

El trato integral del enfermo hospitalizado: derecho a la atención espiritual*

Miguel Angel Monge**

Asistimos hoy a un notable progreso de la medicina y de la cirugía, de los métodos diagnósticos y terapéuticos, etc. Sin embargo, a pesar de tantos medios técnicos, accesibles a todos los usuarios de los servicios de salud, paradójicamente observamos que se reclama con insistencia un trato más humano de la persona enferma y son cada vez más las voces que se alzan en favor de lo que se ha dado a llamar "humanización de la medicina"^{1,2}. Lo cual parece indicar que se está perdiendo, o al menos, deteriorando, la dimensión humana del quehacer médico, quizá porque falta una óptica totalizadora y que abarque la plenitud de la persona enferma³.

El presente trabajo pretende analizar esta cuestión, señalando un aspecto concreto: cuál es el papel de la ayuda espiritual y cómo ésta ayuda —por parte no sólo del sacerdote sino también del personal sanitario que participe de un sentido trascendente de la vida— puede contribuir eficazmente a esa deseada humanización de la medicina.

En la enfermedad se altera todo el hombre

El hombre, cuando enferma, sigue siendo persona humana. Su ingreso en un centro sanitario no le convierte en un simple número de una historia clínica (el ulceroso, el cardiópata, el metastásico...). Por el hecho de enfermar no pierde su identidad personal, ni su capacidad de respuesta frente a la vida: no deja de ser "alguien" para convertirse en "algo".

Es claro que, por ser el hombre una unidad psicofísica, al enfermar se resiente todo él. La enfermedad no solo afecta al cuerpo sino a la persona en su totalidad: en cierto modo, enferma todo el hombre (aunque debe advertirse que el alma no enferma, lo que enferma es el ánimo, como señala López-Ibor). Recuerda el Papa Juan Pablo II que la enfermedad y el dolor "no son experiencias que afectan exclusivamente a la condición

corporal del hombre, sino a todo el hombre en su integridad y en su unidad somático-espiritual. Por lo demás, es evidente que a veces la enfermedad, que se manifiesta en el cuerpo, tiene su origen y verdadera causa en lo más íntimo del alma humana"⁴.

En la atención del ser humano enfermo no debe nunca perderse de vista esta perspectiva. No basta tratar de curar el órgano o la función lesionada, sino que hay que tratar al hombre como tal.

"El enfermo es un ser sumamente necesitado de ayudas de muy diverso tipo, a causa de la diversidad de sus necesidades: biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (de carácter ético y religioso). Su situación reclama lo que hoy se llama atención integral para poder restablecerse o para asumir sanamente su enfermedad, para luchar contra la muerte o para aceptarla y vivirla con dignidad cuando llega"⁵.

¿Qué significa esta atención integral?

Para explicarlo, nos aprovechamos de un documento del Magisterio de la Iglesia, la encíclica *Sollicitudo rei socialis* (30-12-1987), que se refiere a un tema distinto pero del que nos sirve su planteamiento. Al referirse al desarrollo del hombre, el Papa Juan Pablo II afirma que este desarrollo debe ser integral, es decir de *todo* el hombre. El desarrollo implica diversos aspectos: económicos, sociales, de identidad cultural, de apertura a lo trascendente. Si no se tienen en cuenta esas diversas exigencias del hombre (morales, culturales, espirituales, etc.) el desarrollo resulta insatisfactorio y a la larga despreciable (n. 33).

Pues bien, al enfermo hay que ofrecerle una *atención integral*, es decir, hay que atenderle en su totalidad, en su ser de persona humana, pues sufre en su cuerpo y en su espíritu y como tal debe ser atendido. Es significativo lo que decía Alexia, una niña de 14 años que murió en la Clínica Universitaria de un sarcoma de Ewing: "yo no soy una enferma, soy una persona que tiene un problema", y recalaba con fuerza la palabra persona³¹.

¿Qué significa tratar como *persona* o tratar *humanamente* al enfermo? Sencillamente, tratarle como lo que es: un ser humano, que no deja de serlo por el hecho de enfermar.

Lo cual nos lleva a recordar algunos presupuestos antropológicos, porque según se considere lo que es el hombre, se derivarán muy diversas consecuencias a la hora de tratarlo, de curarlo, de acompañarlo, de ayudarle a morir...

* Publicado, con modificaciones, en "Dolentium hominum" (Iglesia y Salud en el mundo), 11 (1989) 9-18, revista del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios, editada en el Vaticano. Por su interés para los médicos, lo reproducimos aquí.

