



04/Comunicaciones

04/1

La espiritualidad en la sociedad y la asistencia sanitaria contemporánea

Mercè Puig-Pey,

Coordinadora de Pastoral. Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Provincia de Aragón-San Rafael

Anna Ramió y David Lorenzo,

Profesores titulares.

Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona

Este artículo aborda el papel de la espiritualidad en la sociedad y la asistencia sanitaria contemporánea. Puede decirse que, en general, la antropología y la filosofía del siglo XX han negado o han soslayado la dimensión espiritual de la persona. De igual manera, en el ámbito sanitario y en la concepción tradicional de la salud y de la enfermedad (de corte biologicista), la vertiente espiritual de las personas no ha sido objeto de atención.

En las últimas décadas, esa tendencia ha cambiado y, en la actualidad, tanto la cultura como la asistencia sanitaria dan cabida a la espiritualidad como una cualidad esencial del ser humano. Para atender correctamente esa dimensión, las

Provincias de San Rafael-Aragón y de Castilla iniciaron, hace unos años, un posgrado dirigido a profesionales de la salud, el Posgrado en “Humanización y atención espiritual en sociedades plurales”.

Palabras clave: Espiritualidad, cultura, sociedad, asistencia sanitaria, educación.

This article addresses the role of spirituality in contemporary society and healthcare. In general, the anthropology and philosophy of the twentieth century denied or avoided the spiritual dimension of the individual. The same holds true in the healthcare field and in the traditional conception of health and illness (in terms of biologic approach)-the spiritual aspect of the human person has not been focus of attention. This trend changed in the past few decades. And nowadays, both culture and healthcare make room to spirituality as an essential quality of the human being. A few years ago and to properly address this aspect, a Postgraduate Program aimed at healthcare professionals was launched by the Provinces of San Rafael-Aragón and Castilla: “Humanization and Spiritual Care in Plural Societies”.

Keywords. Spirituality, culture, society, health assistance, education.

1/

La recuperación de la espiritualidad en la cultura y en la asistencia.

En el pasado siglo, con el avance de la tecnología y el desarrollo de la ciencia experimental, en el marco del fortalecimiento del Estado moderno, se impuso un acercamiento a la salud (a la medicina, al paciente, etc.) de tipo biologicista,

centrado en el aspecto puramente fisiológico de ésta (y de la enfermedad). Posteriormente, se fueron detectando necesidades del paciente que no quedaban cubiertas desde dicha perspectiva y, por ello, se vio la necesidad de ampliar la mirada. Sólo así -se pensaba- sería posible comprender cabalmente el fenómeno ‘enfermedad’ y, sobre todo, a la persona que lo padece, el enfermo. De ahí surgió la necesidad de considerar los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad (Wilson y Mabhala, 2009, p. 15-17).

Desde esa perspectiva, describir y comprender la causa y las características de una enfermedad no podía reducirse a la consideración de la alteración fisiológica y ni siquiera a la mera consideración de la enfermedad en sí misma: era necesaria una mirada más global y la atención a la persona de forma holística.

Y eso incluía tener en cuenta su psicología y su entorno social. Desde entonces, a partir de los años 60 del siglo pasado, conceptos como ‘determinantes sociales de salud’, ‘estilo de vida’, ‘red social’ o ‘bienestar’ (no sólo ausencia de un malestar) empezaron a tener su espacio en el mapa o el panorama de la salud y la asistencia. Hablar de ‘enfermedad’ era hablar de todos esos conceptos.

Hubo escuelas que abogaron entonces por considerar requisitos de una verdadera salud (o elementos influyentes en ella) factores como las políticas en la distribución de recursos, la paz social, etc. (Wilson y Mabhala, 2009, p. 15-17). De diversas formas y con distintas manifestaciones, estos cambios encarnaban el modelo llamado ‘bio-psico-social’. Desde esta perspectiva, la salud se consideraba un hecho multidimensional y plurideterminado porque la persona también lo es: una unidad pluridimensional. Así lo mostraba la definición de ‘salud’ que ofreció la OMS en 1946:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sola-

mente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946, p. 1).

Paralelamente, otra dimensión fue entrando en el panorama de la asistencia, si bien de una manera más parcial y quizá más lenta o segmentada: la dimensión espiritual. Decimos de una manera “más lenta o segmentada” porque dicha dimensión, si bien presente o considerada en algunos ámbitos (en la profesión enfermera, por ejemplo), estuvo apartada u oculta en muchos otros. Durante la segunda mitad del siglo XX, por una parte, la dimensión espiritual fue una dimensión reconocida, por ejemplo, por la Disciplina enfermera; pero, por otra, predominó una antropología y un pensamiento, en general, reacios al espíritu o a la consideración de cualquier dimensión espiritual en el ser humano: materialismo (Marx), existencialismo (Sartre, Camus, etc.), posmodernidad (Vattimo), etc.

Por ejemplo, en 1946, el psiquiatra Viktor Frankl, creador de la logoterapia existencial, escribió sobre la necesidad de trascendencia y sentido para la salud mental del individuo en su valiosa obra autobiográfica *El hombre en busca de sentido*.

En 1954, Alice Price, en la introducción a su libro de texto *The Art, Science and Spirit of Nursing*, afirmaba que las enfermeras deben servir a la humanidad no sólo cuidando el cuerpo enfermo o dañado de las personas sino “atendiendo asimismo las necesidades de la mente y el espíritu” (O’Brien, 2018, p. 2-3). En la misma línea, Virginia Henderson, en su famoso libro *Basic principles of nursing care*, publicado en 1960, señalaba como una de las 14 necesidades esenciales del ser humano (de la persona atendida) la de actuar según la propia fe y los propios valores (necesidad 11).

