LA ASISTENCIA ESPIRITUAL A LOS ENFERMOS TERMINALES Y A SUS CUIDADORES

HACIA UN PLANTEAMIENTO PONDERADO

Jesús Conde Herranz

Capellán del Hospital de La Paz (Madrid) y miembro del Comité Directivo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL)

Manuel López de los Reyes López

Doctor en medicina y magister en bioética.Instituto de Cardiología /Madrid)

La asistencia a los enfermos terminales ha sido, y está siendo, un auténtico revulsivo en la reflexión de todo el marco asistencial. El mismo sistema sanitario, la Administración, las diferentes disciplinas que confluyen en la atención a este tipo de enfermos llevan a cabo un autoanálisis no sólo sobre su actuación sino, en muchos momentos, sobre su propia identidad.

No podía estar ajena a este movimiento la pastoral de la salud que, si siempre se halla implicada en la asistencia integral al enfermo, su concurso aparece en este caso

como absolutamente determinante cuando tiene como objetivo la asistencia a un ser humano que se dirige al tramo final de su existencia.

Jesús Conde y Manuel de los Reyes desarrollan en el presente artículo una sugerente reflexión sobre el papel de la asistencia espiritual en estos momentos. Legitimada la misma en un primer momento, apuntan los objetivos ineludibles que atañen no sólo a los enfermos terminales sino, también a sus cuidadores.

INTRODUCCION

Durante, al menos, el último siglo y medio la medicina y la religión han vivido un largo divorcio —a veces enconado y desabrido— guardando, sin embargo, las *buenas maneras* en la asistencia concreta a los enfermos, terreno en el que ambas han realizado su labor procurando *no salirse de su propia parcela, y* mostrando hacia la otra un deseo general de coexistencia pacífica. Esta afirmación no contradice la evidencia de los numerosos casos en que los profesionales sanitarios y los pastores han trabajado y trabajan codo a codo, con un grado mayor o menor de entendimiento mutuo, en beneficio del individuo enfermo que tienen ante ellos, y en la atención a sus necesidades asistenciales de uno u otro tipo. Y no se contradicen ambas observaciones porque el aludido divorcio es consecuencia, por un lado, de las pautas ideológicas imperantes en un amplio sector de la medicina, y por otro, de cierta animosidad eclesiástica hacia ellas fruto, al menos en parte, de la sensación de *perder terreno* en un campo secularmente considerado como propio.

Es significativo que la reivindicación de una asistencia integral a los enfermos terminales haya venido de dos personalidades que aúnan en sí la pasión científica y la pasión espiritual: E. Kübler-Ross y C. Saunders

Hemos de felicitarnos sin reserva alguna por este cambio de perspectiva en la concepción y realización de la asistencia

Sin embargo, de esta situación han surgido paradójicamente las *actitudes nuevas* que, ante la grave problemática que plantea la asistencia a los enfermos terminales, inducen hoy al mundo de la medicina —a través de su modalidad *paliativa— y* al de la espiritualidad y la religión abiertamente vivida y expresada, a buscarse y a procurar entenderse.

Constituye ya un tópico afirmar que el gigantesco y acelerado avance de la medicina, y de la multitud de eficaces técnicas diagnósticas y terapéuticas que hoy dimanan de ella, recibió un gran impulso animador a partir de la Ilustración europea, a finales del siglo XVIII, y de la aparición del positivismo filosófico, ya en pleno siglo XIX. Nadie que haya adquirido una mínima perspectiva histórica contradirá tal afirmación; pero nadie puede negar tampoco que, durante ese mismo periodo, la moderna filosofía de la ciencia y, más en concreto, las corrientes que empujaban a la medicina a convertirse en *ideología,* reivindicaron para aquéllas un carácter *cuasirreligioso,* confiriéndoles poco menos que la exclusividad de ser los pilares sobre los que había de asentarse la nueva y auténtica concepción *y redención* del mundo.

A comienzos del presente siglo la filosofía *postmoderna,* iniciada por nuestro Ortega y Gasset, entre otros, asestó golpes muy duros a semejantes pretensiones y preconizó la vuelta a la valoración del ámbito del *espíritu y* de sus manifestaciones más genuinas en todos los seres humanos '. Lo cual no ha sido óbice para que siguieran apareciendo diversos productos del reduccionismo decimonónico, llámense estructuralismo, conductismo psicológico radical, *antropología* cibernética u otros. No obstante, y a pesar de tales apariciones, es posible percibir con creciente claridad—en el seno mismo del desarrollo científico y de la aplicación de sus tecnologías—un hambre de integridad y hondura antropológicas, y una búsqueda cada vez más decidida de lo que alguien ha dado en llamar *un suplemento de alma.*