** Capellán Clínica Universitaria.

Pues bien, nuestro punto de partida es el siguiente: el hombre es un ser inteligente y libre, corporal y espiritual, no solo un mecanismo biológico compuesto de tejidos, órganos y sistemas. Más brevemente: un ser compuesto de cuerpo y alma, siendo ésta espiritual e inmortal⁶.

Por ello, la atención humana, aunque sea tan importante, no puede reducirse simplemente a la consecución de ciertos logros que algunos podrían considerar como el *summum*: procurar que el enfermo reciba un trato amable y cordial, bienestar corporal y anímico, ausencia de dolor, buena calidad de vida, etc. Todo esto constituye tan sólo un aspecto de la humanidad en el trato del enfermo. Pero a esa *humanidad* pertenece también la dimensión espiritual de la persona, a la que corresponde consiguientemente una ayuda espiritual.

Para un profesional sanitario, que participa de un sentido cristiano de la vida, todo hombre, especialmente el enfermo, es criatura de Dios que merece todo respeto. Refiriéndose a la tarea de los hospitales católicos, el Papa Juan Pablo II señalaba que "deben hacer todo lo posible a fin de que los enfermos sean asistidos tal como exige su dignidad de personas hechas a imagen y semejanza de Dios" (Génesis 1,26)². Además, ese hombre es hijo de Dios, (cfr. 1 Juan 3, 1-2). Esta verdad revelada constituye la base irrenunciable de toda la antropología cristiana, como ha recordado el Papa en la Carta apostólica sobre la dignidad de la mujer, 15-VIII-1988, (n.º 6).

Desglosamos a continuación los contenidos de lo que entendemos como ayuda integral. Lo hacemos mediante una "estructura", que resulta fácilmente asimilable y que además podría servir para que cada uno se formulase *personalmente* hasta donde llega en esta profundización cuando atiende a los enfermos.

Atención integral del enfermo

Se pueden considerar los siguientes aspectos:

A) *Biológicos*. La atención médica y de enfermería es minuciosa en relación con todos los aspectos biológicos: ritmos circadianos (sueño, alimentación), excretas (orina, deposición, etc.), higiene, signos y síntomas de enfermedad (dolor, vómitos, tos, hipo, etc.).

No hay duda que el "dominio biológico" ha llevado consigo el avance en el tratamiento y en el confort de los enfermos. Los centros y escuelas más reputados son ciertamente escrupulosos en "los aspectos biológicos" y cualquier defecto en esta atención es sinónimo de mala calidad. En cualquier caso, estos aspectos constituyen la tarea primaria del personal sanitario.

B) *Humanos*: Considerar a la persona, más allá de un organismo biológico se ha interpretado como un trato cortés-afectivo-de relación (conversación, atenciones, etc.). Esto da un segundo nivel: es "la medicina humanitaria". Lamentablemente, a veces ese trato no se da aunque *sea ya reconocido* universalmente como un índice de calidad. Este aspecto lo analizaremos en seguida con más amplitud al referirnos a lo que consideramos con lo de primeros niveles de las necesidades espirituales del enfermo.

C) El tercer aspecto considera las *necesidades espirituales* del enfermo.

En él se pueden definir hasta 3 niveles:

1) En el primero se respeta a la persona en la comprensión y entendimiento de lo que le está ocurriendo. Se le dan *todas las explicaciones* necesarias sobre pequeños detalles o grandes programas para que tenga un conocimiento suficiente de los tratamientos, exploraciones, etc., que se le van a efectuar. En esto juega un importante papel la enfermera: explica las pruebas, los síntomas, los efectos secundarios, la repercusión sobre la vida corriente, el sentido de la enfermedad, abre perspectivas en áreas donde puede "realizarse el enfermo", le orienta en el nuevo "rol" que tendrá con la familia y sociedad, etc. Habla de los

miedos, la ansiedad, las preocupaciones. Intenta escuchar para que el propio enfermo (y la familia) aprendan a:

a) *Enfrentarse humanamente al "stress"*, lo cual supone:

- identificar su causa.
- enumerar posibles opciones para superarlo (gradualmente).
- establecer las opciones más fáciles.
- darles prioridad.
- elegir y decidir.

b) *Buscar soluciones* (poco satisfactorias a veces) y a tranquilizarse ante los problemas "del pozo negro sin salida" que a veces se presentan.

c) *Ponerlas en práctica*.