Puede decirse, pues, que, en el marco cultural europeo de la segunda mitad del siglo XX, la dimensión espiritual era reconocida o considerada en unos ámbitos (el asistencial, por ejemplo) pero no en otros (el antropológico, el

LH n.322

filosófico)¹. No obstante, conviene señalar -ya ciñéndonos al ámbito asistencial- que dicho reconocimiento no implicaba un interés extendido o mayoritario ni, por tanto, un desarrollo profundo en el ámbito de la teoría (fundamentación, análisis) y de la práctica (intervención clínica). En los años 50 del siglo XX, el ámbito del espíritu en la asistencia sanitaria era reconocido pero no era objeto de profundización ni de interés destacado.

Ese interés más intenso apareció en las décadas siguientes, a partir de los años 80. Ese cambio se debió, en parte, a que la cultura en general empezó a hacerse más permeable a temas espirituales, empezó a considerar, de una manera muy paulatina y no siempre patente, la dimensión espiritual del hombre como una dimensión digna de atención o, al menos, aceptable en la reflexión intelectual sobre él. Prueba de ello -una prueba de ello- es el concepto de 'inteligencia espiritual'.

El término 'inteligencia espiritual' fue acuñado a finales de los 90 por **Dahar Zohar** (profesor de la Universidad de Oxford) e **Ian Marshall** (psiquiatra de la Universidad de Londres) (**Torralba, 2016, p. 46**). El origen o el marco que permite entender la aparición de este concepto es la 'teoría de las inteligencias múltiples', elaborada por el psicólogo Howard Gardner en 1983 en su obra del mismo título (La teoría de las inteligencias múltiples). Según Gardner, la inteligencia es una capacidad que sirve para resolver problemas a través de unas potencialidades neuronales que pueden ser o no activadas dependiendo de muchos factores (**Torralba, 2016, p. 28**). Dichas potencialidades son diversas y, por ello, el término 'inteligencia' no es unívoco: hay varios tipos de inteligencia.

Gardner distinguió las siguientes inteligencias (**Torralba, 2016, p. 30**): lingüística, musical, lógico-matemática, corporal-kinestésica, espacial-visual, intrapersonal (referida al propio individuo), interpersonal (llamada también 'social') y naturalista (relacionada con la observación y comprensión del entorno natural).

Como complemento a éstas, el psicólogo habló también de la posibilidad de admitir o reconocer una inteligencia 'moral' o 'espiritual', aunque se inclinaba por considerarla más bien una fusión o amalgama de las inteligencias interpersonal e intrapersonal, añadiéndose a esa unión un componente valorativo (**Torralba, 2016, p. 38**).

En ese marco de investigación y análisis psicológico, Zohar y Marshall descubrieron que, cuando la persona realiza alguna práctica espiritual o habla del sentido de su vida, las ondas electromagnéticas en su cerebro presentan oscilaciones de hasta 40 megahercios a través de las neuronas.

Tales oscilaciones recorren todo el cerebro pero, en la zona concreta del lóbulo temporal, presentan mayor oscilación y, a la vez, estabilidad. Según Zohar, la inteligencia espiritual activa las ondas cerebrales permitiendo que cada zona especializada del cerebro converja en un todo funcional (**Torralba, 2016, p. 46**). Según Torralba, sin la inteligencia espiritual, la lista de inteligencias quedaría incompleta (**Torralba, 2016, p. 11**).

H. Gardner se refiere a la inteligencia espiritual como 'inteligencia trascendente' o 'existencial' y la define como

“La capacidad para situarse a sí mismo con respecto al cosmos, como la capacidad de situarse a sí mismo con respecto a los rasgos existenciales de la condición humana como el significado de la vida, el significado de la muerte y el destino final del mundo físico y psicológico en profundas experiencias como el amor a otra persona o la inmersión en un trabajo de arte” (**Torralba, 2016: 45**).

Posterior o paralelamente a esos descubrimientos o debates, otras teorías y autores fueron investigando y haciendo propuestas sobre la

1. Por otra parte, el reconocimiento de la dimensión espiritual del ser humano solía tener lugar en marcos ligados a la religión.

dimensión espiritual del hombre desde muy diversos ámbitos: psicología, psiquiatría, sociología, etc. (**Torralba, 2016, p. 45-50**). Esas propuestas son tan sólo ejemplos -también, en parte, causas- del cambio cultural ocurrido en la cultura occidental en los últimos 20 ó 30 años: hoy es aceptada la idea, desde diversas disciplinas y posiciones ideológicas, de que hay

“En el ser humano una serie de operaciones, un campo de necesidades y poderes que difícilmente se pueden explicar a partir del cuadro de inteligencias múltiples que ofreció, en su momento, Howard Gardner” (**Torralba, 2016: 12-13**).

“Se debe reconocer que lo espiritual vuelve, de nuevo, a entrar en el mundo de lo intelectual y a considerarse como un dato específicamente humano que requiere atención” (**Torralba, 2016: 67**).

