



La contribución de la teología de los sentidos en la estimativa del cuidado del final de la vida en sociedades espiritualmente plurales

The Contribution of Theology of the Senses in the Estimation of End-of-Life Care in Spiritually Plural Societies



Autor

Roberto Noriega

Universidad de Deusto

E-mail: r.noriega@hotmail.es

 <https://orcid.org/0000-0001-5801-987X>



Resúmen

La persona que se enfrenta con el final de su vida tiene necesidades varias que deben ser satisfechas para un adecuado cuidado integral, que incluye la atención y el acompañamiento espiritual.

La evolución hacia sociedades espiritualmente plurales y las novedosas posibilidades existentes reclaman una actualización de la sensibilidad del acompañante respecto a la persona doliente que atiende.

La teología de los sentidos permite captar mejor la realidad del individuo enfermo y es una ayuda que puede ser incorporada en instrumentos que mejoren los estándares de evaluación cualitativa de la atención familiar o residencial.

Abstract

A person facing the end of their life has several needs that must be met for adequate comprehensive care which includes attention and spiritual accompaniment.

The evolution towards spiritually plural societies and the new existing possibilities demands an update of the sensitivity of the caregiver with respect to the sick person that they care for.

Theology of the senses makes it possible to better capture the reality of the patient and is an aid that can be incorporated into instruments that improve the standards of qualitative evaluation for family or residential care.

Key words

Teología de los sentidos; atención integral; cuidado espiritual.

Theology of the senses; integral attention; spiritual care.

Fechas

Recibido: 29/05/2022. Aceptado: 03/09/2022



1. Introducción

La especial urdimbre de la persona provoca que el impacto de la enfermedad en el individuo sea integral, afectando a sus dimensiones existencial, social, emocional, espiritual y religiosa ampliando enormemente la capacidad de provocar dolor y sufrimiento dificultando su atención y cuidado. En ocasiones, las causas de las enfermedades no son físicas, sino que responden a una psicomatización combinando elementos variados no siempre fáciles de detectar.

En ocasiones, las causas de las enfermedades no son físicas, sino que responden a una psicomatización combinando elementos variados no siempre fáciles de detectar

Algunos autores han incidido en la ruptura que provoca la dolencia en el interior de la persona, a partir de la sensación de tener un cuerpo que por estar herido es un obstáculo que impide la realización de una plenitud y felicidad mayor, y que se rechaza y no se comprende. En esta línea se habla de una triple ruptura (Giménez, 2005, pp. 37-44):

- Ruptura en el equilibrio de las funciones internas del organismo. La enfermedad quiebra las relaciones entre lo biológico y lo psíquico, entre el sujeto y el medio.
- Ruptura en el destino. La enfermedad perturba de forma implacable el curso del tiempo pudiendo modificar la propia conciencia.
- Ruptura en el sentido de las cosas y de la vida. Si persiste en el tiempo o aproximando a los momentos finales de la vida la enfermedad modifica las perspectivas fundamentales del individuo.

Respecto al final de la vida, hace tiempo que Kübler-Ross (1993) señaló esta interacción entre lo psicológico-espiritual al detallar el proceso que pasa desde la negación hasta la aceptación al final de la vida. Por su particular, la ampliación de las posibilidades en las últimas atenciones y la actualización de la reflexión sobre la pastoral sanitaria (Di Menna, 2009), que en América Latina y el Caribe tiene sus peculiaridades (Tarrarán, 2009), se deriva el impulso de una sensibilidad ajustada a las condiciones actuales.

Siendo esto así, en este trabajo se pretenden dos objetivos:

- a) Remarcar la importancia de la atención espiritual/religiosa al final de la vida en sociedades de pluralismo religioso y;
- b) Señalar la necesidad de una estimativa ajustada a dichos momentos, tanto para los acompañantes en el seno de la familia o en ámbitos residenciales, sugerida a partir de la teología de los sentidos.

Se utilizarán textos y documentos para situar la importancia de la atención espiritual, enmarcándola brevemente en la tradición cristiana y resaltando las condiciones actuales que exigen una renovación del cuidado espiritual.

La propuesta de mejorar la estimativa se realiza —en la segunda parte— a partir de la narrativa metafórica de los sentidos, advirtiendo las posibilidades que ofrece cada uno de ellos para la aprehensión de las condiciones espirituales de los pacientes (puestas



en valor junto a textos bíblicos), que sirven para identificar las competencias sobre las que evaluar las acciones virtuosas de los cuidadores.

La persona enferma, cuyas condiciones la sitúan frente a la posibilidad de una vida interrumpida y concluida, se enfrenta a preguntas cuyas respuestas no dependen solamente de los analgésicos que la liberan del sufrimiento físico

Vaya por delante que, al hablar de estimativa, no nos referimos tanto a una estimativa de los valores objetivos y las normas subyacentes a un juicio moral, sino al aprecio, a la captación, a la aproximación a las circunstancias que maneja la conciencia del enfermo o de su cuidador. Con los enormes cambios —técnico/terapéuticos, culturales, religiosos...— sucedidos en pocos decenios en una realidad muy plural se debe evolucionar en la estima moral para responder a la sensibilidad del enfermo. Inicialmente es preciso aproximarse a la realidad de su sufrimiento, captar con precisión la situación espiritual en la que se encuentra, para aplicar —en un segundo momento— los valores y las normas morales en juego a partir de un discernimiento certero (Vidal, 1996, pp. 101-103).

2. Espacio de la atención espiritual en el mundo de la salud y al final de la vida

La atención a las dimensiones espirituales y a sus concreciones religiosas deberían aportar cauces de mejora de la atención integral a las personas en situaciones de dolor y sufrimiento y del cuidado de las enfermedades que se hacen presentes al final de la vida. La persona enferma, cuyas condiciones la sitúan frente a la posibilidad de una vida interrumpida y concluida, se enfrenta a preguntas cuyas respuestas no dependen solamente de los analgésicos que la liberan del sufrimiento físico. Para superar el sufrimiento moral, la angustia del sentido ante la presencia del final, hace falta prestar atención a las dimensiones espirituales por medio de un acompañamiento particular definido como una *relación pastoral de ayuda* (Sampaio, 2011, p. 201).

