

4 - 2005

Octubre / Noviembre / Diciembre

nº 278

LA BOR HOS PITA LARIA

Humanización, pastoral
y ética de la salud



Monográfico día del Enfermo
EL ACOMPAÑAMIENTO
ESPIRITUAL DEL ENFERMO

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Humanización, pastoral
y ética de la salud

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

Año 57. Tercera época. Octubre - Noviembre - Diciembre 2005
Número 278. Volumen XXXVIII

Consejo de Redacción

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

Consejo Asesor

Francisco Abel, M^a. Carmen Alarcón, Miguel A. Asenjo,
Manuel Cebeiro, Esperanza Cachón, Ángel Calvo,
Jesús Conde, Rudesindo Delgado, Joaquín Erra,
Francisco de Llanos, Pilar Malla, Javier Obis, José A. Pagola

Dirección y Redacción

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono 93 630 30 90
08830 Sant Boi de Llobregat -Barcelona-
curia@ohsjd.es

Fotografía

Santiago Domingo i Franquesa

Información y suscripciones
revistas@ohsjd.es

www.sanjuandedios.net

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

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

0 Editorial.
Pág. 5

1 Fundamentación teológica
del acompañamiento.
> Pedro Ignacio Fraile Yecóra
Pág. 7

2 El acompañamiento espiritual: Necesidades
espirituales de la persona enferma.
> José Carlos Bermejo
Pág. 21

3 Los ritos en el acompañamiento espiritual
al enfermo.
> Gregorio García Rodríguez
Pág. 43

4 El acompañamiento espiritual a los
no ceuyentes: Dialogo y empatía.
> Francesc Torralba
Pág. 55

5 El acompañamiento en las decisiones éticas.
> María Jesús Goicoetxea
Pág. 67

6 Salud de cuerpo y mente.
Hacia una bioética integral.
> Juan Masiá Clavel
Pág. 85

7 Formar acompañantes: Memoria e itinerarios.
> Francisco Alvarez
Pág. 93

7.1 Mesa redonda:
La formación de los acompañantes
Pág. 99

8 Experiencias en el
acompañamiento espiritual
Pág. 113

8.1 - El acompañamiento a familiares y la formación.

Pág. 114 > Cristina de Palacios

8.2 - Necesidades espirituales del ser humano

Pág. 120 > M^a Dolores Sánchez

8.3 - El acompañamiento espiritual al enfermo mental

Pág. 126 > Mariano Galve Moreno

9 Orientaciones
Pág. 135

Boletín de suscripción:

Año 2006

Suscripción anual: cuatro números

España 36 €

Zona Euro 50 €

Resto 50 \$

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

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

Indique con una X la forma de pago que le interese

Por giro postal

Por cheque nominativo adjunto nº _____
a favor de LABOR HOSPITALARIA

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

Banca o Caja de Ahorros _____

Titular de la cuenta _____

Entidad _____ Oficina _____ DC _____ Núm. de cuenta _____

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

Fecha ____/____/____

Firma

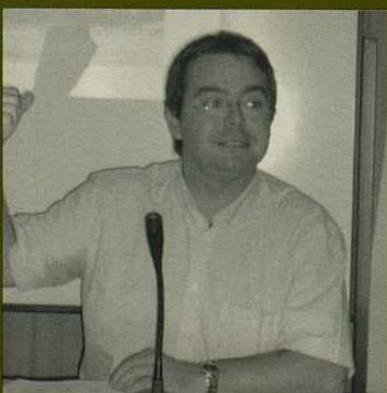
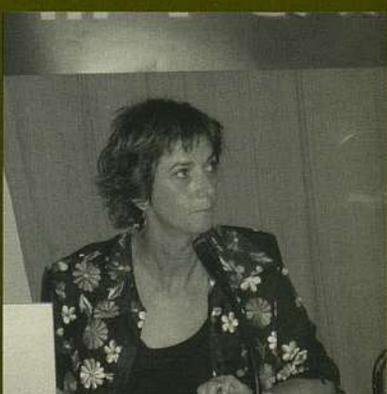
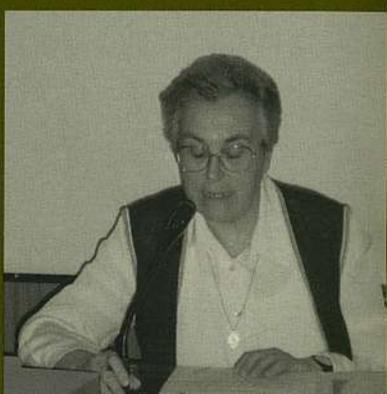
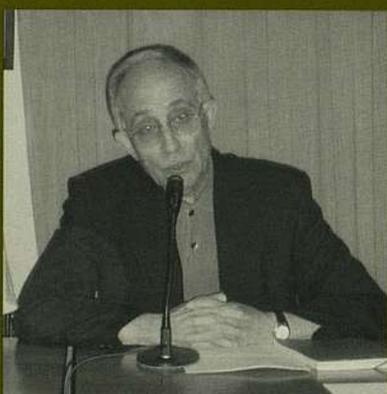
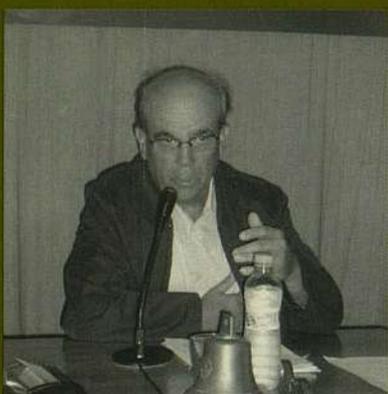
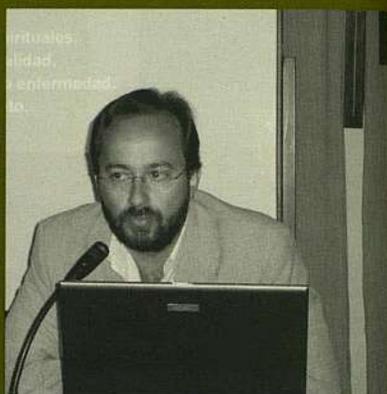
Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:

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

www.sanjuandedios.net

curia@ohsjd.es

revistas@ohsjd.es



Editorial.

“...Y CAMINÓ CON ELLOS”

La campaña del Día del Enfermo del 2.006 en España se ordena en torno al tema del “Acompañamiento Espiritual al Enfermo”.