En la misma línea, dentro del ámbito asistencial, **Barbara Barnum**, en su obra **Nursingtheory: Analysis, application, evaluation**, afirmaba en 1994 que el modelo biopsicosocial estaba siendo ampliado por la consideración de la dimensión espiritual del ser humano y que

“Los académicos de la Enfermería estaban mostrando un renovado interés por la dimensión espiritual del cuidado” (**en O'Brien, 2018: 3-4**).

El interés por la dimensión espiritual de las personas en el ámbito de la asistencia sanitaria, durante las últimas tres décadas, ha tenido grandes implicaciones teóricas y prácticas, especialmente en la Disciplina enfermera.

A modo de breve muestra, mencionamos a continuación algunos ejemplos de ello.

Una cantidad ingente de investigaciones y publicaciones se han ido desarrollando. Las investigaciones en el ámbito enfermero o del cuidar sobre la espiritualidad son en la actualidad muy diversas y abarcan un amplio espectro de temas y cuestiones: espiritualidad y religión en el cuidar, la evaluación de necesidades espirituales en la práctica enfermera, diagnóstico enfermero en espiritualidad o el cuidado espiritual en áreas específicas (salud mental, final de vida, atención primaria) (**Westera, 2018, p. 3-4**).

Se ha mencionado el diagnóstico enfermero. Éste, en nuestra opinión, supone un ámbito que ejemplifica muy bien y de una manera práctica la progresiva importancia y consideración que la dimensión espiritual ha recibido en la atención sanitaria en las últimas décadas. **M. E. O'Brien**, autora experta en espiritualidad en la Disciplina enfermera, en un estudio que realizó en el año 1982 titulado “**The need for spiritual integrity**”, señalaba siete diagnósticos enfermeros englobados en el concepto “**alteraciones de la integridad espiritual**”: sufrimiento espiritual, alienación espiritual, ansiedad (zozobra) espiritual, culpa espiritual, ira espiritual, pérdida espiritual y desesperación (**en O'Brien, 2018: p. 56-57**). La clasificación taxonómica NANDA (2017) reconoce el diagnóstico de sufrimiento espiritual (**00066**). También recoge el “**Riesgo de sufrimiento espiritual**” (**00067**).

Esa tendencia en la cultura asistencial también se manifestó en el ámbito institucional de diversas maneras (a través de directrices, recomendaciones, etc.) tanto en un nivel local (países concretos) como en el nivel internacional.

Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, en un informe de 1990 sobre cómo abordar el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer, recomendaba tener en cuenta las necesidades espirituales de ese tipo de pacientes. (**OMS, 1990, p. 51**).

En USA, a finales de los 90, la Joint Commission (comisión encargada de acreditar a organizaciones sanitarias) reconoció la importancia

LH n.322

de tener en cuenta la dimensión espiritual de la persona enferma y recogió, entre sus estándares de control de calidad, la evaluación de las necesidades espirituales (O'Brien, 2018, p. 47). El aumento en la producción y en publicaciones científicas sobre la espiritualidad supuso una inercia que continúa en la actualidad.

Por todo ello, afirma O'Brien que, si se avanza en la pretensión de ofrecer un cuidado verdaderamente holístico, la importancia de la espiritualidad en la teoría y práctica enfermera es hoy insoslayable (O'Brien, 2018: 6, 8). La autora afirma esta conclusión refiriéndose a la profesión enfermera, pero pensamos que podría aplicarse a todas las Ciencias de la salud en general.

2/

La necesidad de formación sobre espiritualidad.

La atención espiritual y religiosa contribuye de forma decisiva a la realización de la misión evangelizadora y pastoral de la obra de San Juan de Dios. Por ello, nuestros centros ofrecen una asistencia que considera las diversas 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 asistencia integral (OHSJD, 2012).

Para poder realizar en nuestros centros este acompañamiento integral se hace cada vez más necesario profundizar, no sólo desde la profesión enfermera sino desde los diferentes ámbitos asistenciales, en la comprensión del fenómeno espiritual y religioso. Entendemos que la formación es clave y que la aportación teó-

rica de diversas disciplinas nos puede ayudar a comprender la riqueza y la complejidad de esta dimensión, teniendo en cuenta sobre todo los retos que viene planteando la secularización de nuestras sociedades y su pluralismo religioso.

Es, pues, importante generar plataformas de diálogo entre las distintas profesiones asistenciales que nos acerquen a los nuevos lenguajes espirituales y formas religiosas de las personas que atendemos y que trasciendan la histórica tradición católica de nuestro país.

Vemos como las capellanías hospitalarias van dando paso a un nuevo perfil profesional, que atiende la dimensión espiritual y religiosa en coordinación con los diversos equipos asistenciales, y, desde un marco teórico propio colabora en el proceso de salud de la persona a la que se atiende. En el desarrollo de este proceso de cambio es básico profundizar en nuevas categorías y estrategias, así como desarrollar nuevas herramientas asistenciales que nos permitan acercarnos y atender a la persona doliente al estilo de San Juan de Dios.

Nuestra Institución, como lo ha hecho históricamente, desea seguir acompañando a las personas en su situación particular de sufrimiento y vulnerabilidad de un modo integral. Para hacerlo de la manera más respetuosa y adecuada posible, en el contexto sociocultural actual, nuestra mirada y nuestra acción deben ser respetuosas e integradoras y deben tener en cuenta todas las dimensiones del ser humano que fundamentan y configuran el modelo asistencial de la Orden Hospitalaria.