No es descabellado establecer esta relación de cuidado exhaustivo a la especial situación del enfermo que enfrenta el crepúsculo de su vida en distintos ámbitos —hogar propio o residencia— respondiendo a exigencias de calidad.

Esta intuición que fundamenta las labores de los ministros religiosos es reconocida ampliamente en documentos sanitarios (Puchalski et al., 2011) y legislativos que incluyen la asistencia espiritual y religiosa en las instituciones de salud. Un decreto ley portugués se refiere a esta atención afirmando que “es una necesidad esencial, con efectos relevantes en la relación con el sufrimiento o la enfermedad, contribuyendo para la calidad de los cuidados prestados”¹.

Las novedosas situaciones actuales presentan exigencias en el cuidado espiritual que debe asumir con otro tipo de cuidados las competencias necesarias para responder

1 Decreto-lei n.º 253/2009 de 23 de setembro para aprovar o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde: Diário da República, 1.ª série, 185 (23 de setembro de 2009) 6794-6798. <https://dre.tretas.org/dre/260997/decreto-lei-253-2009-de-23-de-setembro#anexos> (consulta abril del 2022)



Hace falta un discernimiento afinado en situaciones en las que la vida se entrelaza enmarañadamente con la muerte

bien a la atención debida en la ancianidad desde el respeto de la persona y su intimidad. Las respuestas impersonales y los tópicos prefabricados no parecen responder —al menos desde el punto de vista católico— al desafío de “dar sentido evangélico a la enfermedad” (Pontificio Consejo, 2017, p. 137) entendido dicho desafío como respuesta a las necesidades auténticas de todo individuo y no en clave estrictamente confesional.

Hace falta un discernimiento afinado en situaciones en las que la vida se entrelaza enmarañadamente con la muerte. La multitud de valores en juego y de perspectivas vitales, filosóficas y religiosas existentes, piden actitudes dialogantes y promotoras de humanización, que se preocupen por los sentimientos y canalicen las mociones espirituales del enfermo, las de sus familiares y los profesionales (Marsh, 2016). Que los acompañen para tomar decisiones en virtud de sus valores y creencias desde el respeto por la dignidad de la persona que culmina su vida.

2.1. Origen e historia de la atención religiosa de los cristianos

Los fundamentos teológicos de la atención especialmente cristiana, enmarcada dentro de la acción de la pastoral de la salud, que ha dado continuidad a la clásica pastoral de enfermos (García Férrez, 2001), se sostienen en las orientaciones de Jesús de Nazaret.

Las imágenes evangélicas leídas desde la teología parten de un Jesús de Nazaret que por un lado cura él mismo (Hch 10,37-39); por otro lado, envía a sus discípulos a curar (Lc 9,1-2; Mc 6,13); y, en un tercer momento, él mismo se identifica con los dolientes en el final de los tiempos (Mt 25,36). El resultado final es una acción circular en la que Cristo (médico) se cura a sí mismo (Cristo doliente).

En un principio, la acción sanadora de los cristianos se planteaba como la alternativa al cuidado de los médicos y el culto a los dioses, por la salvación traída por Jesucristo. Posteriormente toma caminos de institucionalización diocesana, surgen órdenes hospitalarias medievales y otras en la época renacentista ajustadas a la cobertura ofrecida por los Estados con una inclinación hacia la sacralización de la asistencia sanitaria. La acción voluntaria y organizada en las epidemias, el ministerio sociocaritativo de los diáconos, la construcción de hospitales, la investigación y transmisión de la medicina de Hipócrates y Galeno en los monasterios, las organizaciones laicales y órdenes religiosas con vocación hospitalaria son algunas de las iniciativas seguidas a lo largo de la historia por los hombres y mujeres seguidores de Jesús (Álvarez, 1996).

La asistencia sanitaria al ser asumida por los sistemas civiles obliga a repensar el espacio eclesial institucional en el mundo de la salud. Algunos datos permiten fijar mejor la presencia de la pastoral de la salud contemporánea: en 1985 se crea el Pontificio Consejo para la Salud y en 1992 comienza a celebrarse la Jornada Mundial del Enfermo. Se calcula que el 25% de los enfermos de AIDS son atendidos por agentes de la pastoral sanitaria, y en algunos lugares de África llega al 100%. La atención a los enfermos se justifica como un deber (Populorum Progressio, 17), destaca como una



virtud (Sollicitudo Rei Socialis, 40) y como un principio moral (Centesimus Annus, 10) de solidaridad (Velasco, 2012).

Se puede concluir este apartado señalando que a lo largo de la historia el cristianismo ha aportado al mundo de la salud, el cuidado en domicilio, la creación de hospitales —el primer hospital psiquiátrico del mundo denominado el Hospital de los Inocentes se funda en 1410 en Valencia de la mano del mercedario Joan Gilabert Jofré (López-Ibor, 2008)—, las condiciones igualitarias de trato, la incorporación de consuelo a la atención sanitaria, los cuidados a incurables y moribundos, la asistencia gratuita y la valoración de la convivencia/compasión con los enfermos. Y que ha sido el modelo evangélico del buen samaritano (Lc 10,25-37) el principal inspirador del cuidado a los enfermos, por su proceso de acercamiento al necesitado y su preocupación por el cuidado adecuado hasta la sanación (Brusco, 1996).