2) Después de la comprensión —que proporciona rango humano— que facilita al enfermo ser tenido en cuenta en un hospital, porque hace que se sienta respetado, el segundo nivel es *ayudar en la toma de decisiones*. Aunque las decisiones son aconsejadas por el equipo médico, muchas veces son casi obligatorias, porque no hay otras alternativas; en esos casos, el equipo médico ha de procurar fomentar la toma de decisiones, tanto en pequeñas cosas de la vida diaria, como en hacer planes, elegir actividades de descanso, de relación familiar o social. Esto ayuda a que el enfermo mantenga un nivel alto de sí mismo: así comprende y decide con libertad, sabe que el equipo médico le respeta esos derechos "humanos y espirituales" y se siente "él mismo".

Algo de esto reflejan estas palabras de los obispos españoles: "El que está enfermo necesita ser amado y reconocido, ser escuchado y comprendido, acompañado y no abandonado, ayudado pero nunca humillado, sentirse útil, ser respetado y protegido; necesita encontrar un sentido a lo que le pasa" (Mensaje de los obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral, Día del enfermo, 1987).

Este "trato humano" obviamente corresponde a todos los componentes del equipo sanitario: médicos, enfermeras, auxiliares, etc. Todos deben colaborar en tratar así al enfermo. Esto supone desde conocer su nombre o algunos rasgos de su biografía personal, gustos, aficiones, etc., hasta, cuando sea el caso, ayudarle a morir.

Podría expresarse este trato con las siguientes palabras: "Estar" con el enfermo es más importante que "actuar" por el enfermo. Pero para estar de veras con él, antes hay que conocerlo, escucharle, compartir sus problemas, sus esperanzas, sus dificultades, su historia y su humanidad. Entonces, y sólo entonces, tendremos la respuesta y será una respuesta capaz de cualificar nuestra profesionalidad, porque le dará sentido a la palabra "asistencia", y sobre todo conseguirá valorar a la persona del enfermo en su totalidad⁷.

La atención espiritual propiamente dicha

El tercer nivel —que desarrollamos con más amplitud— es *el trascendente*, que parte de la concepción del hombre como ser espiritual, abierto a Dios.

Esta concepción permite al enfermo:

- dar sentido a su enfermedad.
- profundizar en el conocimiento de sí mismo.
- avanzar en el sentido de lo trascendente: encontrar la razón de vivir, de morir, de luchar.
- llegar a Dios (a través, sobre todo, de los sacramentos).

En este nivel, el equipo sanitario no queda excluido, como luego veremos, aunque sean propiamente los agentes de pastoral sanitaria (capellán, etc.) quienes mejor lo pueden proporcionar.

Sobre esta atención espiritual de la persona enferma consideramos algunas cuestiones previas:

1.º) *Es un derecho del enfermo*. El enfermo, hospitalizado o no, tiene como persona el derecho a que se le reconozca y se le faciliten todas las posibilidades para ejercer su libertad religiosa.

La libertad religiosa alcanza hoy en los países democráticos el rango de un derecho fundamental. Como tal, los poderes políti-

cos deben de proteger su ejercicio. No bastaría una mera declaración de principios si luego no se resuelven los problemas prácticos del ejercicio de esa libertad.

Este derecho viene reconocido en la Declaración sobre la libertad religiosa del Concilio Vaticano II (cfr. *Dignitatis humanae*, n. 2). Aparece igualmente en la Declaración universal de los Derechos humanos de 10-12-1948 (art. 18 y 19) y lo mismo contempla la Constitución Española (art. 15).

El Acuerdo Iglesia-Estado Español sobre Asistencia religiosa en los hospitales públicos (24-07-1985), reconociendo como un derecho la asistencia religiosa a los enfermos católicos ingresados en el hospital, ha regulado ese derecho mediante la creación de un Servicio de asistencia religiosa (BOE, 21-12-1985)^{8, 9, 10, 11}.

En virtud de este acuerdo, debe existir en cada hospital público un servicio de asistencia religiosa y atención pastoral a los pacientes católicos, del que podrán beneficiarse también otros pacientes que lo deseen, los familiares y el personal sanitario del Centro.

El servicio será financiado por el Estado y dispondrá de capilla, despacho y lugar de residencia de los capellanes, quienes ejercerán su actividad en coordinación con los demás servicios del hospital.

De ese modo, al asegurar la asistencia religiosa en los hospitales públicos, se reconoce la dimensión espiritual de la persona enferma y hasta el sentido terapéutico que puede tener su atención.

Tratándose de un derecho humano, se entiende que todos los hospitales —públicos y privados— deben asegurar esta asistencia religiosa, que debe ofrecerse a todos los ciudadanos, cualquiera que sea su confesión religiosa¹².