Éste es, a nuestro parecer, el caldo de cultivo en el que se ha producido el nacimiento—en rigor histórico, habría que hablar de renacimiento—de la Medicina y los Cuidados Paliativos, al igual que su aspiración a integrar la asistencia *espiritual* en el conjunto de sus prestaciones. Resulta enormemente significativo el hecho de que la reivindicación de una asistencia integral a los enfermos terminales y, dentro de ella, de una pujante asistencia espiritual, haya venido de la mano de dos personalidades señeras—junto a otras—que aúnan en sí la pasión científica y la pasión espiritual: las doctoras E. Kübler-Ross y C. Saunders. La convicción con que estas dos mujeres abogan por superar dialécticamente las contrariedades y malentendidos entre medicina y espiritualidad en una síntesis asistencial *integradora* de ambas, y la seriedad con que han ido elaborando sus estudios en tal sentido, son quizá el mejor augurio de que tal empresa es posible.

No hay duda de que todos hemos de felicitarnos sin reserva alguna por este cambio de perspectiva en la concepción y realización de la asistencia, siempre y cuando nos dediquemos a esta tarea con el rigor y la paciencia que requiere. Dadas las graves dificultades de diversa índole que encierra, no es lícito ni pasarlas por alto ni minusvalorarlas sino, por el contrario, hacerlas objeto de un análisis detallado y sereno. De otro modo, la forma en que se realice la integración de la *espiritualidad* en el conjunto de la asistencia a los enfermos terminales dejará mucho que desear, en cuanto a la calidad de su comprensión y prestación y, de paso, se perderá una doble e inapreciable oportunidad histórica: la de recuperar para la medicina asistencial su carácter de instancia *restauradora* de lo genuinamente humano, y la de reconocer a la espiritualidad, y en concreto a la religiosidad positiva, su *potencial terapéutica*

Por tal motivo, este trabajo tiene tan sólo un objetivo preliminar, como indica su título: sugerir las bases indispensables e idóneas sobre las que, a nuestro parecer, debe asentarse un planteamiento ponderado de la asistencia espiritual a los enfermos terminales. Objetivo que implica, en primer término y a nuestro modo de ver, identificar y analizar tres tipos de dificultades, a saber:

1. Las que afectan al significado, alcance y contenido de expresiones que suelen usarse con profusión, pero de *modo equivoco, y* que, por ello, hay que tratar de precisar al máximo.

2. Las que presenta el modo típico en que hoy se plantea, de hecho, la forma de asistencia que estamos tratando.

3. Y las que lleva consigo el replanteamiento de dicha asistencia, así como el cumplimiento de las condiciones que, a nuestro entender, exige.

Y, junto a la exposición de tales dificultades, este escrito pretende sugerir, en forma de tesis o proposiciones, las vías adecuadas de solución a los problemas que aquéllas ocasionan. A cada una de las proposiciones (que van ordenadas mediante numeración romana) acompaña un breve apunte, en el que se esboza someramente lo que consideramos el *quid* del desarrollo ulterior de cada una de ellas, el cual habrá de ser forzosamente ampliado y detallado en trabajos posteriores.

PRECISION DE EXPRESIONES EQUIVOCAS

Tres son las expresiones cuyo significado, contenido e implicaciones pensamos que han de ser objeto de cuidada precisión porque, de lo contrario, la comprensión de las observaciones ulteriores irá viciada desde el principio.

Asistencia

En primer lugar, hay que precisar al máximo lo que, en el ámbito de la asistencia a los enfermos terminales, ha de ser entendido, organizado y desarrollado precisamente como ***asistencia,*** dada la índole de las necesidades concretas y específicas que aquélla comporta, así como la envergadura de las exigencias que plantea.

• Entendemos por asistencia la respuesta adecuada e integrada a la pluralidad de necesidades que muestra el enfermo terminal y quienes le cuidan —familiares, allegados, profesionales sanitarios y voluntarios— en cuanto seres humanos en trance de realizar su vida, cada uno a su modo y en su situación vital concreta.

Dada la densidad humana implicada en la fase terminal de cualquier enfermedad que aboque en ella, y su vivencia como *situación limite* no sólo por parte del enfermo, sino también de sus cuidadores más asiduos, es evidente que la asistencia a la misma no puede ser planteada, ni cuantitativa ni cualitativamente, en los mismos términos que la dirigida a otras situaciones patológicas menos extremadas. Por el contrario, aquélla requiere una verdadera *respuesta,* en el sentido etimológico de este término; es decir, *un compromiso especial,* el cual debe traducirse, para empezar, en la comprensión y ejecución de tal asistencia—al menos por parte de alguno de los cuidadores del enfermo—, como una *relación* no puntual ni intermitente, sino *interpersonal y continuada. Y* ha de tratarse, además, de una respuesta *integrada* puesto que, al ser sustituido el objetivo de *curar* por el de *cuidar,* las necesidades no biológicas del enfermo terminal pasan a primer plano, y las respuestas asistenciales a las mismas deben ir bien conjugadas entre sí, pues *cuidar* significa en este caso ayudar a una persona a *realizar su vida* en la última etapa de la misma, y en toda su amplitud.