2.2. Dificultades en el acompañamiento espiritual al final de la vida

La pérdida de sensibilidad y la anestesia de los sentidos espirituales que no permiten distinguir bien entre el bien y el mal y dificultan captar el dolor del enfermo e identificar la responsabilidad de los que lo acompañan (Francisco, 2022b), son especialmente perjudiciales en los momentos del final de la vida debido a la combinación de datos de distintos niveles. La situación médica, los afectos personales, sus relaciones familiares

y sociales, los valores por los que el enfermo rige su propia vida, etc., adquieren combinaciones tan complejas, acentuadas por la inseguridad y la debilidad de la persona, que generan situaciones únicas que reivindican la máxima atención. Eso incluye un exquisito cuidado espiritual ajustado a los procesos intermitentes del paciente, en los que se juega la fidelidad a sus principios, la credibilidad de su proyecto de vida o la confirmación del horizonte de sentido de su biografía.

Eso incluye un exquisito cuidado espiritual ajustado a los procesos intermitentes del paciente, en los que se juega la fidelidad a sus principios, la credibilidad de su proyecto de vida o la confirmación del horizonte de sentido de su biografía

A este respecto, Pablo D'Ors en su librito *Sendino se muere* (2014) manifiesta algunos apuros experimentados en la atención espiritual a los enfermos, indicando la necesidad de una sensibilidad especial que pocas personas tienen de modo infuso, y que hay que cultivar. Acompañar el final conlleva un cuidado y un esmero particular para no hacer daño a los enfermos y a sus familias camuflado bajo la bata de la buena voluntad.

En la etapa final se trata de pensar y sentir la muerte (De la Torre, 2012), no desde la óptica del que acompaña, sino desde la del que advierte su presencia próxima. Por ello, en esa fase, la desarticulación entre las necesidades espirituales del enfermo y las condiciones de los cuidadores que lo rodean para responder a dichas exigencias pueden tener un doble origen.

- La presencia de bloqueos de tono laicista, familiares o institucionales, que impiden o no contribuyen a un acompañamiento adecuado de los pacientes, si se entiende que la relación con la Trascendencia es una cuestión privada que no necesariamen-



te se transforma en una pretensión pública. Dicha postura complica cubrir las atenciones integrales del enfermo fuera de los propios recursos interiores.

- Desde el ámbito religioso, la exclusividad, el radicalismo en planteamientos inválidos para apreciar la evolución psicológica y la oscilación sentimental de la persona atendida puede cristalizar en una atención espiritual deficitaria.

La necesaria especialización para acompañar el final de la vida en ámbitos familiares o institucionales exige no dar por supuesto su existencia en la mera formación técnica. Incluso los profesionales solicitados en esos momentos necesitan actualizarse en su labor para adquirir las competencias necesarias. Bermejo, buen conocedor de ello, apostilla: “los religiosos que ayudan a morir en paz necesitan más preparación” (Bermejo, 2016).

2.3. Problemas específicos y sus exigencias

La calidad de la asistencia no puede reducirse a una simple ritualización, aunque los ritos sean necesarios y significativos para la despedida y formen parte de un proceso que se va desarrollando desde el respeto a la voluntad-autonomía del enfermo

Las particularidades de cada enfermo y sus circunstancias complican la toma de decisiones adecuadas para su cuidado. La atención espiritual y religiosa plantea problemas específicos.

Apuntando hacia el sujeto de dicha atención, los espacios plurales muestran que la atención espiritual no es un jardín exclusivo de los capellanes (Bedoya, 2013). Aunque puedan tener una mayor responsabilidad, debido a su preparación, comparten con los componentes de los equipos de atención institucional o de los cuidadores familiares la preocupación por atender a esa tarea inserida dentro del cuidado integral, conscientes de que la calidad del servicio religioso/espiritual genera beneficios a los enfermos (Bermejo et al., 2013) y a las instituciones (De Vries et al., 2008, p. 10). En muchos lugares la responsabilidad es com-

partida por equipos de capellanía y atención espiritual y religiosa que integran diversidad de personas. Dichos equipos, iniciados debido al envejecimiento de los ministros ordenados, han sabido apreciar la riqueza de la conjunción de los ministerios laicales (Brusco, 2009).

La calidad de la asistencia no puede reducirse a una simple ritualización, —sacramentalización en el caso cristiano—, aunque los ritos sean necesarios y significativos para la despedida y formen parte de un proceso que se va desarrollando desde el respeto a la voluntad-autonomía del enfermo. Las exigencias espirituales se caracterizan por una mayor amplitud asimilada al devenir espiritual del paciente, al que probablemente no le sirvan discursos deshumanizadores en medio del dolor, sino presencias armoniosas, comprensivas, acogedoras, que actúen administrando las múltiples variables presentes (CDF, 2020, V, 5).

Para dar respuesta a dicha pretensión es posible señalar unas prioridades de la acción espiritual que, pensadas para los ancianos, pueden ser compartidas con las específicas de la atención pediátrica (Fitchett et al., 2011).



2.3.1. La exigencia de formarse para acompañar espiritualmente el ocaso

Los profesionales y especialistas en el final de la vida expresan la necesidad de prepararse adecuadamente adquiriendo las competencias útiles para acompañar al enfermo/anciano (Bermejo et al., 2012). Se incluye la formación del carácter ético (Mohrman, 2008). En él residen las cualidades para los acompañantes, los valores y habilidades y afectos específicos, que pueden y deben ser entrenadas para caminar hacia la despedida.

A los ministros religiosos, por su especialización, se les presenta una exigencia particular de realizar ese entrenamiento. Tras haber pasado las etapas de su formación inicial les corresponde ajustar dicha formación en los campos afines a su acción: psicológico, sacramental y espiritual, no reducida a fieles de su confesión, sino abierta a las necesidades de cualquier persona que la solicite (CDF, 2020, V, 10).