2.º) *Es un deber de los que atienden y acompañan al enfermo.* Deber diario que desde el ingreso del paciente se ha de saber dirigir con tacto y delicadeza. Tal vez un fatal desenlace debiera haber tenido una preparación remota, lograda día a día, y que cambia de sentido según las necesidades que se van produciendo. El equipo médico y de enfermería, junto con el capellán, ha de señalar el camino que debe seguirse, disponiendo todo lo que al enfermo se refiera, incluida la familia, para que todo entre en un contexto verdadero, apacible y lleno de calor humano.

A este respecto, es significativo lo que, en un clásico Manual de Medicina Interna, escribe un conocido oncólogo: Refiriéndose a la atención de los enfermos cancerosos terminales (pero esto podría aplicarse a otros tipos de enfermos), dice que el “médico debe apoyarse en las enfermeras, sacerdotes, y asistentes sociales para el cuidado y atención de estos pacientes”¹³. Algo parecido se recoge en algunas obras dedicadas a los trabajos de enfermería, donde se recuerda que la enfermera debe interesarse por el paciente como un *todo* y como hay casos en los que afloran esas necesidades espirituales en el enfermo, deberá atender ese aspecto^{14, 15, 16}.

Ordinariamente, además, el enfermo se da cuenta de su estado aunque no lo manifieste expresamente: por eso, sin ocultarle la verdad^{17, 18}, pero midiendo sus posibilidades de aceptación, hay que saber conducirlo —si llegara el caso— hasta el final definitivo. Y ésta es tarea de todos los que le cuidan.

3.º) *Es una necesidad*, que responde a la condición del hombre enfermo, cuando de ordinario se pone más de manifiesto la dimensión espiritual del ser humano.

Todo hombre necesita ayuda espiritual, pero podría preguntarse: ¿cuál es la específica ayuda espiritual y religiosa del enfermo?

La enfermedad produce la alteración del yo psicofísico de manera tal, que el hombre se encuentra con algo que él no puede dominar y que tampoco dominan plenamente los médicos. La enfermedad, al “desnudar la esencia de las cosas”, provoca una convulsión en el mundo interior de quien la padece. Se ha dicho que la enfermedad, sobre todo si es grave, “nos ofrece algunas de las escasas vías que nuestra cultura contemporánea permite para el retorno hacia nuestro interior”¹⁹. El enfermo experimenta la propia limitación y fragilidad (*in-firmitas*) y se plantea casi inevitablemente una serie de cuestiones (sobre el sentido del dolor, la vida, la muerte, etc.) a las que busca solu-

ción. Lo cual le hace abrirse necesariamente a los Otros (médicos, enfermeras, enfermos, etc.) y al OTRO. “La enfermedad —dice Víctor Frankl— hace sentir con más fuerza al hombre su descentramiento y marginación, con el consiguiente anhelo de plenitud y arraigo en el Ser que es Amor”²⁰. O como ha escrito el Cardenal Suquía: “En la enfermedad se derrumban solos muros que en tiempos de salud parecían indestructibles. En la enfermedad espera el hombre, quieto y en silencio, la salvación de Jaweh”. (YA, 27-29-87).

4.º) La ayuda espiritual *no es tarea exclusiva del sacerdote* o de los ahora llamados agentes de pastoral sanitaria, sino que corresponde, en diversa medida, a todo el personal sanitario; la enfermera cristiana, por ejemplo, tiene ahí un papel primordial: saber estar junto a la persona enferma, consolar, comprender, animar, ayudar a encontrar sentido al dolor, etc. Ha escrito Virginia Henderson: “El respeto a las necesidades espirituales del paciente y la ayuda para que pueda satisfacerlas forman parte de los cuidados básicos de enfermería, en toda clase de circunstancias. Si las prácticas religiosas son esenciales para el bienestar del hombre en estado de salud, son todavía más indispensables en caso de enfermedad. Este concepto de hacer todo lo posible para que el paciente pueda practicar su religión supone una serie de actividades específicas que no podrían enumerarse en esta ocasión. Sin embargo citaremos algunas de las más manifiestas: ayudar al paciente a ir al oratorio, hacer que el sacerdote de su religión lo visite, darle facilidades para que pueda hablar con el sacerdote y permitirle que reciba los sacramentos que forman parte de su vida religiosa”²¹. Y lo mismo puede decirse de los médicos. Ellos y ellas, en su actuación deben saber llegar hasta el final. Porque, aun cuando se han agotado los tratamientos médicos disponibles y el enfermo alcanza el nivel de irreversibilidad, no por eso termina su función. Concretamente, en la fase terminal, además de procurar mantener los cuidados físicos y psíquicos necesarios (evitando el dolor, el sufrimiento, la inseguridad...), se ha de procurar sobre todo acompañar al enfermo, rezar con él, ayudarle a dar sentido sobrenatural al dolor, etc.^{22, 23, 28, 29}.