• *En la vivencia de la enfermedad terminal, y en la asistencia a quien la sufre, los seres humanos se realizan, o se deterioran, en la medida en que puedan, o no, satisfacer las necesidades que brotan de sus dimensiones biológica, psíquica, social y espiritual; y lo hagan fomentando la mutua integración de dichas dimensiones en su ser personal.*

Si en cualquier fase evolutiva de una enfermedad, la atención a su *vivencia* es importante, en la fase terminal es decisiva e ineludible, y ello tanto para el enfermo como para quienes le asisten. Y, puesto que la mejor filosofía española de este siglo ha subrayado que la vida humana *aparece dada, pero no hecha, y* dado que ésta consiste forzosamente en un constante *quehacer responsable* hacia la perfección o el deterioro personal (no meramente biológico) del individuo humano, las notas adjudicadas en el apunte anterior a la asistencia requerida en la fase terminal adquieren un relieve aún más exigitivo. Dense más o menos cuenta de ello el enfermo terminal y sus cuidadores, a uno y otros *les va la vida*—a cada cual a su modo— en su respectivo comportamiento.

• *La dimensión espiritual del enfermo terminal y de quienes le cuidan, tiene sus necesidades propias, a las que hay que asistir en su peculiaridad específica, pero en coordinación con la asistencia al resto de las necesidades humanas.*

Aquí tocamos una de las dificultades conceptuales y metodológicas más complejas del asunto que estamos abordando: la que implica saber tener en cuenta la *peculiaridad específica* de la dimensión espiritual y de las necesidades que de ella derivan, en el enfermo y sus cuidadores, así como su necesaria coordinación con el resto de las respuestas asistenciales (de orden biológico, psíquico o social). Veamos por qué.

Espíritu, espiritual

Una segunda expresión enormemente equívoca es el sustantivo *espíritu y su* correlativo *espiritual.* A lo largo de la historia del pensamiento *estos términos han sido, y son en parte todavía, usados en varios sentidos y dentro de muy diversos contextos,* por lo cual *podría preguntarse si no sería mejor desterrarlos.* No obstante, y a falta de otros mejores para describir con la mayor universalidad semántica posible el ámbito de lo genuinamente humano, sin llegar a identificarlo en principio con las diversas manifestaciones religiosas que de él brotan, trataremos de precisar al máximo su alcance y peculiaridad.

• *El ser humano comparte, a su modo propio, con el resto de los seres vivos, la dimensión biológica y, en éstos aparecen, con un alcance mayor o menor según los casos, ciertos aspectos de las dimensiones humanas psíquica y social; pero la dimensión espiritual es propia y* ***exclusiva*** *del ser humano; es lo que le constituye específicamente como humana*

Por ello, una asistencia espiritual sabiamente concebida y competentemente realizada es—debe ser—el máximo exponente, aunque no él único, de que el conjunto de la asistencia al enfermo terminal en el que aquélla se integre, trasciende el ámbito de la patología animal y responde a una patología considerada, a todos los efectos, como verdaderamente humana.

• *El ámbito o dimensión espiritual consiste y se expresa en las dos cualidades y capacidades trascendentes —diversas pero complementarias—de los seres humanos: la búsqueda de su realización, en tanto que seres humanos* ***trascendencia ética);*** *y la búsqueda del fundamento y sentido de la propia vida* ***(trascendencia religiosa).***

Para intentar precisar el alcance, significado y contenido de los términos *espíritu y espiritual,* hemos buscado entre sus líneas históricas de interpretación una, cuya aplicación permita expresar la universalidad de esta cualidad humana; y nos hemos decidido por aquélla en la que ambos términos son *sinónimos—y* por tanto intercambiables—de los de

trascendencia y trascendente, en el sentido que ambos han sido usados por diversas tendencias de la filosofía occidental, y más en concreto cristiana, en cuanto opuestos a *inmanencia* e *inmanente7,* a lo *meramente natural y dado.* Queden así, de momento, estos asertos, a la espera de precisarlos con más detalle en otro lugar y circunstancia.