2.3.2. Atención a la situación particular

El diálogo acompañante-enfermo debe ser cuidadoso, desarrollando estrategias integradoras en la línea de la humanización sanitaria, que pasa por la percepción de los sentimientos que dan noticia de la situación física, psicológica, social y espiritual e interviene en la generación de confianza hacia el acompañante

El cuidado de una persona en el ocaso de su vida debe tener como centro focal de atención el propio paciente si se aspira a una atención que cumpla con los patrones de calidad (Berlinger, 2008).

Esta calidad se pone en situación de evaluación de modo fundamental en las visitas de acompañamiento. Su preparación aspira a reconocer las circunstancias que la hacen especial (Casera, 2009). Los detalles relacionados con la recogida de informaciones, el consentimiento y la confidencialidad se integran en la atención específicamente física y la espiritual/religiosa. El diálogo acompañante-enfermo debe ser cuidadoso, desarrollando estrategias integradoras en la línea de la humanización sanitaria, que pasa por la percepción de los sentimientos que dan noticia de la situación física, psicológica, social y espiritual e interviene en la generación de confianza hacia el acompañante. Hay que captar la expresión de las emociones del enfermo (Rodrigues, 2010, p. 4).

2.3.3. Tarea interdisciplinar

La atención completa a los enfermos/ancianos en el tramo final bajo esquemas de profesionalización pide la sintonía del equipo de atención en los distintos niveles de la información y el acompañamiento... en un equilibrio centrado en la persona sin perder la intimidad ni poner en juego la confidencialidad. De modo que permanecen las exigencias deontológicas respecto a las informaciones bio-psico-social-espirituales interrelacionadas.

La labor interdisciplinar huye del caos sincrético e irresponsable y respeta los ámbitos de intervención de cada profesional, de tal modo que para el cuidado espiritual va cre-



ciendo la figura del “experto o consejero espiritual” (Sanidad, 2014, pp. 29-30) dentro de un equipo de atención integral para elaborar un plan terapéutico de calidad valorando todas las necesidades.

3. Ampliando el horizonte desde la teología de los sentidos

Tras los pasos dados hasta aquí alcanzamos la cota de señalar cuán importante es desarrollar una estimativa apropiada para discernir las actuaciones y las orientaciones en el momento de acompañar espiritualmente el final de la vida.

La calidad en su cuidado está relacionada con la capacidad de captar y medir la situación de sus emociones para racionalizar proporcionalmente las estrategias y mediaciones.

Una de las complejidades existentes en la estimativa es el desarrollo de métodos de lectura que transformen el dato subjetivo en elementos objetivos útiles para su aprovechamiento terapéutico. La advertencia de mociones subjetivas ofrece materiales

La teología de los sentidos es heredera de la teología de los místicos al incorporar un saber basado en la experiencia de la persona en su totalidad y unicidad

captados por los sentidos que deben ser leídos de modo racional para abrazar lo universal (Mauri, 2005, p. 119). Aplicado a la espiritualidad parece necesario precisar más su significado, las exigencias de los pacientes y sus familiares y las repercusiones que ello tiene en la formación de los agentes pastorales (Fitchett, 2012, pp. 301-303).

En este paso es donde la teología de los sentidos (Mendonça, 2014) despliega todo su potencial para desarrollar estrategias de atención de calidad hacia los enfermos que se aprestan para despedir su vida en las más variadas situaciones espirituales.

La teología de los sentidos es heredera de la teología de los místicos al incorporar un saber basado en la experiencia de la persona en su totalidad y unicidad. Esa aproximación permite, por un lado, acercarse de un modo menos teórico y más envolvente a la persona que se encuentra con Dios, y expresar dicha relación con una fuerza narrativa que recoge intuiciones evangélicas profundas e identifica estados interiores inexplorados. Los sentidos ofrecen valiosas oportunidades de reflexión y expresión de lo natural y lo sobrenatural, como se puede comprobar en los escritos de santa Teresa de Jesús o san Juan de la Cruz, que cantan la Hermosura divina que cautiva el corazón humano.

También Agustín de Hipona intuye la íntima y extraña conexión entre el interior de la persona y el encuentro con Dios, gracias a los sentidos, expresándolo de la siguiente manera:

[...] ¿qué es lo que amo cuando yo te amo? No belleza de cuerpo ni hermosura de tiempo, no blancura de luz, tan amable a estos ojos terrenos; no dulces melodías de toda clase de cantilenas, no fragancia de flores, de ungüentos y de aromas; no manás ni mieles, no miembros gratos a los amplexos de la carne: nada de esto



amo cuando amo a mi Dios. Y, sin embargo, amo cierta luz, y cierta voz, y cierta fragancia, y cierto alimento, y cierto amplexo, cuando amo a mi Dios, luz, voz, fragancia, alimento y amplexo del hombre mío interior, donde resplandece a mi alma lo que no se consume comiendo, y se adhiere lo que la saciedad no separa. Esto es lo que amo cuando amo a mi Dios. (Confesiones, X, 6, 8)

Incorporar la teología de los sentidos es la opción de una antropología amplia que considera las dimensiones mental y emocional, las pasiones, la memoria, la capacidad de proyectar la vida en el futuro por medio de la imaginación, que articula la realidad del encuentro con el otro (como le sucede a la protagonista de la escena de Lc 7,37-50).

Sin rechazar un modelo de pensamiento lento, deliberativo y lógico, base de la ciencia y el pensamiento crítico, acepta un modo de pensar rápido, intuitivo, que incorpora las emociones, utilizado para la resolución de los asuntos corrientes

Asimismo, tiene en cuenta las dimensiones consciente e inconsciente de la persona, incorporando los valores éticos, estéticos y religiosos captados de modo particular por el varón y la mujer.