Se puede llegar a pensar que si ya no hay nada que hacer, ¿para qué sirve la presencia del médico o para qué los cuidados de la enfermera? Pero este planteamiento es debido a un modelo sanitario que sólo prevé el actuar cuando la enfermedad está controlada. Si eso no se logra hasta la misma identidad profesional puede verse amenazada. Pero también los profesionales sanitarios deben estar al lado del enfermo y de la familia para que se sientan confortados y para ayudarles en esos momentos a encontrar el sentido de la enfermedad y del dolor. Y no sólo esto. Pueden colaborar en una auténtica ayuda espiritual de la persona enferma. El Fundador de la Universidad de Navarra, decía en una ocasión a una profesora de la Escuela de Enfermería: “Pensad que... aquel enfermo es Cristo. Lo ha dicho El... Tratádmelos con cariño, con cuidado, con delicadeza. Que no les falte nada: sobre todo, los auxilios espirituales. Prepáralos bien”. (*En memoria de Monseñor José María Escrivá de Balaguer*, Euns, Pamplona 1976, p. 161). Esta preparación no es solo *facilitar* la presencia del sacerdote, sino que debe ser una ayuda específica para que el enfermo pueda vivir mejor su dimensión cristiana.

El modo de la atención espiritual

Hemos dicho que la atención espiritual no es tarea exclusiva del sacerdote. El médico y la enfermera, si son cristianos, pueden y deben colaborar. En realidad, en la atención integral del enfermo debe colaborar todo el equipo sanitario, cada uno en su sitio, de modo complementario, sin celos, ayudándose mutuamente. A este respeto señala también el interés que van cobrando los llamados Comités de Ayuda Voluntaria²⁴, de los que en la Clínica Universitaria tenemos ya una experiencia muy rica. Aunque hay que reconocer el papel imprescindible del sacerdote, sobre todo de cara a la acción sacramental.

De modo esquemático, se señala la tarea específica del capellán para la que, sin embargo, puede necesitar de la ayuda del personal sanitario. Nos centramos exclusivamente en los enfermos, dejando fuera de nuestro estudio la atención de la familia y del personal sanitario y otros aspectos (litúrgicos, doctrinales, de asesoramiento, etc.) que también forman parte de la tarea de los capellanes.

1. La *visita pastoral*^{5, 25, 26}: es el momento privilegiado para hacer sentir al enfermo la presencia de Cristo y de su Iglesia, sin duda, uno de los momentos más gratificantes del trabajo del capellán. Cuando es el primer contacto con el enfermo, requiere en el sacerdote mucho sentido común, prudencia, paciencia, conocimientos de psicología, saber escuchar y, si es posible, disponer de alguna información del enfermo al que va a visitar.

No debe olvidarse que lo primero que suelen desear los enfermos es la recuperación de la salud corporal; por lo mismo, la visita que más esperan es la del médico. Aunque no faltan, sin embargo, enfermos para los cuales lo más importante es la asistencia espiritual; y los que atienden al enfermo han de estar atentos para no descuidar este aspecto. Recuerdo un caso concreto sucedido en la Clínica Universitaria. Alexia, ya mencionada, debido a un error, se quedó un día sin recibir la Sagrada Comunión. Una enfermera trataba, disculpándose, de quitar importancia al hecho. La madre de Alexia le dijo: "Mire, señorita, para mí hija, lo más importante es poder recibir la Comunión todos los días. Le ruego que no vuelva a suceder"³¹.

Es tarea del sacerdote ofrecer los servicios espirituales adecuándolos a cada situación concreta, donde no puede faltar muchas veces una catequesis previa.

El primer contacto facilita y prepara los sucesivos encuentros, y de ellos, de forma gradual, irán saliendo las diversas ofertas del capellán: presencia, compañía, pequeños servicios, ayudar a rezar, catequesis, hasta llegar a una específica pastoral sacramental: Confesión, Comunión, Unción a los enfermos (excepcionalmente —en casos de peligro de muerte— también se puede administrar el Bautismo y/o la Confirmación a los niños enfermos).

2. *Sacramentos*. No es éste el lugar para desarrollar con amplitud cada uno de estos sacramentos como parte de la atención integral del enfermo cristiano. Bástenos señalar algunos puntos que nos parecen de interés.

Si "la celebración sacramental ha de constituir habitualmente, la culminación de una relación significativa con el enfermo y el resultado de un proceso de fe realizado por éste"⁵, parece lógico que, respetando el nivel de cada enfermo, el capellán deba facilitar todo lo posible esos "signos que atestiguan el amor de Dios al enfermo". Ello requiere una total disponibilidad para que los enfermos puedan acudir a él con confianza y sin temor.