Un tema bien sugerente, aun cuando a primera vista pudiera parecer evidente y, por lo tanto, innecesario. ¿Acaso la Pastoral de la Salud no ha sido siempre un “acompañamiento espiritual al enfermo”? ¿Qué otra cosa si no es, en realidad?

Pues sí y no. Lo primero que el tema elegido pretende clarificar es que todo ser humano -en cuanto ser espiritual- tiene unas necesidades espirituales a lo largo de su vida y, consecuentemente, en el momento de la enfermedad. Detectar dichas necesidades, valorarlas y atenderlas será parte de una atención integral al enfermo que ningún profesional deberá obviar. Y no pocas veces dichas necesidades serán tal vez las más determinantes del proceso de su enfermedad y, por lo tanto, lo serán en el de su curación.

Habrà que tomar conciencia de ellos todos cuantos nos movemos en el mundo de la salud. Cabrà resituar el término de “espiritual” frecuentemente asignado en exclusividad al ámbito de lo religioso. La religión es una forma de articular la espiritualidad del ser humano. Pero ni es la única ni resulta excluyente.

Apelar a la espiritualidad nos capacita para un acercamiento, respetuoso siempre, cualificado sin duda, pero universal a toda persona en situación de enfermedad. Nos capacita, asimismo, para una

mejor integración en el equipo asistencial que, también él, ha de sentirse interpelado por ello.

Por otro lado, el acompañamiento espiritual al enfermo eleva nuestra atención pastoral al cargarla de una mayor densidad antropológica en cuanto nos obliga previamente a un más detenido análisis de la realidad y la vivencia que de la misma hace el enfermo. Podrà llegar, aquí sí, la atención propiamente religiosa incrustada en el tejido experiencial del mismo enfermo. En realidad no es cosa muy distinta de lo que desde siempre habíamos contemplado como un esquema adecuado de la atención pastoral: humanización, evangelización, sacramentalización.

Sin lugar a dudas, el tema puede dar para mucho. Nos sugiere un horizonte más amplio, una exigencia de mayor formación, una posibilidad de mejor integración en el equipo asistencial...

Y todo ello siempre y cuando seamos capaces, como Jesús, de “caminar con ellos” -en alusión al pasaje de Emaús-, de caminar con nuestros hermanos los hombres por el camino de la vida. Un camino que hemos de hacer escuchando su experiencia vital, sus esperanzas y desesperaciones, sus ilusiones y fracasos...Sólo desde esta respetuosa escucha podremos intentar ayudarles a reinterpretar esa experiencia como su personal historia de salvación.

LH

Fundamentación Teológica del acompañamiento.

> Pedro Ignacio Fraile Yécora

Licenciado en Sagrada Escritura por el Pontificio Instituto Bíblico de Roma y Bachiller en Teología por la Universidad Pontificia de Salamanca.

Acompañar a las personas enfermas, que sufren, no es sólo un gesto de buena voluntad o de caridad cristiana. Hay razones de fondo para hacerlo.

Creer en el valor de cada persona; creer que no hay nadie prescindible en esta tierra; ver en cada humano, por desfigurado que esté, el rostro de Dios.

Proponemos un trabajo en tres partes diferenciadas. Las dos primeras siguen un esquema ternario. El punto de partida es antropológico: el misterio del hombre, sus grandezas y sus limitaciones, sus posibilidades de futuro. En segundo lugar volvemos

la mirada a la revelación bíblica; no es exclusiva de la fe cristiana, pues somos herederos de la tradición judía y con ella compartimos una importante cosmovisión acerca del hombre y de su tarea en la tierra. Como cristianos que somos, queremos

dar un tercer paso: centrarnos en la figura de Jesucristo y en su misterio pascual.

En él nos reconocemos y reconocemos el futuro del hombre y de la humanidad. Es prácticamente imposible separar unos aspectos de otros: antropológicos, bíblicos y cristianos, pues entre ellos se van interfiriendo e intercalando. Un cristiano no puede

hacer una lectura del Antiguo Testamento sin la referencia a Cristo, ni la pregunta sobre Jesús se puede hacer al margen del misterio del hombre y de su suerte.

En la tercera parte nos centramos en Jesús, aquel no sólo que “pasó haciendo el bien”, sino que su vida fue la transparencia de las entrañas de Dios, el rostro humano de Dios. Jesús, muerto y Resucitado, fundamento y horizonte de esperanza para toda la humanidad. De una forma particular para toda la humanidad sufriente. ▶



Pedro Ignacio Fraile Yécora.

1. ¿Qué es el hombre para que te acuerdes de él? (Sal 8,5).

Cada vez más solemos escuchar nuestra condición de “ciudadanos”. Es verdad, pero ¿se agota ahí el misterio que encierra el ser humano, cada hombre?

Los cristianos afirmamos que somos “criaturas” de Dios; pero esta afirmación tan gratuita ¿no forma parte de un texto mítico externo a la historia?

Los cristianos afirmamos que somos «hijos de Dios», pero qué hay detrás, qué supone, hasta dónde alcanza esta certeza.

Todos esto si partimos de un Dios misericordioso y compasivo. Ahora bien ¿el drama de tantas personas que sufren injustamente no exige el fin de la fe en un Dios bueno?

a) ¿Ciudadanos, consumidores, robots optimizables?

La pregunta que hace el orante del salmo es, en definitiva, la pregunta que generación tras generación nos hacemos. Al abrir el corazón al Dios creador y Señor del Universo, ante la pequeñez y fragilidad del ser humano, sólo podemos admirarnos de tan gran desproporción; pero, a la vez, de la sorpresa que supone que el Dios del cielo se abaje para fijarse en nosotros.

Hablar de Dios es hablar del hombre; y hablar del hombre es hablar de Dios. ¿Qué es el hombre? Depende de la respuesta que demos para que se pueda articular todo un discurso sobre su libertad y sobre su dignidad.

‘¿Qué es el hombre. Muchas son las opiniones que el hombre se ha dado y se da a sí mismo. Diversas e incluso contradictorias: exaltándose a sí mismo como regla absoluta o hundiéndose hasta la desesperación’ (Gaudium et Spes, 12)

En este texto del Vaticano II se mencionan las dos respuestas extremas: las que consideran al hombre en alta estima, y los que lo ven en su aspecto más bajo. En la zona “baja”, entre las representaciones desencantadas, se han dicho cosas como: “el hombre es una pasión inútil”, o “un ser para la muerte”, o “un carnívoro agresivo”, o “un mono desnudo”, o “un lobo para el hombre”.