Las intuiciones que aporta la teología de los sentidos permiten ahondar la aproximación empática al paciente, captando los límites de la ciencia en la curación del sufrimiento refractario a los analgésicos, incorporando los síntomas de sus anhelos espirituales para responder más acertadamente con un plan terapéutico y del acompañamiento de la vejez (Francisco, 2022b) o de una biografía que termina. Sin rechazar un modelo de pensamiento lento, deliberativo y lógico, base de la ciencia y el pensamiento crítico (Kahneman, 2015), acepta un modo de pensar rápido, intuitivo, que incorpora las emociones, utilizado para la

resolución de los asuntos corrientes, pese a que incorpore errores y sesgos aceptables. La metáfora de lo sensorial permite expresarlo para conjurar los excesos del racionalismo, huyendo igualmente de los extremos emotivistas en los que entran el engaño y la falsa apariencia emocional de realidad.

Al poner los cinco sentidos en el cuidar se consigue una mejor comprensión de la realidad de la persona (McSherry, 2019) que se aproxima a lo trascendente desde los sentidos, “como puertas de acceso al mundo y como espacio de experiencia espiritual, nos abren la posibilidad de captar otras formas de vida, de una vida toda y compleja” (Espinosa, 2021, p. 199), con vistas a su objetivación con instrumentos de medida que puedan ser incluidos en la transformación de los sistemas sanitarios.

3.1. Tacto para aproximarse y tocar la fragilidad y manejar la angustia

El sentido del tacto es primordial en el aproximarse al que concluye su vida. Es básico para desarrollar la sensibilidad y conocer a las personas, y animar a los enfermos en su camino (1Re 19,7). Hay que aproximarse a ellos con tacto para captar los aspectos más relevantes de la esencia de la vida del que sufre (Gonzalo, 2019, pp. 368-369) huyendo del tedio de las buenas palabras.

Tacto para aproximarse del próximo (Castelblanque, 2008), para generar confianza al acompañarlo en sus decisiones vitales, para motivar en el desarrollo narrativo de su



historia y biografía, para salir de sí mismo y expresar sus preocupaciones y tocar la esperanza de la plenitud. La hemorroisa que toca a Jesús (Mc 5,25-34) o la pecadora pública (Lc 7,39) o el mismo Tomás (Jn 20,24-29) son figura de ello.

El sentido del tacto es primordial en el aproximarse al que concluye su vida. Es básico para desarrollar la sensibilidad y conocer a las personas, y animar a los enfermos en su camino

Hay que reaprender a tocar la fragilidad (Mendonça, 2014, pp. 80-81) sin objetivar el cuerpo, como el padre toca y abraza a su hijo que regresa (Lc 15,20), como Jesús toca al leproso (Lc 5,13).

Tacto para traducir los lenguajes (Weathers, 2019, pp. 7-8), para hacer razonables, comprensibles y por tanto creíbles sus propuestas. En esa tarea deben estar más implicadas las personas que trabajen la apertura a la Trascendencia como dimensión profunda de la humanidad, trasladando las categorías religiosas a categorías seculares haciendo atractiva su credibilidad abierta a la tolerancia y el respeto, fomentando la capacidad crítica y potenciando la reflexión (Alarcos, 2015, pp. 47-70).

La coherencia personal e institucional, que habilita la capacidad de recepción y la apertura, forma parte de la narratividad que genera la confianza y la sensibilidad para manejar la angustia (De la Torre, 2012, pp. 161-162), para acompañar hasta el adiós final.

3.2. La terapia del oftalmólogo

Un capellán resume así su trabajo: “De lo que se trata es de aprender a mirar” (D’Ors, 2013) para ver en la distancia los pensamientos (Sal 139,2-3) y captar sus necesidades como le sucede a Zaqueo con Jesús (Lc 19,1-9).

Para aproximarse y caminar junto a la persona que está despidiéndose de la vida hay que graduar la visión incorporando una perspectiva que le provoque la pregunta por el *integrum* del otro, cuestión esencial para la realización y éxito personal: “no es su autoconsciencia, sino su radical condición social, que le hace constituirse como una urdimbre solidaria y responsable” (Beorlegui, 2018, p. 424).

La mirada del ser humano bajo el único foco de los datos científicos reduce la verdad de lo humano y corre el riesgo de instrumentalizarlo oscureciendo el valor de la vida humana en la enfermedad (CDF, 2020, Introducción). La pérdida de visión de las ciencias positivas hace insuficiente una mirada meramente racional, pero forma parte de la mirada auténtica que aspira a una visión completa del ser humano y de sus tiempos en los que van apareciendo nuevos actores, nuevas perspectivas cuestionadoras.

Una buena mirada sobre el ser humano muriente permite captar lo novedoso –tal vez último– de la realidad de la persona. Acierta a ver los sufrimientos de la gente (Mendonça, 2014, p. 174), lo que provoca dolor, y advertir la luz para cuidar y aliviar sus angustias (Mc 8,22-26).

La mirada adecuada capta las faltas, los descuidos, las dimensiones que se han quedado fuera de la reflexión y para las que no se propone camino; las vulnerabilidades o deficiencias, y las personas que las sufren. La mirada del cuidador que mira en pro-



fundidad, supera las artimañas de la superficialidad y se asoma a la realidad de la persona, sintoniza los ojos con el corazón y se presenta compasiva ante la angustia (De la Torre, 2012, pp. 156-159). El documento *Samaritanus bonus* (CDF, 2020, I), se refiere a una mirada contemplativa capaz de acoger la realidad de la vida con sus ritmos (Francisco, 2022a), sus fatigas y sufrimientos, inspirada en la mirada al Crucificado. El acompañante samaritano aparece como un “corazón que ve” (CDF, 2020, III).

La mirada del cuidador que mira en profundidad, supera las artimañas de la superficialidad y se asoma a la realidad de la persona, sintoniza los ojos con el corazón y se presenta compasiva ante la angustia

La teología de la mirada invita a descubrir a los preferidos de Dios, a los últimos, a los desahuciados (Ex 3,9), a purificar los ojos para ver las necesidades más ocultas (Francisco, 2016, p. 16) con vistas a aplicarlo en la mejora de los sistemas sanitarios que no siempre observan a todos los usuarios con suficiente atención.