Penitencia

Como la enfermedad suele ser una ocasión propicia para oír la llamada de Dios a la conversión (cfr. Ritual de la Unción y de la Pastoral de enfermos, Praenotanda, n.º 1-41), el sacerdote debe estar atento para no desaprovechar esa oportunidad que por lo demás, no debería terminar en el acto de confesión. Se debería procurar acompañar al enfermo en todo el recorrido de su conversión y —no es utopía— hasta se le podría animar —cuando sale del hospital— a entrar en contacto con la parroquia, grupos apostólicos, etc., que le ayudarían a mantener su decisión.

Sagrada Comunión

Desde los comienzos del cristianismo, la Iglesia se ha preocupado de llevar a los enfermos el Cuerpo de Cristo. "No se olvide que el fin primario y principal de la reserva eucarística consiste en la posibilidad de llevar la Comunión a los enfermos que no han podido participar en la Misa" (Ritual de la Unción..., n.º 64 b). Por ello, se ha de facilitar todo lo posible que los enfermos

cristianos ingresados en un hospital puedan, si lo piden razonablemente y están preparados, recibir la Sagrada Comunión en la habitación.

Habrà que buscar el momento más oportuno para el enfermo, evitando en lo posible la coincidencia con otros servicios: visitas médicas, de enfermería, limpieza, otras visitas, etc. En la Clínica Universitaria tenemos dos momentos: la primera hora de la mañana para los que van a quirófano y la primera de la tarde (entre 3,30 y 4,30) para el resto de enfermos que los que la haya solicitado. Suele acompañar al sacerdote alguna enfermera, auxiliar o alumna de la Planta, que facilita la tarea (ordenar la habitación, abrir o cerrar las puertas, ofrecer un vaso de agua a algún enfermo que lo necesita para mejor ingerir la Sagrada Forma, etc.). Este trabajo a primera vista extraño al quehacer del personal de enfermería, nos parece que se inscribe perfectamente en lo que denominamos *atención integral* del enfermo y en este sentido no debe resultar ajeno a los que cuidan de los enfermos. Para un enfermo con convicciones religiosas, este servicio es tan importante o más que la medida de la tensión o la administración de una medicina.

Unción de enfermos²⁷

La Unción es el Sacramento específico de la enfermedad (no de la muerte) para ayudar al cristiano a vivir esa situación conforme al sentido de su fe (cfr. Ritual de la Unción... nn, 47, 65, 68). Al enfermar, el cristiano tiene necesidad de una especial ayuda de Dios que le llega a través de este sacramento, cuyos efectos señala el Ritual de los enfermos: "Otorga al enfermo la gracia del Espíritu Santo, con lo cual el hombre entero es ayudado en su salud, confortado por la confianza en Dios y robustecido contra las tentaciones del enemigo y la angustia de la muerte, de tal modo que pueda, no sólo soportar sus males con fortaleza, sino también luchar contra ellos e incluso, conseguir la salud si conviene para su salvación espiritual (Ritual, 6).

Todavía está aun muy vivo, en la mentalidad popular y en la de muchos pastores de almas, el binomio Unción-muerte. Es necesario recordar con fuerza, como ha dicho el Concilio Vaticano II, que "el Sacramento de la Unción de los enfermos no es sólo el Sacramento de los últimos momentos de la vida", sino que debe administrarse en el caso de enfermedades graves (*Sacrosanctum Concilium*, 73).

En cualquier caso, es muy aconsejable no dilatar la administración de este sacramento y ha de procurarse que los enfermos lo reciban con plena lucidez, tratando de vencer, pacientemente, las resistencias que suelen ofrecer algunos enfermos y sobre todo sus familiares. Desde luego, se puede recibir la Unción ya cumplidos los 70 años o antes de algunas intervenciones quirúrgicas (enfermos con procesos tumorales, cardiopulmonares, trasplantes de corazón o de hígado, etc.) o en los que se prevea un postoperatorio largo y complicado³⁰. "Para juzgar la gravedad de la enfermedad es suficiente un parecer prudente o probable, sin angustias de conciencia y teniendo en cuenta la opinión del médico, si se cree necesario" (Ritual de la Unción... n.º 8).

Se puede (y pensamos que se debe) administrar el sacramento de la Unción a los enfermos graves privados de los sentidos, con tal que conste que son cristianos y que no lo han rechazado expresamente. El Ritual de la Unción (n.º 14) precisa que puede hacerse cuando "se presume que, si tuviera lucidez, pedirían, como creyentes que son, dicho sacramento" (cfr. Código Derecho Canónico, c. 943).