Una de las acciones formativas que la institución viene impulsando en esta línea es el Postgrado en **Humanización y atención espiritual en sociedades plurales**. La formación está apoyada por las provincias de Aragón y Castilla y el próximo octubre ofrece su V edición. Es una formación universitaria dirigida a los profesionales de los servicios de atención espiritual y religiosa pero también a todos los profesionales del ámbito sanitario y social con el fin de

De manera progresiva, la cultura y la atención sanitaria se han ido abriendo y han ido aceptando la dimensión espiritual de las personas

ayudarles a profundizar en la dimensión espiritual y religiosa de las personas que atienden y a reflexionar sobre los retos prácticos que ello comporta para nuestros centros y para nuestra apuesta transdisciplinar.

3/

Contenido del Postgrado Humanización y atención espiritual en sociedades plurales.

El Plan formativo está vertebrado en dos ejes teóricos, un tercer eje teórico-práctico y un último y cuarto eje cuyo objetivo es la elaboración de un proyecto de investigación o ensayo.

En el primer eje, el conocimiento impartido se centra en la condición humana haciendo hincapié en su dimensión espiritual desde una mirada antropológica, filosófica y sociológica. Desde estas disciplinas seculares se tantean las respuestas a las preguntas, nunca cerradas, sobre la persona, su lugar en el mundo, su fragilidad y vulnerabilidad, el sentido de su sufrimiento y su muerte. También se ofrece una visión evolutiva de los contextos históricos y socioculturales en los que se ha incardinado y desarrollado el cuidado integral tanto en el ámbito de la enfermedad como en el de la exclusión social.

El segundo eje muestra y reflexiona sobre las respuestas a esas preguntas fundamentales que las religiones denominadas universales han ofrecido y siguen ofreciendo a las personas a lo largo de los siglos. Judaísmo, hinduismo, budismo, cristianismo (con sus ramas principales), islam, animismo, agnosticismo, ateísmo. Religiones y tradiciones que se han ido conformando a lo

largo de los siglos con el objetivo de dar razón, calidez y herramientas cotidianas que hagan posible elevar la vida del ser humano a la plenitud de sus potencias. En este eje se presta especial atención a la tradición bíblica y evangélica, considerando la identidad cristiana propia de la Orden Hospitalaria. También se hace hincapié en la antropología y teología sacramental y el desarrollo de la Pastoral de la salud.

Tras este marco teórico general el enfoque del tercer eje se orienta hacia los aspectos más prácticos de la atención espiritual y religiosa en los distintos sectores y ámbitos profesionales propios de la institución.

Diversidad de docentes imparten este eje, entre ellos algunos profesionales asistenciales de ámbitos como Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Psiquiatría, Psicología, atención espiritual, etc.

Todos ellos exponen en el aula su conocimiento práctico al tiempo que abren escenarios diversos donde compartir y debatir los retos que plantea hoy día el cuidado de la dimensión espiritualidad en el pleno desarrollo de la atención integral. Habilidades comunicativas, criterios para el abordaje de dilemas éticos y morales, diversidad de modelos de atención espiritual de base filosófica y teológica, diálogo entre psicología y espiritualidad, acompañamiento al final de la vida, atención al duelo, exclusión e integración social, etc. son las materias base que permiten a los estudiantes una reflexión interesante e intensa.

También se hace hincapié en el desarrollo de estrategias y herramientas que ayuden a abordar la espiritualidad en el quehacer profesional. Este eje contempla una jornada de fin de semana cuyo objetivo es profundizar vivencialmente en las materias impartidas a partir de talleres prácticos.

A lo largo de todo el curso los estudiantes desarrollan su trabajo final de postgrado bajo supervisión tutorial. Los proyectos, de gran riqueza y variedad, se exponen públicamente y son evaluados por un tribunal.

LH n.322

4/

Conclusiones.

El siglo XX ha sido testigo de un cambio cultural y asistencial con respecto a la espiritualidad. De manera progresiva, la cultura y la atención sanitaria se han ido abriendo y han ido aceptando la dimensión espiritual de las personas. La visión materialista del ser humano ha dado paso a una antropología que incluye la faceta espiritual como una faceta más de la persona. A la vez, la visión de la salud/enfermedad biológica ha ido evolucionando hacia el modelo bio-psico-social-espiritual.

En el marco de esos cambios profundos, el Postgrado en Humanización y atención espiritual en sociedades plurales es una propuesta formativa que, desde hace unos años, pretende ofrecer una formación sólida a profesionales asistenciales para poder afrontar la atención a la dimensión espiritual de la persona de manera profunda y solvente.

Bibliografía

- ▶ **NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (2017).** *Nursing diagnoses: Definitions & Classification, 2015-2017.* United States: John Wiley & Sons.
- ▶ **O'Brien, M. E. (2018).** *Spirituality in Nursing. Standing on Holy Ground (6th ed.)* Burlington: Jones and Barlett Learning.
- ▶ **Orden Hospitalaria San Juan de Dios (OHSJD). (2012).** *La Pastoral según el estilo de San Juan de Dios.* Madrid: Fundación Juan Ciudad.
- ▶ **Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946).** *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- ▶ **Organización Mundial de la Salud (OMS).** *Cancerpainrelief and palliativecare: reportof a WHO expertcommittee.* Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>
- ▶ **Torralba, F. (2016).** *Inteligencia espiritual.* 8ª ed. Barcelona: Plataforma Editorial.
- ▶ **Westera, D. A. (2018).** *Spirituality in NursingPractice: TheBasics and Beyond.* Nova York: Springer.
- ▶ **Wilson, F. y Mabhala, M. (eds.) (2009).** *Key concepts in PublicHealth.* London: SagePublications.