También hoy podemos escuchar respuestas que se lo reducen a su naturaleza, definiéndolo como un “mono que ha tenido éxito” (un animal evolucionado); o desde las nuevas tecnologías como un “robot optimizable” (científicamente se pueden subsanar las deficiencias). Pero no todo el mundo piensa así.

En la zona ‘alta’ de las respuestas se emiten mensajes de contenido positivo, mucho más esperanzador. Para los creyentes, la persona humana no es Dios pero tiene semillas de divinidad.

¿De dónde le viene al ser humano su dignidad? ¿Por qué es digno de respeto y no se le puede usar a nuestro antojo?

– Están los “**derechos humanos**”, que defienden a la persona ¿ahora bien, dónde están los límites de su inicio -nacimiento- y de su final- muerte-? ¿Qué hacemos con los niños en gestación, con los deficientes, con los terminales.

– Están los “**derechos civiles**”, que emanan de la Constitución, democráticamente aceptada. Somos “ciudadanos”. Nos regimos por un “Código

Civil”. Reclamamos nuestros derechos a la vez que aceptamos unos deberes. Tenemos un marco de convivencia pacífica. Ahora bien ¿el misterio que encierra el ser humano, sus ansias de infinito, de trascendencia, se agota en ser un “buen ciudadano”? ¿Debemos hacer una ‘religión de estado?’

– Están los “derechos del consumidor”. Podemos reclamar cuando nos engañan en un producto o exigimos una información correcta sobre la alimentación, objetos etc. ¿El ser humano se reduce a “consumir”? ¿Qué hacemos con los empobrecidos de nuestra sociedad que no tienen capacidad de participar en este banquete de bienes limitados?

b) Señor, amigo de la vida (Sabi 11,26)

Normalmente cuando queremos plantear el tema de la creación del hombre recurrimos al conocido texto de Génesis 1 y 2.

Sin embargo pocas veces recordamos que el libro de la Sabiduría presenta la misma fe en la creación no en forma de narración, sino como un poema bellísimo. Dios es el ‘amigo de la vida’.

Él es quien llama a todo a la existencia y quien sostiene todo en la vida.

Señor (...) amas a todos los seres y no odias nada de lo que has hecho;

si hubieras odiado alguna cosa, no la habrías creado.

Y ¿cómo subsistirían las cosas, si tú no lo hubieses querido?

¿Cómo conservarían su existencia, si tú no las hubieses llamado?

Pero a todos perdonas, porque son tuyos, Señor, amigo de la vida. (Sabiduría 11, 22-12, 2)

Creados a imagen y semejanza de Dios. Los que piensan que lo material, lo corporal, es lo importante, mientras que lo espiritual no es sino un barniz exterior secundario, ven al hombre como «materia espiritualizada». Los que creen, por el contrario, que lo importante es el espíritu y que éste está encarcelado en un cuerpo, ven al hombre como

un «espíritu sometido» a una esclavitud de la que se tiene que liberar. Sin embargo para la Sagrada Escritura el ser humano no es sólo materia ni sólo espíritu.

El autor bíblico afirma, en primer lugar, la bondad de la corporalidad. En un juego de palabras nos dice que el humano (adam) proviene de la tierra (adamah). No somos seres inmateriales; nuestro origen es la tierra y ella es nuestro destino final.

El cuerpo nos posibilita encontrarnos con otros seres, nos posibilita amar, comunicarnos, expresarnos, relacionarnos.

Además, por su carácter temporal, nos recuerda y nos obliga a pensar en que estamos llamados constitutivamente a seguir creciendo, a seguir desarrollándonos.

Desde el punto de vista teológico, el cuerpo no presenta problemas hoy porque se le minusvalora o se le ignora. Lo es, más bien, por todo lo contrario, por su utilización o su reducción negativa.

Se utiliza cuando se ve al ser humano sólo como cuerpo, o mejor, como cuerpo sano, joven y bello. Se da culto al cuerpo (musculación, culturismo, fitness, aeróbic, cirugía estética) desplazando el verdadero culto cristiano, que se da a Dios.

Como consecuencia, se huye de “lo que no es no bello”, lo “estéticamente” imperfecto (defectos, malformaciones, taras, fealdad, decrepitud).

No se acepta el cuerpo en sus límites (temporales, físicos), sino que se le considera falsamente como si fuera “atemporal”, “aséptico”, “atlético”, “ilimitadamente joven”, “inmarcesiblemente bello”, “invulnerablemente sano”.

La pregunta es evidente: ¿son menos “personas” los que tienen un defecto físico, los discapacitados, los que sufren una mutilación, los que no responden a los cánones de belleza socialmente admirados? Se reduce negativamente cuando se huye de lo corporal como algo contrario al alma.

El cuerpo se considera negativo cuando se ve como fuente de problemas, de caídas, como causa de pecado. Este planteamiento tampoco es cristiano, pues no hay persona si no hay corporalidad. No hay persona que se relacione si no hay cuerpo que abraza, que besa, que sufre, que ríe etc.

Debemos dar un segundo paso. Si decimos que es claramente insuficiente reducir el ser humano a "sólo cuerpo", también podemos decir que es claramente insuficiente reducirlo a "sólo alma".

Es verdad que la interpretación del hombre siempre ha insistido más en este aspecto, pero la reflexión teológica de los últimos decenios insiste en la necesidad de articular de forma armónica los dos elementos, porque ambos, los dos, constituyen al ser humano.

Diciendo que el alma forma parte del ser humano afirmamos que el valor de la persona es superior al de cualquier otra criatura, por valiosa que sea; de esta forma creemos en su dignidad y afirmamos que no se puede reducir simplemente a ser parte de la naturaleza.

El segundo capítulo del Génesis nos recuerda con gran profundidad que somos "barro" en manos de Dios, de ahí nuestra fragilidad; pero que Dios mismo insufló en nuestras "narices", en nosotros, un hálito de vida. Llevamos en nuestro interior la vida de Dios. De esta forma la visión bíblica del hombre es fundamentalmente armónica y positiva.

El sufrimiento del justo. Ahora bien, una de las dificultades más serias para creer es la injusticia y el pensamiento. Toda teodiceia, todo intento de justificar o defender a Dios tienen que enfrentarse necesariamente con estas dos cuestiones.