Llamamos, pues, *trascendencia o espiritualidad* a la cualidad—exclusiva del ser humano—de *ir más allá de sí mismo* a la búsqueda de su realización y fundamento. Desde esta perspectiva, todo ser humano es trascendente, o espiritual, independientemente del nombre o apellido que ponga a los desarrollos concretos de esta cualidad en su persona.

En tal perspectiva, ni *moralidad* es lo contrario de *inmoralidad,* ni *espiritualidad* es lo contrario de *materialismo.* La trascendencia o espiritualidad, en cuanto cualidad distintiva de lo humano, se sitúa más allá de las formas concretas en que luego las conciben y asumen los individuos y los grupos humanos. Y es justo esta perspectiva cualitativa la que nos permite—y nos obliga—a hablar de una trascendencia o espiritualidad humana sin excepciones y, por tanto, universalmente vinculante.

• *La intimidad es el espacio interior del ser humano en el que éste va fraguando el desarrollo de su espiritualidad, es decir, la realización de su capacidad trascendente, mediante el proceso de apropiación de su vida.*

Fue san Agustín el genial descubridor del *hombre interior.* Según él, la *intimidad* es una forma de *trascendencia de sí mismo,* precisamente para *ir hacia sí mismo.* A la intimidad han aludido poetas y pensadores con expresiones de gran fuerza significativa, tales como la *interior bodega o el más profundo centro del alma* de los que habla san Juan de la Cruz; o también el *fuero interno8,* centro impulsor de los actos morales. La intimidad es asimismo *subjetividad,* pero también *intersubjetividad,* pues trascenderse a sí mismo significa orientación hacia una realidad trascendente, sea ésta Dios, un reino de valores, un reino de verdades objetivas, etc. Y, por ser intersubjetividad, puede ser mostrada y ayudada pues implica capacidad de comunicación entre subjetividades diversas.

En una palabra, la intimidad es la fragua de la trascendencia o espiritualidad humana. Y fraguar la espiritualidad consiste en *hacer la propia vida* con vistas a su máxima apropiación; es decir, consiste en salir uno de sí mismo para ir precisamente a la conquista del *sí mismo* anhelado, pero aún no poseído. El término *apropiación,* con este significado, ha sido acuñado por X. Zubiri, y aplicado a la antropología médica por P. Laín Entralgo y D. Gracia Guillén.

• *Tal proceso de* apropiación *estriba fundamentalmente, por parte de cada persona, en la búsqueda, hallazgo e incorporación de un* ***sentido*** *cabal a las realidades que se fraguan en su intimidad es decir, a la idea de sí mismo, la libertad, la vocación (la genérica humana y la concreta de cada individuo), mediante las creencias, las esperanzas y los amores.*

Laín llama *hábitos de la persona que hacen posible la apropiación* a la *idea de sí mismo,* la *libertad y* la *vocación; y* llama *modos de poseer* (el ser humano) su *realidad y la realidad* (exterior a él) a las *creencias,* las *esperanzas y los amores* de los que aquél se va apropiando (así como de sus contrarios: increencias, desesperanzas y odios). Tales son las realidades que en la intimidad, fragua espiritual de todo ser humano, van tomando forma personal, es decir, única e irrepetible, y de las que aquél tiene que responder durante toda su vida, mientras su conciencia esté despierta. Y cabe añadir que, como afirma V. Frankl, la sanación se produce mediante el hallazgo del *sentido* de la salud, de la enfermedad y de la vida misma; y que el ser humano no se destruye por el sufrimiento, sino por sufrir sin sentido. Por lo cual, creemos que es forzoso concluir con la proposición siguiente.

• *Sin prestar a estas realidades y a las necesidades que dimanan de ellas la atención que merecen, la asistencia al enfermo terminal y a quienes le cuidan no merece el calificativo de humana y por tanto, queda gravemente amputada y desnaturalizada.*

Fase terminal

La tercera expresión, cuyo alcance, significado y contenido hay que tratar de precisar al máximo, es la *de fase* ter*minal; y* no tanto por la impresión que arrastra el intento de fijar su duración en la trayectoria concreta de cada enfermo que llega a ella, sino por el sentido y las resonancias *antropológicas* que encierra, las cuales no son tenidas suficientemente en cuenta.