04/2

Espiritualidad y cuidado en el contexto de la familia

David Lorenzo Izquierdo,
Campus Docent Sant Joan de Déu.
Barcelona.

Este artículo pretende abordar la espiritualidad en el contexto del cuidado dentro de la familia. La espiritualidad en el contexto del cuidado presenta unas características particulares. Dichas características resultan aun más especiales cuando ese cuidado tiene como marco la familia. Cuando un miembro de una familia cuida a otro miembro, la espiritualidad de la persona se muestra de un modo especial, tanto si esta persona es la cuidadora como si es la cuidada. Esa relación de cuidado es una relación propicia para el crecimiento en virtudes (paciencia, generosidad, compasión...), cualidades a través de las que el espíritu humano desarrolla sus potencialidades.

Palabras clave. Cuidado, Familia, Espiritualidad, Transcendencia, Virtud.

This article is intended to address spirituality in the context of care within the family. Spirituality in care context has specific characteristics, which are even more special when the framework of that care is the family. When a family member takes care of another member, their spirituality manifests itself in a very special way, whether this individual is the caregiver or the caretaker. This relationship of caring fosters the improvement of strengths (patience, generosity, compassion, etc.), personal qualities through which the human spirit develops its potential

Keywords. Care, Family, Spirituality, Transcendence, Virtue.

1/

Espiritualidad, familia y cuidado.

Este artículo pretende abordar la espiritualidad en el contexto del cuidado dentro de la familia. La espiritualidad en el contexto del cuidado reviste unas características especiales, pero estas resultan aun más particulares cuando ese cuidado tiene como marco la familia. Cuando un miembro de una familia cuida a otro miembro, la espiritualidad de la persona vive una experiencia especial, tanto si esta persona es la cuidadora como si es la cuidada.

Para tratar correctamente el tema de este trabajo, conviene, primeramente, analizar brevemente los tres conceptos fundamentales en los que este se basa: espiritualidad, cuidado y familia. En la tradición filosófica clásica, la espiritualidad designa una cualidad del alma humana. El alma humana, a diferencia del alma de otros seres (para Aristóteles, las plantas y los animales tienen alma, pues tienen vida), es espiritual.

Eso implica que, con respecto al cuerpo, es subsistente y trascendente, es decir, su existencia no depende del cuerpo y, aunque exista ‘con’ o ‘en’ el cuerpo, lo trasciende, va ‘más allá de’ él (Verneaux, 1998).

Con respecto a la familia, conviene recordar que es el marco natural en el que el individuo viene a la existencia y en el que se desarrollan las bases de su personalidad. El andamiaje cognitivo, psicológico y emocional del individuo depende de la relación de este con su familia, especialmente de los primeros 3-4 años de esa relación.

La familia es la ‘mediadora’ entre el individuo y la sociedad. La persona no se relaciona directa e instantáneamente con la sociedad en la que vive, sino que el contacto con ella, al menos al principio de su vida, se establece ‘a través de’ la familia. En la familia, el individuo aprende los conceptos y las prácticas para afrontar la vida y el desarrollo de la propia autonomía y, a la vez, las habilidades para relacionarse y participar en la vida de la sociedad.

Ese aprendizaje tiene tres características fundamentales. La primera es que es totalmente individual, en el sentido de que el individuo es educado o aprende conceptos o hábitos en función de sus características propias, que son diferentes de las de otros miembros de la familia.

La segunda es que se basa, sobre todo, en la imitación, en la ‘mímesis’, no tanto en enseñanzas teóricas basadas en la transmisión lingüística de ideas. La imitación implica que otra persona es, en cierto sentido, ‘modelo’, alguien que encarna aquello que el individuo va a aprender.

La tercera es que el marco de ese aprendizaje son los lazos afectivos, el amor. Se puede decir que la capacidad educadora de la familia procede, en gran parte, de los lazos afectivos. El aprendizaje en la familia es significativo y efectivo por los lazos afectivos que unen a sus miembros, mientras que no es así -o no necesariamente- en otros contextos (escuela, barrio, etc.).

Con respecto al cuidado, creemos que, para situar el concepto, puede ser ilustrativa la siguiente definición: “acto (o conjunto de actos) de asistencia, de apoyo o facilitación hacia otro individuo, o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, para mejorar su condición humana o su modo de vida” (Torralba, 2005: 25). En esta definición, conviene destacar el concepto de ‘necesidad’.

Una necesidad es una carencia y, por ello, es un concepto -una realidad- que se relaciona estrechamente con la vulnerabilidad. El cuidado, en cierto sentido, se puede considerar -creemos-, como una respuesta a la vulnerabilidad.

Según el pensador A. MacIntyre, el ser humano es un ser esencialmente vulnerable, es decir, puede sufrir daño, tanto a nivel físico como espiritual (intelectual, moral) (MacIntyre, 2001). En el nivel físico (corporal), la persona es un ser débil, expuesto siempre al peligro, al daño.

La respuesta a esa vulnerabilidad es el cuidado, que puede dirigirse a la protección (evitar que ocurra un daño) o al restablecimiento de la integridad (si un daño ya ha ocurrido).

En el nivel espiritual (intelectual, moral), el ser humano puede también sufrir daño: puede equivocarse, puede verse afectado por peligros externos, etc. Por ello, el ámbito espiritual es también objeto de cuidado.