Nuestro planteamiento no quiere ser el filosófico, sino el de la revelación, el de la Escritura. A este respecto es muy significativa la opinión bíblica común que justifica y defiende a Dios. La enseñanza tradicional de los sabios de Israel planteaba sentencias como éstas:

"La casa del malvado se arruina, la tienda del honrado prospera."(Prov 14,11)

"Al malvado le sucede lo que teme, pero al honrado se le da lo que desea" (Prov 10,24)

El libro que da un giro radical a esta teoría falsa a todas luces es el de Job. El punto de partida es el sufrimiento del protagonista - que pierde a sus hijos, todos sus bienes y sufre una grave enfermedad.

Job se atreve a cuestionar la bondad y la justicia de Dios, si bien ya encontramos una pregunta previa a la gran crisis sapiencial (época postexílica) en el profeta Jeremías.

"Aunque Tú, Señor, llevas razón cuando discuto contigo quiero proponerte un caso:

¿Por qué prosperan los impíos y viven en paz los traidores?" (Jer 12,1)

El libro de Job recoge de forma magistral tanto la opinión tradicional optimista, como la protesta que roza la blasfemia del santón hebreo.

Elifaz, uno de los "amigos" de Job, repite con sus antepasados:

"El malvado pasa la vida en tormentos... escucha ruidos que lo espantan; cuando está más tranquilo, lo asaltan los bandidos. No confía volver de las tinieblas, porque está reservado para el puñal. Lo destinan a pasto de los buitres y sabe que su día está cercano; el día lóbrego lo aterroriza, la inquietud y la angustia lo atenazan..." (Job 15,20-24)

Job no se contenta con estas frases hechas, contrarias a la experiencia sufrida en sus propias carnes. Sus reflexiones son una crítica radical a toda la sabiduría anterior: *"¿Me queréis consolar con vaciedades? Vuestras respuestas son puro engaño"* (Job 21,34).

La pregunta de Job es la de Jeremías, pero con ironía: *"¿Por qué siguen vivos los malvados y al envejecer se hacen más ricos?"* (Job 21,7).

Job, lejos de encerrarse en sí mismo, da el

salto al sufrimiento de todo el mundo, al absurdo de la vida y la actitud incomprensible e incluso odiosa de Dios que disfruta haciendo el mal.

Estamos ante la blasfemia del justo que sufre y se rebela ante Dios: *“Si una calamidad siembra muerte repentina, El se burla de la desgracia del inocente”* (Job 9,23). Job no duda de que Dios sea poderoso e inteligente: *“El posee sabiduría y poder, la perspicacia y la prudencia son suyas”* (Job 12,13).

La crisis sapiencial es una crisis de la idea de Dios. Pone en entredicho esa imagen del Dios “tapahuecos” y “explicatodo” que proponían los antepasados. Por eso esta crisis sólo tiene una salida posible: encontrar una nueva imagen de Dios que sustituya a la anterior.

Job, al final del libro, formula esta experiencia de forma magnífica. Hablando con Dios le dice: *“Te conocía sólo de oídas, ahora te han visto mis ojos”* (Job 42,5) Este nuevo conocimiento de Dios hace posible reestructurar todas las experiencias negativas con aceptación y humildad.

c) ‘No somos esclavos, sino hijos y herederos’ (Gal 4,4-7)

¿Qué es el hombre? La respuesta cristiana es que el hombre ni vive huérfano en medio de un mundo hostil ni es enemigo de los otros humanos. Somos «hijos» y «hermanos», tal como recoge en un hermoso poema León Felipe.

*Hazme una cruz sencilla, carpintero...
Sin añadidos ni ornamentos...
Que se vean desnudos los maderos,
Desnudos... y decididamente rectos:
Los brazos en abrazo hacia la tierra,
El astil disparándose a los cielos...
Que no haya un solo adorno que distraiga este gesto,
Este equilibrio humano de los dos mandamientos...
Sencilla, sencilla...
Hazme una cruz sencilla, carpintero.*

Es importante a la vez que hermoso que nos

reconozcamos como hijos de Dios y que veamos en el otro no un rival a combatir sino un hermano nuestro. ¿Qué quiere decir que somos hijos de Dios? ¿Qué nos dice la Escritura?

Creados a imagen del Hijo: Cuando el cristiano se acerca al misterio del ser humano, no lo hace sirviéndose sólo de la filosofía (que nos dirá ese “algo”, importante, pero que no es la palabra definitiva). La fe bíblica nos habla de que somos criaturas, que Dios mismo nos ha modelado. Preciosa imagen que une la debilidad del barro con las manos artesanas de Dios. Somos barro enamorado.

La fe cristiana va más allá. El hombre por excelencia es Jesús muerto y Resucitado; por eso el cristiano cuando reflexiona sobre el hombre, cuando quiere entenderse en profundidad, se debe mirar en el espejo de Cristo, su verdadera imagen: *“el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo Encarnado”* (Gaudium et Spes 22)

Somos “hijos” y no “esclavos”. El gran rival de Dios no es el hombre, sino los ídolos que ofuscan la mirada humana y que confunden al hombre. Es más, los ídolos crean dependencias, necesitan que les sirvan; son exigentes y crueles. Sólo Dios da la libertad. Así lo entendió de forma hermosa san Pablo tanto en Gálatas como en Romanos. El cristiano es aquel que grita “Abba”, somos hijos y no esclavos. Somos hijos y por tanto herederos. Cuando una persona hace experiencia vital de esto, ve cómo su fe en Dios es liberadora y no motivo de tristezas, angustias y esclavitudes.

“Cuando se cumplió el tiempo envió Dios a su Hijo, nacido de una mujer, nacido bajo la ley, para rescatar a los que estaban bajo la ley, para que recibiéramos el ser hijos por adopción. Como sois hijos, Dios envió a vuestros corazones el Espíritu de su Hijo que clama: ¡Abba! Así que ya no eres esclavo, sino hijo, y si eres hijo eres también heredero por voluntad de Dios”. (Gal 4,4-7)

“Los que se dejan guiar por el Espíritu de Dios, éstos son hijos de Dios. Pues bien, vosotros no habéis recibido un Espíritu que os haga esclavos,

de nuevo bajo el temor, sino que habéis recibido un Espíritu que os hace hijos adoptivos y os permite clamar: Abba, es decir, Padre. Ese mismo Espíritu se une al nuestro para dar testimonio de que somos hijos de Dios. Y si somos hijos, también somos herederos: herederos de Dios y coherederos con Cristo, toda vez que, si ahora padecemos con él, seremos también glorificados con él". (Rom 8, 14-18)

Somos hijos esperanzados. La dureza de la vida se manifiesta de forma especial en las personas más débiles. La fe cristiana recupera la importancia de la vida de cada persona y su destino que no es otro sino participar de la gloria de Dios.