• *Para todos quienes pasan por ella a lo largo de días, semanas o meses, la fase terminal—o* tiempo del morir— *es un periodo de la vida humana con características propias por la intensidad y radicalidad de sus vivencias y, por ello, parangonable con las demás fases con las que se describe la trayectoria vital de los seres humanos.*

Dentro del curso total de cada vida humana, desde el nacimiento hasta la muerte, los estudiosos han dado en distinguir unos periodos, de índole tanto biológica como biográfica, a los que se suele aludir con el nombre de *edades,* porque han visto que, sin menoscabo de la unidad y continuidad relativas de toda existencia personal, cada uno de tales periodos posee características propias y diferenciadas respecto de los otros. Y a tal objeto mencionan la infancia, la adolescencia, la juventud, la madurez y la senectud. Sin embargo, parecen haber pasado por alto el hecho de que, salvo que la muerte llegue a poco de nacer, o de modo repentino, o en medio de una situación duradera de coma profundo o grave deterioro mental, a cualquier ser humano le toca—en cualquiera de esas edades—experimentar ineludiblemente que *hay un tiempo de morir* 1l.

Que ese tiempo de morir sea, o no, una fase de la vida parangonable con las mencionadas es, en este caso, secundario. Lo decisivo es que, radicándose en cualquiera de ellas, presenta unas características que lo convierten en el último periodo del crecimiento o del deterioro humano, y así lo perciben—con mayor o menor, pero con una cierta claridad—tanto los enfermos a los que les llega tal tiempo, como sus cuidadores más cercanos. Por eso resulta tan extraño, para cualquier persona que vaya por la vida con los ojos abiertos, que la pedagogía actual le dedique una atención nula o inapreciable. Y por eso también, resulta tan difícil vivir y ayudar a vivir humanamente este tiempo, en el que definitivamente uno se juega la vida.

• *La fase terminal, cuando puede ser vivida humanamente, está marcada por algunas de las experiencias que Karl Jaspers ubicaba en las llamadas por él* situaciones límite, *en lo que Julián Marías denomina* el horizonte de las ultimidades, *o Rudolf Otto el ámbito de lo* numino*so (del* misterio tremendo y fascinante) . *SU adecuado tratamiento es decisivo para poder dar a la vida su acabamiento propio y satisfactorio.*

La posibilidad real de *vivir humanamente* la fase terminal, con el alcance que vamos dando a esta expresión, depende sobre todo de dos factores. Uno es la *situación biográfica* del propio enfermo terminal, en cuanto que el rumbo que éste fue dando a su vida anterior no haya deteriorado su *mundo espiritual* hasta el punto de convertirse en lo que H. Marcuse llamó *el hombre unidimensional.*

• (Se requiere un compromiso especial. una relación interpersonal y continuada).

Tal situación no es hoy, por desgracia, insólita y quienes practicamos en primera línea la asistencia a enfermos terminales nos encontramos alguna vez con personas que, a fuerza de claudicar reiteradamente ante la responsabilidad de *hacer su vida,* acaban sufriendo una *caquexia espiritual* prácticamente irreversible. Tales son algunos de los enfermos terminales que se niegan en rotundo a ser informados de su estado patológico extremo.

Sin embargo, una amplia mayoría de enfermos en fase terminal presentan, al menos, una *predisposición* a situarse responsablemente frente a su íntimo mundo espiritual, y así lo manifiestan, siempre y cuando encuentren ante ellos un interlocutor adecuado. De otra forma, vivirán solos, en *su fuero interno,* la zozobra de enfrentarse con sus interrogantes y responsabilidades espirituales, porque no se les ofrece ayuda en la forma idónea a tal menester, o porque no se les ofrece sin más. Por tanto, el segundo factor decisivo para poder *vivir humanamente* la fase terminal no depende ya del enfermo sino del ambiente concreto que le rodea, y en el que hay que incluir desde la ausencia de dolores gravemente perturbadores hasta el grado de competente sensibilidad y receptividad de quienes lo cuidan.

Cuando estos dos factores se conjugan favorablemente, la fase terminal de una enfermedad puede ser vivida como *el último escenario del crecimiento humano (the final stage of growth),* en feliz expresión de E. Kubler-Ross4, y quien pasa por ella es capaz de enfrentarse con sus interrogantes y responsabilidades *espirituales, y* dar a su ser trascendente la postrera oportunidad de *apropiación.* Viviendo con suficiente lucidez esa situación límite, y colocándose ante el enigma o misterio de su persona y existencia, muchos enfermos terminales podrán, de la mano de sus creencias, esperanzas y amores, dar cumplida y serena respuesta a la idea de sí mismo, a su libertad y a su vocación (como quedó ya expresado en el apunte a la proposición VII); en otras palabras, podrán responder con justeza a los que Kant consideraba los cuatro interrogantes fundamentales de todo ser humano: (Al *término de mi vida) ¿qué puedo saber? ¿qué debo hacer? ¿qué me cabe esperar? ¿quién soy?.*