La vulnerabilidad, pues, es la condición de posibilidad del cuidado: no existiría el cuidado si no existiera la vulnerabilidad. Si el ser humano no fuera vulnerable (si no sufriese, si no tuviese dolor, si no muriese, etc.), no requeriría cuidado.

Pero, a la vez, la vulnerabilidad es también límite: la persona que cuida, como es también un ser humano, es vulnerable, es decir, limitado, y puede también requerir cuidado (Torralba, 2005).

Según Torralba, el cuidar aparece en las actividades más hondas y propias del ser humano: los

LH n.322

padres cuidan de sus hijos, el político de la ciudad y sus ciudadanos, etc. El cuidar puede dirigirse a múltiples realidades (vivas e inertes: un jardín, un coche, etc.), pero adquiere su sentido más profundo en realidades vivas, y, en concreto, en el ser humano. Cuidar es, esencialmente, un acto antropológico, constitutivo de la naturaleza humana, aunque pueda convertirse también en un acto profesional (Torralba, 2005).

2/

Cuidado y espiritualidad: el crecimiento en virtudes

Hasta aquí hemos descrito sucintamente los tres conceptos fundamentales del tema que nos ocupa: espiritualidad, familia y cuidado. Es posible ahora reflexionar sobre cómo se vive o cómo se experimenta el fenómeno de la espiritualidad cuando un miembro de la familia cuida de otro (un padre de un hijo, una hija de una madre, un cónyuge de otro...).

En su artículo “La salud en las culturas”, Bouché afirma que

“La enfermedad, lo mismo que el nacimiento y la muerte, es ante todo un suceso social impuesto por la condición biológica del hombre” (Bouché, 2001, p. 61).

La antropología de la salud ha reflexionado ampliamente sobre la vertiente social de la enfermedad. Pero queremos ahora destacar un factor que, si bien obvio, pasa en ocasiones desapercibido y es relevante para el tema que nos ocupa: si la enfermedad es un hecho o suceso social, es

también -y primariamente- un hecho familiar, pues la familia, como hemos comentado, es el primer y más cercano núcleo relacional e interpersonal del individuo.

Por ello, la primera respuesta o atención a la enfermedad suele darse en el ámbito familiar. También por ello, el cuidado informal (e invisible en muchas ocasiones) que precede y que sigue al cuidado formal o profesional (el de un ingreso hospitalario, por ejemplo) se desarrolla en el marco familiar.

En el ámbito de la salud, como en otros ámbitos de la vida, la familia es la primera ‘escuela’, la primera fuente de modelos y de hábitos.

Como se ha dicho, una nota esencial de la espiritualidad es la trascendencia. Gracias a su naturaleza espiritual, el ser humano puede realizar acciones trascendentes, es decir, acciones que van ‘más allá’ de su corporalidad y del mundo que le rodea.

La inteligencia y la voluntad son las dos facultades propias del ser humano y permiten a este entender (con su inteligencia) y amar (con su voluntad) lo que le rodea. Son las dos facultades que le hacen capaz de acciones trascendentes.

Conviene señalar en este punto que el espíritu -sus facultades- es una realidad dinámica, es decir, no es estática, se desarrolla, es abierta. Así como el cuerpo se desarrolla a través del ejercicio y del movimiento, el espíritu desarrolla sus capacidades en el ejercicio de las dos facultades que hemos comentado (inteligencia y voluntad).

Las cualidades que desarrollan dichas facultades reciben tradicionalmente el nombre de ‘virtudes’, cualidades o hábitos buenos de carácter. La voluntad humana puede querer o amar múltiples realidades de múltiples maneras (en mayor o menor grado e intensidad). En función de qué ame y cómo ame, el individuo desarrollará más o menos virtudes, y en un grado mayor o menor.

Si la enfermedad es un hecho o suceso social, es también un hecho familiar, pues la familia es el primer y más cercano núcleo relacional e interpersonal del individuo

Las relaciones humanas, y especialmente las relaciones familiares, son para el individuo el marco natural de crecimiento en virtudes, es decir, de crecimiento espiritual.

Dentro de las relaciones familiares, las relaciones de cuidado son o pueden ser un ámbito de especial crecimiento espiritual ya que en ellas concurren y se ‘tocan’ realidades fundamentales para el ser humano, realidades profundamente humanas que influyen en la esencia de la personalidad del individuo: vulnerabilidad, dolor, lazos afectivos (amor), etc.

La familia es un ámbito natural de amor y, por ello, un ámbito natural de crecimiento en virtudes, de crecimiento espiritual. En ella, el individuo es amado por quién es, no por qué hace o por los méritos que pueda realizar (aunque estos factores puedan influir). Estas características de la familia se potencian cuando uno de sus miembros cuida a otro, cuida de otro.

La vulnerabilidad de un miembro de la familia, especialmente si es grave o duradera, requiere una respuesta proporcional a la necesidad existente, es decir, un cuidado que se sitúe en un nivel suficiente como para restaurar la salud, evitar su empeoramiento o, al menos, ofrecer unas condiciones de vida dignas ante un daño incurable.

Esa respuesta, en circunstancias habituales, proviene de otro miembro de la familia y convierte a este en ‘cuidador’ (o le hace cuidador de una manera más intensa).

Ese rol exige a la persona un proceso -por decirlo así- de ‘mayor’ trascendencia, un proceso en el que sus facultades se centran más que antes en la atención a la vulnerabilidad del otro, proceso en el que la persona crece en virtudes (compasión, paciencia, generosidad, etc.)

