en Duelo, en Pastoral en torno a la muerte sobre todo en Cuidados Paliativos.

En cuanto a la segunda pregunta: Evaluación y propuestas para abordar las Necesidades Espirituales en los Hospitales de la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios, estos fueron los resultados.

1. Pastoral de la Salud puede servir de motor para formar a los distintos Agentes Sanitarios de los Centros. (Todos podemos hacer Pastoral de la

Salud desde nuestro trabajo cotidiano bien hecho desde el carisma juandediano)

2. Necesaria formación en el acompañamiento, detección y abordaje de las Necesidades Espirituales.
3. Necesaria formación en Duelo y en Pastoral en torno a la muerte.
4. Completar los Servicios de Pastoral de la Salud con Agentes de Pastoral de la Salud a tiempo completo y debidamente formados externamente o internamente desde la Orden Hospitalaria.
5. Colaborar como miembros activos en los Equipos Interdisciplinares.
6. Implantar gradualmente la Historia Pastoral.
7. Ayudarnos con la confección de la Estadística Pastoral.
8. Confeccionar Hojas de Seguimiento adecuadas en función de las características por enfermo y Centro.
9. Potenciar con carta a familiares de Exitus.
10. Aunar criterios a través de encuentros como éste a nivel Interprovincial donde podemos tener oportunidad de aprender unos de otros.
11. Llevamos 20 años caminando en Pastoral de la Salud, pero no ha sido demasiado positivo el cambiar cada trienio de proyectos, objetivos, ideas, metodología, etc. etc.
12. Nos podemos ayudar mutuamente a nivel nacional. Contamos dentro de nuestros Centros con personal competente que podemos aprovechar adecuadamente.



13. Promocionar la Formación actualizada en el Tema de las Necesidades Espirituales.
14. Necesitamos programar actuaciones para avanzar y no comenzar de nuevo cada tres años.
15. En muchos campos no hemos avanzado mucho e incluso en otros vamos retrocediendo. Esto repercute negativamente en la Asistencia Integral que queremos ofrecer a nuestros Enfermos, Asistidos y Familiares y desconcertamos a los nuestros Colaboradores (Trabajadores).
16. Aprendamos de las Historias Clínicas de los Centros que ya la tienen implantada.
17. Pastoral y Voluntariado son dos logros muy importantes, pero las fricciones de ambos nos están indicando que se necesitan una mejor colaboración entre ambos.
18. Sería bueno diferenciar el trabajo de los Voluntarios en general –que es muy útil– y de los voluntarios que se formen como Agentes de Pastoral de la Salud para los Equipos de Pastoral. (estos necesitarían una formación complementaria).
19. Sería bueno publicar un histórico del desarrollo de Pastoral de la Salud durante estos veinte años.
20. Sería bueno publicar las ponencias que se han presentado en estas Jornadas Interprovinciales, para aprender mejor hoy y programar mejor el futuro e ir avanzando y no comenzando cada cierto tiempo de nuevo.





[www.ohsjd.es](http://www.ohsjd.es)