LA PRACTICA ACTUAL DE LA ASISTENCIA ESPIRITUAL A LOS ENFERMOS TERMINALES

• *Actualmente, en el mundo de la asistencia sanitaria predomina una identificación confusa e inexacta entre lo espiritual, lo religioso, lo cristiano y lo católico, fruto en gran medida del bajo nivel de cultura existente hoy en dicho mundo y a este respecto.*

El divorcio entre medicina y religión mencionado al comienzo de este escrito lo sufrimos en España—aunque no sólo en

ella—de forma aguda y crónica a la vez, desde hace varias generaciones. A él contribuyen aquí diversas causas entre las que cabe señalar (aparte de las indicadas en la nota 1) la influencia de la confesionalidad del Estado durante casi cuarenta años, la cual indujo a muchos a identificar sin más *lo espiritual y lo religioso* con *lo católico;* la frecuente falta de calidad en la misma enseñanza de *la religión* impartida en las facultades de medicina, y en las escuelas de enfermería y de otras profesiones sanitarias, dentro de ese mismo periodo; y también, por qué no decirlo, la pereza cultural enquistada en un ambiente mucho más encandilado por las novedades científicas y tecnológicas que por la reflexión fundamentadora de *lo humano,* reflexión a veces árida pero siempre necesaria y fecunda *a posteriori.*

Con tales premisas era poco menos que inevitable llegar a la paradójica situación actual, en la que el mimetismo por estar a la altura científico-técnica de *los países más avanzados,* no se corresponde con la seriedad con que en alguno de esos países—al igual que en España—se reflexiona sobre la incidencia y función de la espiritualidad en la asistencia a los enfermos terminales.

Otra dificultad complementaria ha sido la reducción creciente del *ars moriendi* cristiano tradicional, con todas sus connotaciones de hondo sentido de fe y de expresividad litúrgica, a una *administración* meramente ritual en muchos casos. Aunque la visión histórica que de él ofrecen eminentes investigadores tales como, por ejemplo, Ph. Aries peca a veces de idealizaciones exageradas, no cabe duda de que, incluso en el seno de la Iglesia Católica, se ha producido una regresión a este respecto que hoy, justo es también decirlo, se procura superar con decisión y ansias de buen hacer.

REPLANTEAMIENTO DE LA ASISTENCIA ESPIRITUAL A LOS ENFERMOS TERMINALES

Tal como quedó ya esbozado al principio, este escrito pretende replantear dicha asistencia sobre unas bases que ayuden a superar las dificultades mencionadas hasta ahora. Dado su carácter preliminar y la forzosa brevedad del mismo, hay que reiterar aquí que tales bases van a ser sólo enunciadas, y comentadas muy brevemente a la espera de un adecuado desarrollo ulterior.

• *En una primera aproximación, cabe decir que hay una* ***espiritualidad no religiosa*** *(agnóstica, atea, supuestamente indiferente, etc.) minoritaria, pero en aumento; y una* ***espiritualidad religiosa,*** *que es la que asumen y practican la mayoría absoluta de los seres humanos que hoy viven en nuestro mundo.*

Hasta ahora, hemos tratado de ofrecer una concepción de la *cualidad* humana espiritual—y de las necesidades que dimanan de ella—que la muestran como aplicable y vinculante para todos los seres humanos, por ser la condición de posibilidad previa a la aparición de sus creencias o convicciones concretas, individuales o de grupo. Se trata ahora de mostrar cómo toda la amplísima variedad de éstas no impide atenderlas en cada caso concreto de forma respetuosa, pero también activa y personalizada, por parte de quien haya adquirido una sensibilidad y una preparación adecuada para ello.

Un primer apunte debe ser referido a la actitud general que suele adoptarse ante los enfermos terminales—y los cuidadores—que exhiben una espiritualidad no religiosa. En nombre del respeto a lo que se da en llamar *sus convicciones filosóficas,* estas personas sufren la mayor parte de las veces un involuntario pero deplorable agravio comparativo, respecto de quienes profesan una espiritualidad positiva y confesional; pues, mientras éstos pueden contar al menos con la ayuda del pastor correspondiente a su confesión religiosa, aquéllos tienen que arreglárselas por sí mismos en la mayoría de los casos. Por eso, hay que aclarar desde el principio que el respeto a la intimidad de las personas es una actitud tan noble y fundamental, que no puede ser tenida ni invocada como una excusa para el desentendimiento y la inacción. En nombre de las *convicciones filosóficas lo* que hay que saber es situarse en actitud de expectante ayuda ante quien las ostenta pues, la filosofía es, según atinada expresión de J. Marías 17, la *visión responsable,* el *saber a qué atenerse respecto a la situación real,* en este caso las exigencias del *tiempo de morir.*