"Considero que los trabajos de ahora no pesan lo que la gloria que un día se nos descubrirá. Porque la creación expectante está aguardando la plena manifestación de los hijos de Dios; ella fue sometida a la frustración no por su voluntad, sino por uno que la sometió; pero fue con la esperanza de que la creación misma se vería liberada de la esclavitud de la corrupción, para entrar en la libertad gloriosa de los hijos de Dios. Porque sabemos que hasta hoy la creación entera está gimiendo toda ella con dolores de parto. Y no sólo eso; también nosotros que poseemos las primicias del Espíritu, gemimos en nuestro interior aguardando la hora de ser hijos de Dios, la redención de nuestro cuerpo". (Rom 8, 18-23)

Somos Hijos en el Hijo. Quizá alguno se crea que no es digno de tal título. O quizá que no se siente capacitado para solicitar de Dios este honor. Sin embargo, por el bautismo los cristianos hemos sido destinados a participar, por pura gracia, de esta dignidad que nadie puede otorgarnos sino Dios mismo y que nadie puede quitarnos, porque ha sido el mismo Cristo quien nos la ha concedido.

Bendito sea Dios, Padre de nuestro Señor Jesucristo, (...) Él nos ha destinado en la persona de Cristo, por pura iniciativa suya, a ser sus hijos, para que la gloria de su gracia, que tan generosamente nos ha concedido en su querido Hijo, redunde en alabanza suya. (Ef 1, 3-6.11-12)

Una esperanza que para san Juan se abre en un mundo de misterio. Es verdad, ya somos poseedores de esta dignidad, pero aún no se ha manifestado lo que Dios mismo nos ha reservado a nosotros.

Queridos hermanos: Mirad que amor nos ha tenido el Padre para llamarnos hijos de Dios, pues ¡lo somos! El mundo no nos conoce porque no le conoció a él. Queridos, ahora somos hijos de Dios y aun no se ha manifestado lo que seremos. Sabemos que, cuando él se manifieste, seremos semejantes a Él, porque lo veremos tal cual es. (1 Jn 3, 1-2)

Es tarea del acompañante ayudar a reconocerse al enfermo como 'hijo amado' de Dios. En su enfermedad, en su dolor, Dios no le abandona. Está con él, de una forma misteriosa, doliente. Pero el enfermo no pierde la dignidad que el mismo Cristo le ha concedido.

2. "Te llevo tatuado en la palma de las manos" (Is 49,16).

a) El valor de lo personal

Normalmente decimos que las personas somos únicas e irrepitibles. En estos rasgos podemos basar nuestra identidad y nuestra diversidad. Pero no termina de "decir" lo que somos. Para ello es imprescindible que apelemos a nuestra condición de seres sociales, que necesitamos a los otros para poder desarrollarnos, y a la vez hacerlo en libertad.

Lo personal está en crisis. Ahora bien, lo personal está en crisis por varias razones. La primera es el individualismo, que se valora por encima de lo comunitario o social. "Que cada palo aguante su vela", "que cada uno se saque las castañas del fuego", -decimos-. Se sobrevalora las posibilidades y los derechos de cada individuo al margen de los demás y de la sociedad de la que forma parte. Como consecuencia de este "liberalismo individualista", se vuelve inexorablemente a la ley de la

selva. La sociedad no camina coherentemente, apoyando los fuertes a los débiles, sino que los más frágiles son abandonados a su suerte.

La segunda razón es porque se “adelgaza” el valor del sujeto como alguien que piensa con criterios propios o que tiene personalidad distinta a los demás. Es más fácil escuchar un “se piensa” o “se dice” que un “yo pienso” (herencia de Descartes: “pienso, luego existo”). Es la tiranía de la opinión común, de los tópicos socialmente admitidos, del poder de los “mediocre”.

Curiosamente, el fenómeno “freak” (friki) se está apoderando de los que tienen mucho que decir en la prensa o en los medios de comunicación social.

No faltan quienes piensan en el hombre como “máquina perfeccionable”. Se mueven en la línea de los robots “optimizables” cuyas piezas son intercambiables, buscando su mejor rendimiento, dejando a un lado su condición personal. Desde este punto de vista, la línea ética se adelgaza hasta límites dramáticos. ¿Dónde está el límite de la investigación biológica? ¿Tiene límites la investigación sobre el “robot-hombre”?

Si a los pobres, frágiles, débiles y desposeídos de este mundo se les sustrae incluso el derecho a decir “yo soy persona”, “yo soy alguien” ¿qué les queda? Los que no son nadie ¿cómo van a pedir justicia?

La aceptación o rechazo de la idea de persona tiene repercusiones no sólo filosóficas, sino políticas. La negación de la persona como sujeto de derechos puede encerrar una coartada “intelectual” para legitimar abusos de poder e impedir que las víctimas apelen al derecho.

Pues bien, a esta retrogradación del ser humano al nivel de lo maquinal o de lo animal, la fe cristiana no puede sino oponer un “no” categórico.

El concepto bíblico de ‘imagen de Dios’ nos lleva a una relación recíproca hombre-Dios. Dios es el “tú del hombre” y el hombre es el “tú de Dios”.

Cuando Dios mira a la criatura se encuentra reflejado en ella. Cuando Dios crea a Adán no crea una naturaleza entre otras, ni una cosa entre otras, sino un “tú personal” con el que relacionarse.

No crea un mero objeto de su voluntad, sino un ser correspondiente, capaz de responder al “tú” divino. Crea una “persona”.

El nombre y el rostro. A veces decimos “no caigo en quién es, no le pongo cara”. Otras veces, “sé quién es pero no le pongo nombre”. En las relaciones interpersonales son fundamentales el rostro y el nombre.

Todos hemos experimentado la alegría que sentimos, aunque no lo manifestemos, cuando alguien nos llama por nuestro nombre. A la vez, decirle a alguien “oye tú” es sinónimo de desprecio. Cuando se quiere humillar a alguien se le quita el nombre y se le pone un número. De esta forma “se despersonaliza”.

Lo mismo podemos decir con el rostro. Es muy importante reconocer a otros y que los otros nos reconozcan. La pregunta “¿pero no te acuerdas de mí?” suena como una bofetada: “pues no, ahora mismo no caigo”. Es lo mismo que si nos “ningunearan”. “La cara es espejo del alma”, se suele decir. En efecto, por los rasgos que están marcados como a fuego en una persona podemos intuir algo de su historia: su serenidad o su crispación, sus sufrimientos que han dejado fisuras; los ojos penetrantes, la mirada esquiva...