3.3. Afinar el oído para escuchar los clamores del pueblo

Sin llegar a la afirmación de que la música es la solución a los problemas actuales de este mundo (Prieto, 2019), la metáfora musical insiste en la importancia de educar el oído de tal modo que permita aproximarse a la verdad del ser humano, en situaciones propias de ambigüedad y en medio de mensajes contrapuestos (Gonzalo, 2019, pp. 370-371).

Las diversas escenas bíblicas de la curación de la sordera y la invitación para oír bien (Mt 11,15) antes que situaciones milagrosas son invitaciones para abrir los oídos con la pretensión de identificar silencios, olvidos y ecos indirectos de la persona cuya escasa voz —que está apagándose— apenas permite comprender. Afinar el sentido del oído para escuchar lo que asusta, lo que genera dudas e interpretar la angustia ante la muerte (De la Torre, 2012, pp. 159-161), que algunos individuos expresan en términos explícitamente religiosos íntimamente unidos a la escucha (Rom 10,17). Todo enfermo, todo anciano que ve aproximarse el final de su vida, tiene necesidad de gritar y sentir, como Job (Francisco, 2022c), que su protesta espiritual alcanza su objetivo y es escuchada y atendida por Dios.

El sentido del oído, purificado en clave institucional, ayuda a dejarse interpelar por los clamores de la humanidad sufriente, doliente, envejecida, que comprende la escucha como ejercicio de resistencia en un mundo que no oye los clamores de los que están a las puertas de la ciudad y no alcanzan a vivir su vida con dignidad (Mendonça, 2014, pp. 155-157), una vida verdaderamente humana (GS, 27). Se trata de confirmar la certeza que Moisés traslada al pueblo de Israel “he oído el clamor de mi pueblo” (Ex 3,7) antes de emprender su camino de liberación.

3.4. Un buen olfato de perfumista de la humanidad

Un buen sentido del olfato percibe que la ética siempre va a remolque de la vida, de las inquietudes del ser humano, de los problemas que genera la existencia, de las eleccio-



nes que se deben hacer en base a valores y normas todavía no dadas o no suficientemente asumidas o en proceso de renovación.

Mejorar una sensibilidad nasal hace posible captar desde una ecología antropocéntrica a los no integrados, percibir a los marginados que no existen, a los que no tienen quien los incorpore o los represente y defienda en las sociedades actuales

Se trata de identificar el perfume penetrante que se extiende por toda la casa (Jn 12,3), la esencia de la vida que huye y proponerla a los que prácticamente han abandonado su búsqueda en las postrimerías de su vida. Hay que apreciar las tendencias e inquietudes novedosas, las necesidades que van apareciendo, los modos de situar a la persona en el centro, como el novio y la novia del Cantar de los Cantares (Cant 4,10). Educar la pituitaria para percibir lo que no alcanzan a apreciar otros sentidos, lo que no se tematiza porque ni siquiera se ha identificado, lo que se desconoce, lo que ha sido integrado en la narrativa personal, lo que ha quedado fuera o se oculta bajo los miedos al sistema.

Mejorar una sensibilidad nasal hace posible captar desde una ecología antropocéntrica a los no integrados, percibir a los marginados que no existen, a los que no tienen quien los incorpore o los represente y defienda en las sociedades actuales. Del mismo modo que los perfumes en la antigüedad eran elemento esencial de la práctica de la hospitalidad como medios de acoger a los amigos que venían de fuera (Mendonça, 2014, pp. 121-124), se debe recuperar la perfumería para ampliar y favorecer la comensalidad (Boff, 2007), la incorporación de todos a la mesa (Sal 133,1-2) no por el aroma de la caridad, sino por el bálsamo de la justicia, que es la misericordia de Dios (Kasper, 2015, pp. 89-96).

3.5. Refinar el paladar en el gusto por lo humano

En un mundo de contrastes en el que, por un lado, está de moda el cultivo y estímulo de los paladares sibaritas de los *masterchefs* y los sumilleres, y por otro, se detecta la vulgaridad y la banalidad actual (Hidalgo, 2018) se hace preciso desarrollar el sentido del gusto entendido en el sentido humanista de saborear lo más apreciable del ser humano. Captar que realmente lo más estimable, lo más valioso, de lo que se puede disfrutar —en sentido agustiniano— son las personas. Apreciar lo que motiva a las personas a enfrentar su fin, lo agradable en su biografía, lo que da sentido a su vida que culmina, integrándolo con naturalidad sin ropajes de soberbias y orgullos innecesarios. Aquello que ayuda a morir en paz de espíritu, a entregar la vida ya vivida, la sal interior que da sabor a la propia vida (Mc 9,50) y que conforta desde la compasión y la esperanza (CDF, 2020, II).

Las papilas de este sentido establecen una relación amable con la realidad, llegando a extraer el sabor del dolor propio (Ez 3,3; Ap 10,10) y el de los demás (Mendonça, 2014, pp. 101-104). Están atentas a lo delicado de la persona, se adaptan a su sensibilidad aprecian sus valores, proponen con elegancia soluciones a problemas y cuestiones a veces dramáticas.

Refinar la delicadeza gustativa de los sistemas sanitarios, de los cuadros sanitarios, ofrece la posibilidad de saborear la dulzura de la vida en su fin (Sal 27,4). Incluso no



renuncia a inspirarse en la estética de clave religiosa cual manjar de Dios que es capaz de saciar todos los paladares (Sab 16,20-21), transformando la salida final de la vida en una despedida que adquiere el sabor de lo sagrado.