• *Por su parte, la espiritualidad religiosa se concreta a veces en un* deísmo, *más o menos difuso, y otras veces —la mayoría— en forma de* ***espiritualidad confesional.***

En el itinerario espiritual que cada ser humano hace en busca de su apropiada realidad y del fundamento de la misma, los cuidadores directos de enfermos terminales podemos verificar a diario la afirmación tan bellamente formulada por León Felipe: *Para cada hombre guarda un rayo nuevo de luz el sol, y un camino virgen Dios. Y* nuestra experiencia nos dice también que la diversidad de creencias no tiene por qué ser óbice, salvo en casos muy excepcionales, para ayudar a quien lo necesita, y nos invite tácita o expresamente a ello, a hacer el último tramo espiritual de su vida. Lo que se necesita para abordar esta tarea es *amor operativo* a los humanos, predisposición a la escucha, carácter no impositivo y un nivel suficiente de cultura acerca de las confesiones religiosas de arraigo más universal.

• La espiritualidad confesional, a su vez, se concreta en diversas formas de espiritualidad históricas y actuales: cristiana (católica, protestante, ortodoxa), islámica, judaica, budista, hinduista, sintoísta, etc.

Constituye un tópico decir que en Occidente vivimos en sociedades aconfesionales. Tal afirmación es cierta si se hace mirando solamente a la neutralidad confesional de los Estados; pero, vistas las cosas desde la realidad socio-cultural, nuestras sociedades no son *aconfesionales* sino *pluriconfesionales* e *interconfesionales. Y* es sobre todo esta última perspectiva la que hay que tener en cuenta en la asistencia a los enfermos terminales. En las sociedades plurales, los principios de no ingerencia en asuntos de conciencia y de respeto a las divergencias deben ser complementados con la acentuación de las convergencias. Así lo exige el bien común (incluido el espiritual) hasta donde sea posible sin menoscabar el también necesario pluralismo.

• Todo enfermo terminal—o cuidador del mismo en el marco de la medicina paliativa—vive en una situación espiritual que puede ser clasificada, a grandes rasgos, dentro de una de las modalidades descritas y que, a la vez, es vivida de un modo personal, es decir, único e irrepetible. La responsabilidad de ayudarle en sus necesidades espirituales sólo puede ser cumplida si se poseen dos requisitos: un conocimiento básico de las diversas modalidades en que se realiza la vida espiritual y un entrenamiento en la relación de ayuda espiritual.

Una de las vertientes prácticas más importantes para impulsar la convergencia mencionada en el apunte anterior, debe ser la orientada hacia el fomento de la cualificación de los cuidadores en la ayuda espiritual a los enfermos terminales, incluidos quienes no pertenecen a la propia confesión religiosa, si por determinadas circunstancias —emigración, viajes, situación de refugiados políticos, buena sintonización personal, etc.— solicitan tal ayuda a quienes no son sus *correligionarios.* La adquisición de un suficiente grado de cultura religiosa pluriconfesional ha de ser mirado desde ahora como un auténtico factor de capacitación terapéutica.

• Todos los miembros del equipo de asistencia a enfermos terminales han de saber discernir qué necesidades espirituales del enfermo terminal, de sus familiares—o de ellos mismos—deben ser atendidas por el asistente pastoral y cuáles son susceptibles de serlo por cualquiera del resto de sus componentes, interpelados en su condición de seres humanos.

Sin duda que este ámbito del discernimiento es extremadamente sutil y complejo a la vez. Saber deslindar las necesidades espirituales presupone sensibilidad para detectarlas, habilidad para interrelacionarlas y voluntad para lograr que resulten satisfechas. Siguiendo el hilo de nuestro planteamiento, creemos que hay que preguntarse hasta dónde llega la responsabilidad moral que cada integrante del equipo asistencial debe asumir en este aspecto, y cuál debe ser el nivel básico de exigencia ética en cuanto a su cumplimiento. Creemos que no basta con *delegar* por sistema este cometido en el asistente pastoral *oficial,* pues el ejercicio de la beneficencia tiene que llamar siempre con fuerza a la conciencia de todos los cuidadores del enfermo terminal, incluidos los profesionales sanitarios.

• La asistencia ***pastoral*** *es el conjunto de ayudas que componen la asistencia espiritual inspirada en el mensaje cristiano, pero con talante ecuménico (respetuoso y abierto) con las convicciones no católicas o no cristianas. El asistente pastoral es—debe ser—primero un* experto en lo intangible, y *luego un* especialista en asistencia pastoral católica.