A la vez, y en función, por supuesto, de la edad y las circunstancias, la situación de vulnerabilidad y de cuidado puede ser una situación en la que también la espiritualidad de la persona

cuidada se desarrolle. La enfermedad, especialmente si es importante, altera radicalmente la vida de una persona, alteración que, por la unidad de la persona, afecta a todos los ámbitos de su existencia, también el espiritual.

De hecho, la experiencia de la enfermedad y de recibir cuidado, en muchas ocasiones, activa resortes o capacidades espirituales del individuo, fortaleciendo o desarrollando virtudes como la paciencia, la confianza, la humildad, etc.

En su libro Antropología del cuidar, afirma Torralba que el cuidado es humanizador: cuidar hace más humano al que es cuidado y, a la vez, al que cuida. Esa capacidad humanizadora se muestra de modo más patente en el cuidado familiar a causa de los lazos afectivos y de la naturaleza de la institución familiar.

El desarrollo en virtudes que se abre como posibilidad cuando, por una enfermedad, se hace patente en el seno de una familia la vulnerabilidad es precisamente desarrollo espiritual, desarrollo de lo más genuinamente humano.

Por eso puede decirse del cuidado que es “ayudar a ser” (Torralba, 2005). Hemos comentado al principio que el aprendizaje o educación que el individuo recibe en su familia es siempre ‘personal’, es decir, no homogénea, adaptada a las necesidades y circunstancias de cada miembro. El acto de cuidar tiene esas mismas características pero aplicadas a la respuesta ante la vulnerabilidad del miembro de la familia enfermo.

Cuidar de alguien no es estar-con sino ser-con: ambas personas (la cuidadora y la cuidada) desarrollan su ser (su espíritu, su personalidad) en la relación de cuidado.

El cuidado se puede definir, por ello, como un ‘diálogo de presencias’ (expresión que tomamos de Torralba). Es, ciertamente, un diálogo, pero no tiene como canal las palabras sino la presencia. Y la presencia -creemos- no es meramente un hecho físico (estar físicamente al lado de la persona vulnerable) sino un hecho global, an-

LH n.322

tropológico o -para ser más precisos- espiritual. La persona toda del cuidador interviene en el acto de cuidar porque es una relación de presencias, más cuando la persona cuidada es un familiar.

Esas dos presencias devienen una unidad. Esa unión que se produce entre cuidador y cuidado es espiritual porque, en esa relación, cada uno trasciende su ser y se une al ser del otro. No es -no podría ser- tan sólo una unión física.

3/

Conclusión

El cuidado es un acto genuinamente humano que adquiere rasgos especiales cuando se da en el contexto de la familia, cuando una persona cuida a otra con quien le unen lazos familiares. En esa relación, cada persona (tanto la cuidadora y como la cuidada) trascienden su propio ser para encontrarse con la otra, algo que es posible gracias a la espiritualidad de la naturaleza humana.

En ese encuentro, el espíritu de esas dos personas se despliega y desarrolla sus potencialidades gracias al crecimiento en virtudes (paciencia, generosidad, compasión, etc.).

Bibliografía

▶ **BOUCHÉ, H. (2001),**
La salud en las culturas.
Educación XX1, 4, 61-90.

▶ **MACINTYRE, A. (2001),**
Animales racionales y dependientes,
Barcelona: Paidós.

▶ **TORRALBA, F. (2005),**
Antropología del cuidar,
Barcelona: Fundación Mapfre-Instituto
Borja de Bioética.

▶ **VERNEAUX, R. (1998),**
Filosofía del hombre,
Barcelona: Herder.



04/3

Espiritualidad
del profesional
de la salud
cristiano

Arturo Fuentes Varela,
PROSAC. Orense.

Con ocasión de esta monografía de Labor Hospitalaria, acogeremos las notas para la santidad en el mundo de hoy que el papa Francisco describe en el capítulo IV de la Exhortación Apostólica “Gaudete et exsultate”, para asumirlas como mojoneras de un camino hacia la santidad que también dan contenido actual a la espiritualidad de los PROSAC. Teniendo por detrás el marco de las bienaventuranzas en el camino espiritual, subraya Francisco cinco notas que expresan “cinco grandes manifestaciones del amor a Dios y al prójimo” (GE 111).

Palabras clave: Dios, Espiritualidad, Salud, Profesional.

On occasion of this monograph on Hospitallers' Work, we will include the notes about holiness in today's world, which Pope Francis describes in Chapter IV of the Apostolic Exhortation “Gaudete et exsultate”, in order to adopt them as milestones of a path to holiness. They also give substance to the current spirituality of the Christian Healthcare Professionals Association (PROSAC). Francis emphasizes five notes that express “five great expressions of the love for God and neighbor” (GE 111), framed by the Beatitudes of the spiritual journey.

Key words: God, Spirituality, Health, Professionals.

En el campo de la espiritualidad cristiana los profesionales de la salud de todas las épocas han sido unos privilegiados. El hecho de que Jesús de Nazaret haya manifestado la presencia del Reino a través de sanación, compasión y ternura por los enfermos, identificado por los Padres como el Cristo Médico, ha sido un modelo claro para seguirle.

Discernir y orar lo que se nos ha regalado de cristiano en la vocación y el ejercicio de nuestra profesión de sanitarios está en la base del cultivo de nuestra espiritualidad.