4. Para concluir

La antropología actual muestra la insuficiencia de las aproximaciones técnicas que descuidan la reflexión sobre la identidad de la persona y su peculiar vivencia especialmente al final de su vida, dificultando “hacerse cargo” de su dolencia (CDF, 2020, I). Los aportes de la inteligencia espiritual van más allá de las ciencias experimentales, ya que “impulsa a plantearnos interrogantes existenciales y a vivir experiencias que trascienden los límites habituales de los sentidos, que conectan con el fondo último de la realidad y que nos acercan al descubrimiento del verdadero potencial de cada uno” (Torralba, 2010, p. 27).

Ello ha propiciado que la reflexión bioética subsiguiente sobre acompañamiento integral a las personas que se enfrentan a su ocaso señale la dificultad de responder a los beneficios de incluir la dimensión espiritual del paciente debido a la falta de instrumentos de evaluación y la formación de los acompañantes.

La atención espiritual en los variados ámbitos familiares, comunitarios (Fundación Vivo Sano, 2020) o institucionales (residencias u hospitales) genera diversos tipos de necesidades y, ante el pluralismo religioso, están apareciendo vías diferentes de respuesta, como la profesionalización de los capellanes o la creación de equipos de atención espiritual centrados en las necesidades de la persona y abiertos a múltiples espiritualidades y confesiones.

Con ese panorama de fondo la teología de los sentidos ofrece un soporte estimable para captar y organizar las necesidades de los enfermos al final de su vida, cuya vulnerabilidad provoca la tentación de apropiarse de sus sentimientos. Dicha teología permite desarrollar instrumentos para la mejor expresión del pa-

ciente y su posterior atención, que serían útiles ante los cambios constantes de los sistemas sanitarios. Los modelos de atención que están desplegando variadas y novedosas estrategias digitales para mejorar la forma de trabajar y relacionarse con los enfermos/ancianos, tienen en la teología de los sentidos un aliado que ayuda a incorporar mejoras para la calidad asistencial en la que no se puede dejar de incluir las diferentes tácticas de cuidado espiritual.

La teología de los sentidos ofrece un soporte estimable para captar y organizar las necesidades de los enfermos al final de su vida, cuya vulnerabilidad provoca la tentación de apropiarse de sus sentimientos



Referencias

- Alarcos, F. J. (2015). *Ética para seducir. Cinco vías para hacer creíble la ética cristiana* (Biblioteca Herder). Herder.
- Álvarez Gómez, J. (1996). La asistencia a los enfermos en la historia de la Iglesia. *Dolentium Hominum*, 31, 45-47.
- Bedoya, J. G. (2013, 7 de abril). El jardín de los capellanes. *El País*. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/04/06/actualidad/1365272268_028321.html
- Beorlegui, C. (2018). *Humanos. Entre lo prehumano y lo pos- o transhumano* (Ciencia y religión 14). Sal Terrae / Universidad Pontificia Comillas.
- Berlinger, N. (2008). The Nature of Chaplaincy and the Goals of QI: Patient-Centered Care as Professional Responsibility. *The Hasting Center Report*, 38,16-19. <https://doi.org/10.1353/hcr.0.0083>
- Bermejo, J. C. (2016, 4 de marzo). Los religiosos que ayudan a morir en paz necesitan más preparación. *Religion Confidencial*. <https://religion.elconfidencialdigital.com/articulo/solidaridad/Conferencia-Espanola-Religiosos-organiza-significado/20160302203003014667.html>
- Bermejo, J. C., Lozano, B., Villacieros, M. y Carabias, R. (2012). Opinión de los profesionales de cuidados paliativos sobre la atención espiritual. *Ética de los Cuidados*, 5(10). <http://www.index-f.com/eticuidado/n10/et8040.php>
- Bermejo, J. C., Lozano, B., Villacieros, M. y Gil, M. (2013). Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. *Medicina Paliativa*, 20(3), 93-102. <https://doi.org/10.1016/j.medi-pa.2012.05.004>
- Boff, L. (2007). *Virtudes para otro mundo posible III. Comer y beber juntos, y vivir en paz* (El Pozo de Siquém 212). Sal Terrae.
- Brusco, A. (2009). Capellanía hospitalaria. En J. C. Bermejo y F. Álvarez (dirs.), *Diccionario de pastoral de la salud y bioética* (pp. 191-195). San Pablo.
- Brusco, A. (1996). El modelo del Buen Samaritano en la historia de la asistencia hospitalaria. *Dolentium Hominum*, 31, 206-210.
- Casera, D. (2009). Visita al enfermo. En J. C. Bermejo y F. Álvarez (dirs.), *Diccionario de pastoral de la salud y bioética* (pp. 1861-1865). San Pablo.
- Castelblanque, J. M. (2008, 30 de mayo). La gratificante labor de los médicos del alma. *Vida Nueva* <https://www.vidanuevadigital.com/2008/05/30/la-gratificante-labor-de-los-medicos-del-alma/>
- Comisión Episcopal de Pastoral. (1986). *La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales*. CEE.
- Congregación para el Clero. (2011). *El sacerdote confesor y director espiritual*. BAC.
- Congregación para la Doctrina de la Fe. (2020). Carta *Samaritanus Bonus* sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida, Roma 14 de julio del 2020.
- D'Ors, P. (2013). Mi experiencia como capellán de hospital. *Labor Hospitalaria*, 305, 126-127.
- D'Ors, P. (2014). *Sendino se muere* (Fragmentos 11). Fragmenta Editorial.