La asistencia espiritual *en profundidad,* requiere la mayoría de las veces, antes o después, directa o indirectamente, la intervención o la consulta *profesional* a quien se ha especializado en ella, el asistente pastoral. Éste —que será casi siempre un sacerdote, aunque puede no serlo— ha de saber conjugar su sentido de universalidad en el tratamiento de las necesidades espirituales de cualquier ser humano que acuda libremente a él, con la fidelidad clara y abierta a sus convicciones de fe. Correlativamente ha de encontrar en los demás miembros del equipo multidisciplinar una comprensión y un apoyo decididos —sin prejuicios ante su índole confesional— a estas dos vertientes de su labor. Pues a él le toca personificar con madurez tanto la comprensión universal de la espiritualidad como la adecuación en la asistencia a la forma individual en que aquélla se realiza en cada ser humano.

PROGRAMA DE FORMACION EN ASISTENCIA ESPIRITUAL, EN EL MARCO DE LA MEDICINA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Presentado al Comité Directivo de la SECPAL, en la reunión de Zaragoza, el 12 de noviembre de 1994, como primer documento de trabajo para la elaboración del programa completo de formación de Medicina y Cuidados Paliativos.

JESUS CONDE HERRANZ

I . ***Medicina, espiritualidad y religión:*** pasado, presente y perspectivas de futuro.

2. ***Precisiones terminológicas y conceptuales:***

2.1. En cuento a la comprensión e implicaciones de la asistencia.

2.2. Acerca de la espiritualidad y la religión.

2.3. Acerca del *morir y sus* implicaciones antropológicas y asistenciales.

3. ***La asistencia espiritual en el conjunto de la asistencia a los enfermos terminales y a sus cuidadores.***

3.1. Asistencia espiritual y asistencia biológica.

3.2. Asistencia espiritual y asistencia psicológica.

3.3. Asistencia espiritual y asistencia social.

3.4. Propuestas teóricas y operativas para una asistencia multidisciplinar e integrada.

4. ***Los destinatarios de la asistencia espiritual.***

4.1. El ser humano *entero* ante la muerte y el *morir, y sus* necesidades pluridimensionales: bases para una comprensión antropológica de la asistencia paliativa.

4.2. El enfermo terminal y sus necesidades espirituales.

4.3. Los cuidadores del enfermo terminal y sus necesidades espirituales:

• Los familiares.

• Los profesionales.

• El voluntariado.

5. ***Las tareas de la asistencia espiritual***

5.1. La oferta de respuesta al sentido de la vida y de la muerte.

• En una espiritualidad no religiosa.

• En una espiritualidad religiosa y confesional:

* Cristianismo. * Islamismo. * Judaísmo.

5.2. La *relación de ayuda* espiritual y pastoral: contenidos y metodología.

6. Los problemas éticos asociados a la espiritualidad y a la vivencia religiosa confesional.

Entendemos por asistencia la respuesta adecuada e integrada a la pluralidad de necesidades que muestra el enfermo terminal y quienes le cuidan

Se requiere un compromiso especial, una relación interpersonal y continuada para cuidar a esa persona a realizar su vida en la última etapa de la misma

En la vivencia de la enfermedad terminal, y en su asistencia, los seres humanos se realizan, o se deterioran, en la medida que puedan o no, satisfacer las necesidades que brotan de sus dimensiones biológica, psíquica, social y espiritual

La atención a la vivencia es importante en la fase terminal, es decisiva e ineludible, tanto para el enfermo como para quienes le asisten

La dimensión espiritual del enfermo terminal y de quienes le cuidan, tiene sus necesidades, a las que asistir en coordinación con la asistencia al resto de necesidades

La dimensión espiritual es propia y exclusiva del ser humano, que es lo que le constituye como humano

El ámbito espiritual consiste y se expresa en dos cualidades trascendentes: la trascendencia ética y la trascendencia religiosa

Dada la densidad humana implicada en la fase terminal de cualquier enfermedad es evidente que la asistencia no puede ser planteada en los mismos términos que la dirigida a otras situaciones

En nombre de las convicciones filosóficas lo que hay que saber es situarse en actitud expectante ayuda

La espiritualidad religiosa se concreta a veces en un deísmo, más o menos difuso y otras veces en forma de espiritualidad confesional

Llamamos trascendencia a la cualidad exclusiva del ser humano—de ir más allá de sí mismo

La intimidad es la fragua de la trascendencia o espiritualidad humana

La posibilidad real de vivir humanamente la fase terminal depende de la situación biográfica del propio enfermo y del ámbito concreto que le rodea

Cuando estos factores se conjugan favorablemente, la fase terminal de una enfermedad puede ser vivida como el último escenario del crecimiento humano

Todo enfermo terminal vive en una situación espiritual que es vivida de un modo personal único e irrepetible

La asistencia espiritual en profundidad requiere la intervención o consulta profesional de un asistente pastoral