El rostro y el nombre son fundamentales para nuestra identidad, para sentirnos distintos de los demás y reconocidos por ellos. Ellos son fundamentales para nuestra relación.

Relación en libertad. La filosofía moderna insiste en que lo propio de las personas es que se relacionan: que hablan y discuten, que aman y odian, que conviven y se encierran, que construyen y que destruyen. También en la experiencia religiosa se insiste en que no es posible rezarse no se busca, se grita, se adora a un Tú (Dios).

A pesar de que hoy el subconsciente social sospecha del valor de lo “comunitario” y prefiere el valor de lo ‘individualista’ (no del ‘individuo’), nadie se atreve a cuestionar la necesidad y la importancia de los otros en la felicidad del ser humano.

Así lo demuestra la división social del trabajo (unos dependemos de otros), las fiestas y diversiones en grupo... Podemos decir, por tanto, que persona es “aquel ser que dispone de sí mismo para hacerse disponible a los demás (para relacionarse)”.

Para los creyentes la afirmación de la libertad es irrenunciable. Para la fe cristiana, el mundo, creado por Dios, no es el escenario de unos poderes cósmicos anónimos (Zodíacos, astrologías, fuerzas de la naturaleza sin control, el destino caprichoso) tampoco es el espejo de un monólogo de un dios que juega con los hombres como se juega con una marioneta.

El mundo es, para los cristianos, el resultado del **diálogo entre dos libertades**, la divina y la humana. Más aún; la fe se comprende a sí misma como la respuesta libre a una llamada libre, que supone en los destinatarios de la buena noticia del evangelio la capacidad de cambiar responsablemente el rumbo de sus vidas.

La fe nace de la “audición” de una palabra que no es propia, sino ajena y que convoca a la conversión. La fe ofrece la libertad gratuita del perdón y de la novedad de la vida; por tanto suscita en quien se abre a ella la decisión propia, presupone y necesita de la libertad.

b) Dios nos conoce por nuestro nombre

Cuando recorremos la Escritura podemos ver la importancia que tiene el “nombre”. El nombre es revelador del misterio de la persona; así nos lo indican los textos en que las mujeres del Antiguo Testamento ponen nombre a los hijos a partir de la experiencia del parto.

Los nombres pueden ser simbólicos. Encierran un mensaje de Dios para su pueblo. Así lo encontramos

en Isaiás, cuando Yahveh le indica al profeta que ponga al primer hijo **“un resto volverá”** (Is 7,3), y al segundo **“pronto al saqueo, presto al botín”** (Is 8,1). También lo encontramos en Oseas, que llama a su segundo hijo **“No compadecida”** (Os 1,6), y al tercer hijo **“no mi pueblo”** (Os 1,9).

En los relatos de vocación se repite que Dios llama por el nombre. No se trata, por tanto, de una relación anónima. Lo encontramos tanto en la vocación de **Samuel** (1Sam 3, 4 ss.) como en las teofanías de **Moisés** (Ex 3,4) y **Elías** (1Re 19,9).

El nombre no es definitivo. Con frecuencia vemos cómo Dios mismo cambia el nombre de una persona cuando cambia la misión que le encomienda.

Abrán pasa a ser **Abrahán** y **Saray** a **Sara**. **Jacob** se transforma en **Israel** después de luchar con Dios. En el Nuevo Testamento destacan las transformaciones de **Simón** en **Pedro** y de **Saulo** en **Pablo**.

La fe en un Dios personal supone creer en un Dios con el que nos podemos relacionar. Dios nos conoce a cada uno por nuestro nombre y nosotros le conocemos porque se nos ha dado en Jesucristo. Con él y por él podemos llamar a Dios “Abbá”.

La relación que se establece entre el creyente y Dios no es ya la del deudor sometido a una enorme cantidad que no puede pagar, ni la del esclavo que se sabe nada ante la divinidad.

Una experiencia cristiana debe recuperar la estima que procede de las propias posibilidades y del amor que Dios nos tiene de forma totalmente desinteresada. Cuando la cuenta de resultados, los méritos, atenazan una relación de hijo con Dios, hay que ayudar a la persona a que entre en la dinámica de la gratuidad.

c) Hemos sido comprados a precio de sangre

En el gran texto de antropología teológica que abre la Escritura, la concepción del ser humano es

de una altísima dignidad. Lo primero que hace Dios respecto al hombre es bendecirle; así lo leemos en el primer capítulo del Génesis. Anterior al pecado, es la bendición.

Es más, el autor bíblico afirma que el hombre ha sido creado a “imagen y semejanza” del mismo Dios. De ninguna otra criatura se afirma nada semejante.

Y en uno de los textos emblemáticos de la fe cristiana el profeta Isaías anunciará la irrupción de Dios en la historia. El Mesías esperado de Dios, el Emmanuel, es “Dios con nosotros”.

Mucho más radical se presenta el Nuevo Testamento. Los creyentes seguimos contemplados extasiados el misterio de Dios que no es que tome forma humana, sino que se hace uno de nosotros.

San Juan lo afirma de forma contundente: la Palabra eterna de Dios, se ha hecho “carne” en la persona de Jesús. Por pura gracia, por puro amor, hemos sido ‘comprados’, dice san Pablo en 1Cor y san Juan en el Apocalipsis.

San Pedro dirá “rescatados”. Tanto el autor del último libro de la Escritura como el de la carta petrina insisten en que el precio fue la sangre de Jesús.

Habéis sido comprados a gran precio; glorificad, pues, a Dios en vuestro cuerpo (1 Cor 6,20)

A gran precio fuisteis comprados, no os hagáis esclavos de los hombres. (1 Cor 7,23)

Sabed que habéis sido rescatados de vuestra vida estéril, heredada de vuestros mayores, no con bienes perecederos, como el oro o la plata,

sino con la preciosa sangre de Cristo, el cordero sin tacha ni defecto, (...) por amor hacia vosotros (1 Pedro 1,18)

Eres digno de tomar el libro y abrir sus sellos porque fuiste degollado

y con tu sangre compraste para Dios hombres

de toda raza, lengua, pueblo y nación; y has hecho de ellos para nuestro Dios

un reino de sacerdotes y reinan sobre la tierra. (Ap 5,9)

El acompañante puede ayudar al enfermo a descubrir la gracia de Dios; a que se reconozca como “rescatado por Dios” en la persona de Cristo.