- Espinosa, J. P. (2021). Espiritualidad de los sentidos en los relatos de la ciudad. *Cuestiones Teológicas*, 48(110), 193-206. <https://doi.org/10.18566/cueteo.v48n110.a01>
- Fitchett, G., Lyndes, K. A., Cadge, W., Berlinger, N., Flanagan, E. y Misasi, J. (2011). The Role of Professional Chaplains on Pediatric Palliative Care Teams: Perspectives from Physicians and Chaplains. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), 704-707. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0523>
- Fitchett, G. (2012). Next steps for spiritual assessment in healthcare. En Mark Cobb, Christina M. Puchalski y Bruce Rumbold (eds.), *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare* (pp. 299-306). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199571390.003.0042>
- Francisco. (2016). Carta Apostólica *Misericordia et misera*, al concluir el jubileo extraordinario de la misericordia. https://www.vatican.va/content/francesco/es/apost_letters/documents/papa-francesco-lettera-ap_20161120_misericordia-et-misera.html
- Francisco. (2022a). Catequesis sobre la vejez 2. *La longevidad: símbolo y oportunidad*, Audiencia general, 2 de marzo de 2022 <https://www.vatican.va/content/francesco/es/audiencias/2022/documents/20220302-udienza-generale.html>
- Francisco. (2022b). Catequesis sobre la vejez 5. *La fidelidad a la visita de Dios para la generación que viene*, Audiencia general, 30 de marzo de 2022. <https://www.vatican.va/content/francesco/es/audiencias/2022/documents/20220330-udienza-generale.html>
- Francisco. (2022c). Catequesis sobre la vejez 10. *Job. La prueba de la fe, la bendición de la espera*, Audiencia general, 18 de mayo de 2022. <https://www.vatican.va/content/francesco/es/audiencias/2022/documents/20220518-udienza-generale.html>
- Fundación Vivo Sano. (2020). *Comunidades compasivas al final de la vida*. Monografías Secpal.
- García Férez, J. (2001). Acompañamiento pastoral a los enfermos terminales. *Corintios XIII*, (99), 331-355.
- Giménez, M. (2005). *La sanación espiritual. El sentido de la enfermedad*. PPC.
- Gonzalo, L. A. (2019). *El fenómeno comunitario de la vida consagrada. Hacia un nuevo paradigma de reorganización*. Perpetuo Socorro.
- Hidalgo, M. (2018, 11 de mayo). La banalidad. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/opinion/2018/05/11/5af47697468aebb80b8b4683.html>
- Kahneman, D. (2015). *Pensar rápido, pensar despacio*. Debate.
- Kasper, W. (2015). *La misericordia. Clave del Evangelio y de la vida cristiana* (Presencia teológica). Sal Terrae.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo.
- López-Ibor, J. J. (2008). La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, (36), 1-9.
- Marsh, H. (2016). *Ante todo no hagas daño*. Salamandra.
- Mauri, M. (2005). *El conocimiento moral. Shaftesbury, Hutcheson, Hume, Smith, Brentano, Scheler, Santo Tomás*. Rialp.
- Mcsherry, W., Ross, L., Balthip, K., Ross, N. y Young, S. (2019). Spiritual Assessment in Healthcare: An Overview of Comprehensive, Sensitive Approaches to Spiritual Assessment for Use Within the Interdisciplinary Healthcare Team. En Fiona Timmins y Sílvia Caldeira (eds.), *Spirituality in Healthcare: Perspectives for Innovative Practice*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-04420-6_3



- Menna, R. di. (2009). Pastoral de la salud. Historia, conceptos, ámbitos. En José Carlos Bermejo y Francisco Álvarez (dirs.), *Diccionario de pastoral de la salud y bioética* (pp. 1258-1274). San Pablo.
- Mendonça, J. T. (2014). *A mística do instante. O tempo e a promessa* (Poéticas do viver crente. Serie JTM). Paulinas.
- Mohrmann, M. E. (2008). Ethical Grounding for a Profession of Hospital Chaplaincy. *The Hasting Center Report*, (38), 4-9. <https://doi.org/10.1353/hcr.0.0080>
- Pastoral de la Salud. (1993). *Acompañamiento humano y sacramental* (Dossier CPL 60). CPL.
- Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios (Para la Pastoral de la Salud). (2017). *Nueva Carta de los Agentes Sanitarios*. Sal Terrae.
- Prieto, D. (2019, 26 de noviembre). Entrevista a Javier Camarena. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/cultura/musica/2019/11/26/5ddc1156fdddff017e8b4598.html>
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K. y Sulmasy, D. (2011). La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Medicina Paliativa*, 18(1), 20-40. [https://doi.org/10.1016/S1134-248X\(11\)70006-4](https://doi.org/10.1016/S1134-248X(11)70006-4)
- Rodrigues, A. M. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida - familia y/o persona significativa. *Enfermería global*, (18), 1-9. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412010000100022>
- Sampaio, F. (2011). *Relação Pastoral de Ajuda. Boas práticas no acompanhamento espiritual de doentes*. Universidade Católica de Lisboa.
- Sanidad. (2014). *Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención*. Ministerio de Sanidad de España. Servicios Sociales e Igualdad.
- Tarrarán, A. (2009). Pastoral de la salud en América Latina y el Caribe. En José Carlos Bermejo y Francisco Álvarez (dirs.), *Diccionario de pastoral de la salud y bioética* (pp. 1258-1283). San Pablo.
- Torralba, F. (2013). *Inteligencia espiritual*. Plataforma.
- Torre, J. de la. (2012). *Pensar y sentir la muerte. El arte del buen morir* (Bioética básica). Universidad Pontificia Comillas - San Pablo.
- Velasco, J. M. de. (2012). La atención y el cuidado del ser humano doliente desde el horizonte de la bioética: la solidaridad cristiana. En Javier de la Torre (ed.), *Salud, justicia y recursos limitados* (pp. 131-155). Universidad Pontificia Comillas.
- Vidal, M. (1996). *La estimativa moral. Propuestas para la educación ética*. PPC.
- Vries, R. de, Berlinger, N. y Cadge, W. (2008). Lost in Translation: The Chaplain's Role in Health Care. *The Hasting Center Report* 38, 23-27. <https://doi.org/10.1353/hcr.0.0081>
- Weathers, E. (2019). What is Spirituality? En Fiona Timmins y Sílvia Caldeira (eds.), *Spirituality in Healthcare: Perspectives for Innovative Practice*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-04420-6_1