Descubrir dones, desarrollarlos madurando en ellos, sintiéndonos como orantes en permanente acción de gracias por lo recibido, capacitándonos para el servicio misericordioso con los enfermos y sus familias, en equipo, como pueblo de Dios, como Iglesia, en ello se va a jugar el sentido de nuestra vida ante el Padre (cfr. GE 170). En eso va a consistir la espiritualidad de los profesionales sanitarios cristianos; es decir, su repuesta a la llamada a ser santos.

1/

“Estar centrado, firme en
torno a Dios que ama y
que sostiene” (GE 112)

En el mundo de la salud y la enfermedad se han logrado significativos éxitos en los últimos 50-75 años, más que a lo largo de los veinticinco siglos previos de existencia de la medicina hipocrática.

Esto puede ser tentador y conducirnos a sentirnos señores de la naturaleza, dominadores absolutos, creadores de nuevas formas alternativas de existir, ... además de sentirnos por encima de los propios enfermos a quienes hicimos el servicio de sanación con éxito, descuidando el trato igualitario y el debido respeto a la dignidad de las personas.

Y esto no sería de recibo en un camino espiritual como seguidores de Jesús.

Estar centrados en torno a Dios, en referencia a Él como único absoluto y Señor naturaleza y de la salud, nos permite mantener nuestra identidad de criaturas, a quienes se les encomendó el gobierno de la Creación (Gn 1,28), y se les regaló los dones diversos del Espíritu Santo, para ejercerlos como servicio a favor de todas las personas.

Y ello no merma nuestras ansias y posibilidades de escrutar el mundo, investigándolo, conociéndolo, manejándolo al servicio de la salud y la curación de las enfermedades.

Ese estar centrados en Dios Creador y Señor de la historia; con la humildad en vernos criaturas y gestores, no dueños, de la creación; con la misión de ser investigadores al servicio de un mejor resultado en el trato con los hermanos

enfermos; actualizados en los conocimientos, honrados y pacientes (nosotros, no los enfermos); vamos dando un timbre característico a lo que va tomando forma en nosotros, los profesionales sanitarios cristianos, como peculiaridad de nuestra identidad espiritual: “servir al enfermo como lo hacía él (Jesús), “ungidos por la fuerza del Espíritu”. (JA Pagola)

2/

“La alegría y el sentido
del humor” (GE.122)

Estar centrados en Dios con una identidad de servidores nos llena de alegría, porque nuestra labor no es de titanes, semidioses, sino de cuidadores poniendo en práctica lo que en cada momento de la historia de la humanidad unos y otros vamos adquiriendo como sabiduría al servicio de la salud y de la enfermedad.

El esfuerzo en el estudio constante; el carácter laborioso, siempre teniendo como centro al enfermo, que para eso nos capacita precisamente el estar centrados en Dios, nos transmite gozo, al saber que, si bien a Dios nadie lo ha visto (cfr. 1 Jn 4,12), permanece, no obstante en nosotros, si amamos a los hermanos.

Y eso es fuente de alegría para quien quiere desempeñar su vida, su vocación, su oficio, su encomienda como camino de santidad.

De cara a los enfermos se manifiesta en acogida calurosa, en trato tierno, en informaciones esperanzadas, en fidelidad a lo largo de su camino.

LH n.322

3/

La parresía que es “audacia y empuje evangelizador” (GE 129)

A veces, parece que si pensamos tal como nos invita Francisco y vamos discurriendo, estamos en “otro mundo”. Y es cierto que podemos construir otro mundo de la sanidad y del cuidado de los enfermos, más humano, si con nuestro espíritu de profesionales de la salud seguidores de Jesús tenemos la audacia, la valentía, el empuje, el compromiso de hacer que las estructuras sanitarias giren en torno al enfermo como centro de atención y el temple de los profesionales se manifieste como hospitalidad, cercanía, estudio, honradez, respeto, fidelidad, etc.

Si creemos en el modelo, si lo experimentamos a corta distancia, ¿por qué no proponerlo con parresía a nivel de gestión estructural del sistema? El Papa nos invita a que esta audacia sea un constitutivo significativo de nuestra espiritualidad.

4/

“El camino comunitario”, nota destacable en el camino espiritual cristiano (GE 140)

Quien transite un poco por el camino espiritual cristiano descubre enseguida que este es

un camino comunitario, eclesial, como pueblo. Todos somos necesarios al servicio de los enfermos y necesitados. A todos se nos manifiestan claves de cuidado. La deliberación interdisciplinaria da luces para un mejor cuidado y al mismo tiempo nos deja un sentido de la eficiencia que ayuda a vivirnos alegres como cuidadores.

5/

La apertura habitual a la trascendencia (GE 147)

Y por último, como nota global, señala que

“La santidad está hecha de una
apertura habitual a la trascendencia,
que se expresa en la oración
y adoración” (GE 147)

No somos los dueños de la salud. No lo podemos todo. Lo poco que sabemos lo manejamos dentro del marco de la estadística científica; nuestra verdad no es un absoluto, sino una proporción. Nos admiramos con frecuencia de los logros conseguidos, cuya clave de interpretación todavía se mantiene en la caja oscura.

Rezamos para que el Señor de la salud dé éxito a la labor de nuestras manos para servicio del enfermo y necesitado. Rezamos para que nos mantenga como profesionales de la salud centrados en Él, contemplativos, laboriosos, hospitalarios, humildes, compasivos, servidores y alegres, viviéndonos como Iglesia y con audacia evangelizadora.