En relación con la administración de este sacramento, exponemos nuestra experiencia de la Clínica Universitaria.

La Unción se recibe en estado inconsciente en situaciones como paradas cardíacas, accidentados, muerte súbita, etc. y también en casos terminales en los que por las razones que sean (con frecuencia, la resistencia de la familia) no se ha podido administrar antes.

Quizá no tan preciso resulte el término semiconsciente, pero todo aquel que tenga experiencia sanitaria conoce esa situación

Cuadro I. GRADO DE CONCIENCIA AL RECIBIR LA UNCIÓN

Año	N.º uncciones	Sujeto consciente	Semi-consciente	Inconsciente	No consta
1984	370	168 45 %	52 14 %	118 32 %	38
1985	364	161 44,2 %	42 11,5 %	138 38 %	23
1986	422	182 43,1 %	56 13,3 %	155 36,6 %	29
1988	446	194 43 %	54 12,1 %	132 29,6 %	66

en enfermos en estado de gravedad, fiebre muy alta, situación terminal, etc.

Sujeto consciente es aquel que recibe el sacramento con plena lucidez, quizá lo ha solicitado previamente, participa en el rito litúrgico, etc.

Interesantes resultan igualmente los datos que recogen el tiempo que dista entre el día de la administración del sacramento y cuando tiene lugar —si es que se produce— el fallecimiento. De modo muy esquemático, recogemos nuestra experiencia de los años 1984, 85, 86 y 88 (Cuadro n.º I). Innecesario resulta señalar la resistencia que con alguna frecuencia se encuentra (casi nunca en los enfermos, casi siempre en las familias) ante la recepción de la Unción. No faltan los que todavía relacionan íntimamente la Unción con la proximidad de la muerte. Tendrá que pasar una generación y será necesaria una amplia catequesis (en la familia, en la escuela, en la parroquia, etc.) para que se llegue a incorporar con normalidad este sacramento a la pastoral de enfermos.

Alta voluntaria se refiere a los enfermos en situación terminal que, por las razones que sean, son llevados fuera del hospital, de ordinario fallecen a los pocos días.

Altas son enfermos que se recuperan (tras una intervención quirúrgica, haber superado una fase crítica y ser dados de alta, etc.).

Como comentario al cuadro n.º II, se observa que:

— Un 40-50 % de las Unciones se reciben en los dos o tres días inmediatamente anteriores a la muerte.

— El día de la muerte es el de mayor densidad del sacramento, por las razones apuntadas anteriormente. De todos modos, no debe asociarse este hecho al de la recepción inconsciente. Sucede ciertamente en casos de parada cardíaca, muerte súbita, retraso voluntario de la familia, etc., pero son muchos los casos de recepción de la Unción en el mismo día de la muerte y que sin embargo se ha recibido con buen estado de conciencia.

En relación también con la Unción de enfermos, sería interesante poder estudiar también otros parámetros tales como: cuántos la solicitan, cuántos la reciben antes de una intervención quirúrgica, cuándo se recibe más de una vez, cuándo se administra en el momento de la muerte, etc. Deseamos analizar este tema en una ocasión próxima.

Bibliografía

1. Actas de la II Conferencia internacional sobre *La humanización de la medicina*, Roma 10-12 nov. 1987, promovida por la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.
2. Juan Pablo II. Alloc. a los Congresistas de los hospitales católicos del mundo entero. 31-X.1985 en *Ecclesia*, 1985, pp. 1.494-1495.
3. Barcia Salorio D. *Necesidad de una medicina antropológica*, Discurso en la apertura de curso académico 1979-1980 en la Universidad de Murcia, pp. 56-59.
4. Motu Proprio. *Dolentium hominum*, 11-XI-85, n.º 2: En revista *Dolentium hominum*, Roma I/1, 1986.
5. Comisión Episcopal de Pastoral. *La asistencia religiosa en el hospital*. Orientaciones pastorales, Edice, Madrid, 1987, p. 11.
6. Cfr. Gran Enciclopedia Rialp, voz *Hombre*, vol. 12 Madrid 1979; Mouroux J. *Sentido cristiano del hombre*. Studium, Madrid 1972; Guerra M. *El enigma del hombre*, Eunsá, Pamplona 1978; Choza J. *Antropología*, Eunsá, Pamplona, 1986.
7. Marchesi PL, Spinsati S y Spinelli A. *Por un hospital más humano*, Ed Paulinas, Madrid, 1983, p. 25.