No es un ejercicio de calcular los méritos, ni hacer un balance a ver si le salen las cuentas. Es aprender a tener un corazón agradecido al Dios que se nos ha dado del todo en la persona de su Hijo.

3. “Tu acento te delata”

(Mt 26,73).

Cuando Pedro está calentándose a la puerta de la casa de Caifás, una mujer le reconoce por el acento. Es verdad. Todos distinguimos a un andaluz de un gallego; a un aragonés de un manchego.

La mujer de Jerusalén oye a Pedro y dice en voz alta: tú eres de Galilea, tu acento te delata.

¿Cuál es el acento de Jesús? y consecuentemente ¿cuál es el acento de sus discípulos? ¿Tenemos un acento por el que se nos pueda distinguir en esta sociedad?

a) Perdón con entrañas

Ni culpabilizar ni victimizar. Con frecuencia es nuestras relaciones humanas bien culpabilizamos a otras personas, bien hacemos víctimas de nuestra comprensión del mundo y de la realidad. Los maestros de la Ley y los fariseos que llevan a la mujer pecadora no buscan salvarla ni que se recupere como persona (Jn 8, 1ss). En nombre de “su Dios” y del orden que ellos dicen mantener ponen a la persona por debajo de la norma. Con su sentencia “yo tampoco te condeno” Jesús abre todo un camino de actuación para sus discípulos.

La persona está llamada a entrar en la misericordia de Dios que recupera, reestablece, dignifica, levanta... no a entrar en las sendas de la condena, de las víctimas, de los sacrificios humanos.

La mirada de Jesús. "Sólo se ve bien con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos", dice el principito de Saint Exupery. Es cuestión no sólo de tener bien los ojos de carne, sino de ser sensible, de ver las realidades que nos rodean y dejarnos afectar por ellas.

En el ámbito más cercano del mundo religioso dos canciones, que recuerde, recogen en su estribillo la importancia de mirar como mira Dios: "El mirar de Dios es amor", dice uno de los estribillos. El otro canta en un verso:

*"Enséñame a mirar como tú,
a ver las cosas como tú las miras.
Enséñame a mirar como tú,
A ver las cosas como tú las ves"*

Podemos preguntarnos cómo es nuestra mirada. Si hacemos este ejercicio, descubriremos que a veces es **huidiza**; vemos y miramos a otro lado, como cuando se trata de un pobre que nos molesta.

Otras veces es de **refilón**, como si nos diera vergüenza que él viera que le vemos, pero que no queremos intervenir. Otras es **cómplice**, como cuando miramos a otros para que nos confirmen lo que estamos pensando.

También hay una mirada dura, **recriminatoria**, como si la otra persona tuviera alguna culpa. Están las miradas severas, sobre la realidad.

También está la mirada llena de **ira**, de **dolor** de las personas que han sufrido una injusticia. Por fin, está la mirada llena de **ternura**, de amor, de misericordia, propia de la madre.

El evangelio insiste en que Jesús miraba y se fijaba en las personas. Se fija en **personas concretas**, como la viuda de Naín o la viuda del Templo, o la mujer encorvada... y se fija en las multitudes que están desorientadas y abatidas.

Es una mirada inteligente (ve más de lo superficial, de lo evidente).

Es una mirada que responde a sus sentimientos; unas veces es de cariño, otras compasiva, otras llenas de indignación.

Marcos nos presenta a un Jesús profundamente humano y recoge cómo es la mirada de Jesús. En una ocasión, al joven rico, Jesús mira con cariño: "*Jesús le miró fijamente con cariño*". (Mc 10,21).

En otra ocasión, enfrentándose a los fariseos y herodianos por su dureza de corazón dice que les miró indignado y apenado (Mc 3,5; Lc 6,10).

Mateo insiste en que la mirada de Jesús busca al pueblo. Jesús ha sido enviado por el Padre a predicar a las ovejas descarriadas de Israel.

Por eso insiste en que la mirada de Jesús ve el sufrimiento y la desorientación de la gente. Jesús recorre todos los pueblos anunciando la buena noticia y curando dolencias:

"Al ver el gentío sintió compasión de ellos porque estaban abatidos y descarriados como ovejas que no tienen pastor" (Mt 9,36).

Un poco más adelante lo recoge de nuevo. Después de la muerte de Juan Bautista, Jesús se retira a un lugar tranquilo para estar a solas,

Pero "*cuando Jesús desembarcó, vio aquel gran gentío, sintió compasión de ellos, y curó a todos los que traían*" (Mt 14,14).

Lucas es el que más insiste en describir cómo es la mirada de Jesús. Es una mirada profunda, atenta, llena de compasión, que se fija especialmente en los más débiles. Fiel a su línea teológica, se fija en las mujeres y en los pecadores.

Ve a la viuda de Naín y entra en el dolor desgarrado de la madre que ha perdido lo único que tenía: "*Jesús, al verla, se compadeció de ella y le dijo: 'no llores'*" (Lc 7,13). Un poco más adelante

Jesús se queda mirando fijamente a la mujer encorvada: *“Jesús, al verla, la llamó y le dijo: mujer, quedas libre de tu enfermedad”* (Lc 13,12).

En las jornadas previas a su pasión, estando en el Templo, se detiene a observar a una viuda que echa unas monedas: *“Jesús vio a una viuda pobre que echaba monedas de poco valor”* (Lc 21,2).

Jesús ve a Zaqueo (pecador): *“Como era bajo de estatura, no podía verlo a causa del gentío (...) Jesús levantó los ojos y dijo: Zaqueo, baja en seguida porque hoy tengo que alojarme en tu casa”* (Lc 19,2.5).

La importancia de la mirada en san Lucas se percibe también en las dos grandes parábolas. En ambas el verbo “ver” está unido al de “compadecerse”. En la parábola de “los dos hijos”, el padre al ver que regresa el pequeño se echa a correr y cuando lo alcanza lo cubre de besos. En la del buen samaritano Jesús, fiel a los profetas del Antiguo Testamento, nos desvelan en qué consiste la verdadera religión según Dios.

Es fundamental fijarse en el verbo ver y las consecuencias que se siguen a estar forma de ver. ¿Dejamos que la necesidad del otro entre en nuestra vida? (1). *“Un sacerdote bajaba casualmente por aquel camino, y al verlo se desvió y pasó de largo’.* (2) *‘Igualmente un levita que pasó por aquel lugar, al verlo, se desvió y pasó de largo’* (3) *‘Pero un samaritano que iba de viaje, al llegar junto a él y verlo, se compadeció’* (Lc 10,31-33).