Cuadro II. RELACION ENTRE UNCIÓN Y FALLECIMIENTO

Unción de enfermos	1984	1985	1986
Unción de enfermos	370	364	422
Mismo día de la muerte	85	86	114
Día anterior	30	34	47
Dos días antes	14	17	20
Tres días antes	18	14	11
Cuatro días antes	9	9	13
5-15 días	43	52	55
15-30 días	17	17	26
Más de 30	37	33	15
Altas voluntarias	46	41	23
Altas (enfermos recuperados)	65	45	62
No consta	4	16	38

8. El texto del Acuerdo y el Convenio entre el Insalud y la Conferencia Episcopal Española, puede verse en *Ecclesia*, 1986, pp. 864-866.
9. Carvajal J. *Asistencia religiosa hospitalaria*, en "Acuerdos Iglesia-Estado en el último decenio", Barcelona 1987.
10. Molano E. *La asistencia religiosa en el derecho eclesiástico del Estado Español*, en "Persona y Derecho" 11 (1984) 21 h. ss.
11. Combalia Solís Z. *La vinculación jurídica del capellán en los centros hospitalarios públicos*, en "Excerpta e dissertationibus in iure canonico", Pamplona VI (1988) 451-517 (tesis doctoral).
12. Cotterel D, Div M, Nisi WF M Th. *Chaplaincy in Today's Hospitals*. Rhode Island Medical Journal, March 1986, vol. 69, p. 111-11 h.
13. De Vita VT. *Principles of cancer therapy*, en "Harrison's", *Principles of internal Medicine*; Petersdorf, Adams, Braunwald, Isselbacher, Martin, Wilson Editores, Mc Graw Hill Co, 1983, p.787, Cfr. Howard K Bell. *The Spiritual Care Component of Palliative Care*, en *Seminars in Oncology*, vol 12, n.º 4, december 1985, pp. 482-485.
14. Mackenzie Norah. *Ética profesional y servicio hospitalario. Lugar que ocupa la religión en el hospital*, Inter-médica, pp. 52-57.
15. Dettmore Diane. *Cuidado espiritual: recuerde las necesidades espirituales de sus pacientes*. Nursing 85, julio-agosto, p. 22.
16. Apilaniz V. *La atención espiritual del paciente*, en Varios Autores, I.º *Símpoio de Ética en Enfermería*, Pamplona 1990.
17. Monge MA. *La verdad ante el enfermo*, en Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, julio-septiembre 1988, vol. XXXII, n.º 3.
18. Joy K y Ufema. *Cómo hablar a los pacientes moribundos*, Nursing 88, Ed. española, marzo, pp. 21-24.
19. Vastyan EA. *Aspectos espirituales de la asistencia a pacientes cancerosos*, en Jano, 23-29 octubre 1987, vol XXXIII, n.º 792, pp. 61-64; Cfr. Perico G. *Problemi di Etica sanitaria*, Ed Ancora, Milano 1985, pp. 7-19.
20. Frankl V. *Homo Patiens*, Buenos Aires 1955, p. 112.
21. Hederson Virginia. *Principios básicos de los Cuidados de Enfermería*, publicado por el Consejo internacional de enfermeras, Ginebra 1971, p. 53.
22. Cfr. Brugarolas A. *Síndrome terminal de enfermedad, criterios y actitudes*, en Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, abril-junio 1988, vol. XXXII, n.º 2, pp. 111-118.
23. Navarraz MT. *Atención de la enfermera al paciente moribundo*, en *Seminarios de Ética en Enfermería*. Eunsá, Pamplona 1987, pp. 205-211.
24. Cfr. Labor hospitalaria; n.º 198, 1985/4, n.º especial dedicado al voluntariado en el hospital.
25. Pangrazzi A. *Creatividad pastoral al servicio del enfermo*, Sal Terrae, Santander 1988.
26. Varios autores. *Ética Profesional en la Enfermería*. Pamplona 1977. Cap. 16 (Atención espiritual del enfermo).
27. Delgado D. *La Unción de enfermos en la comunidad cristiana, hoy*. Fundación Santa María, Madrid 1988.
28. Conrad NL. *Spiritual Support for the Dyings*, Nursing Clinics of America, vol. 20, n.º 2, june 1985, pp. 415-426.
29. Jomaine Ch. *Morir en la ternura. Vivir el último instante*. Paulinas, Madrid 1987.
30. Ferrer J. *El sujeto de la unción de enfermos*, en *Scripta Theológica*, XVI, enero-agosto 1984, pp. 169-181.
31. Monge MA, *Alexia, Alegría y heroísmo en la enfermedad*, Palabra, Madrid 1989.