Sin duda alguna la parábola de Jesús tiene que ver con la religión, pues están implicados dos profesionales del Templo de Jerusalén y una persona que oficialmente estaba considerada como “cismática”.

Aquí es donde Lucas carga las tintas: El sacerdote y el levita miran pero no quieren ver. Sus ojos están cegados por una falsa concepción de la religión que les lleva a no compadecerse y a evitar el contacto con el hombre medio muerto, precisamente para salvaguardar un precepto.

El veredicto que podemos sacar todos es claro y contundente: es una religión sin humanidad, una religión que no puede ser de Dios, sino que es de cumplir una Ley dura y ajena a lo humano.

El fariseo, sin embargo, supo poner los ojos en el desvalido; aún más, se volcó sobre él. El evangelista describe pormenorizadamente por medio de verbos el contacto con el hombre herido: se acerca, cura sus heridas, le extiende por el cuerpo vino y aceite, lo monta en su cabalgadura y lo lleva a un lugar donde personalmente lo atiende.

Así destaca la cercanía del samaritano frente a la postura cobarde, huidiza y sin entrañas de ambos personajes religiosos que endurecieron el corazón y se pasaron al otro lado del camino. Se trata, en definitiva, de una religión con las entrañas de Dios

El título de esta sección puede ser extraño: “perdón con entrañas”; pero es necesario explicitarlo, pues un perdón que culpabilice o humille al otro no es de Dios.

b) La misión sanadora de Jesús

La revelación del Dios-misericordia se revela en obras y palabras. Así nos lo recuerda el **Concilio Vaticano II**. De la misma forma, la predicación y la sanación van inseparablemente unidas en la misión de Jesús.

No nos podemos imaginar a un Jesús predicador itinerante del Reino que llevara una vida ajena a su mensaje; tampoco a un Jesús que hiciera grandes signos al margen de la conciencia que él tenía de haber sido envidado a anunciar la Buena Noticia.

Desde un punto de vista exclusivamente humano, Jesús se compadece de los enfermos. No es este el momento de estudiar los milagros de curación de Jesús.

Jesús cura y da libertad. Desde un punto de vista religioso las curaciones de Jesús tienen importantes consecuencias.

Por una parte Jesús rompe el esquema «pecado-enfermedad-culpa». Como bien sabemos, la concepción judía unía las enfermedades al pecado, bien de la persona que lo sufría o, lo que aún es más trágico, de sus progenitores.

Todos recordamos la tremenda pregunta que le hacen al ciego de nacimiento: “¿Quién ha pecado, este o sus padres para que naciera ciego?” (Jn 9,2).

Esta mentalidad forma parte aún de la concepción vigente en muchas ocasiones, cuando ante una enfermedad espontáneamente preguntamos «¿Dios mío, qué te he hecho?» o «¿qué he hecho yo para merecer esto?».

Jesús cuando sana está proclamando que esa persona no tiene culpa. La exculpación y consiguiente reconciliación con Dios es muy importante para tantos enfermos que buscan una razón religiosa, aunque sea falsa, que explique su enfermedad.

Por otra parte la sanación de Jesús acaba con el binomio «pecado-exclusión» fruto de una lectura maximalista de la Ley. Las enfermedades contagiosas (leprosos) conllevaban la carga de la marginación. Es verdad que la Ley de Moisés así lo establecía:

“El leproso andará harapiento, despeinado, la cara medio tapada y gritando: ¡Impuro, impuro! Mientras le dure la lepra será impuro y, siendo impuro, vivirá aislado, fuera del campamento”. (Lev 13, 45-46)

Podemos imaginarnos cómo debía sonar a los primeros judíos este evangelio. ¡Jesús se atreve a incumplir la Ley de Moisés! Unos se sublevarían, otros se estremecerían de alegría.

La curación del leproso suponía su reintegración en la comunidad. *“En esto se le acercó un leproso, se puso de rodillas ante él y le dijo: “Señor, si quieres puedes limpiarme”. Jesús extendió la mano, lo tocó y dijo: “Quiero. Queda limpio”. Y al instante quedó limpio de su lepra”.* (Mt 8,2)

Aún más; Jesús se atreve a romper con el esquema «pecado-impureza» que tanto daño hacía.

Para una persona religiosa los propios flujos naturales del cuerpo, tanto masculino como femenino, son fuente de «impureza» (Lv 12). La hemorroísa lleva muchos años sufriendo, nos dice Marcos (Mc 5,20) y Jesús le da la salud y le devuelve su dignidad.

En esta misma línea del esquema «pureza-impureza» sorprende cómo san Lucas describe la actuación del buen samaritano. La persona religiosa no podía ni siquiera acercarse al cadáver.

Dieron “un rodeo”, dice el tercer evangelista tanto del sacerdote como del levita. Sin embargo aquel desconocido que no estaba sometido a esos prejuicios lo tocó repetidamente: *“Pero llegó un samaritano, que iba de viaje, y, al verlo, se compadeció de él; se acercó, le vendó las heridas, echando en ellas aceite y vino; lo montó en su cabalgadura, lo llevó a una posada y cuidó de él”* (Lc 10,33-34)

Les envió a predicar y a sanar. Que Jesús curaba y liberaba de las pesadas cargas de una Ley mal entendida, es claro. Hay otros textos en el evangelio que nos hablan también de sanar. Esta vez en un contexto de vocación y de misión.

En su evangelio Marcos describe la misión de Jesús con estas palabras: *Después subió al monte, llamó a los que él quiso, y ellos se acercaron a él. Y designó a doce para que estuvieran con él y para enviarlos a predicar con poder de echar los demonios* (Mc 3,14)

Dejamos ahora otros aspectos de la «vocación-misión» tales como la importancia de «estar con él» y la necesidad de «predicar». San Marcos dice explícitamente «con poder de echar demonios».

Han pasado los tiempos de querer ver esos diablillos que el imaginario popular repite una y otra vez.

Hay demonios mucho más peligrosos y corrientes como pueden ser la dignidad humana

pisoteada o la desestructuración de las personas, o la falta de rumbo y de esperanza.

La sanación entendida como reconciliación, como reintegración, como humanización, es fundamental en la misión de Jesús.

Devolver la confianza: El mundo de las parábolas es muy rico. Sólo nos fijaremos en una que hacen referencia al campo. La primera de ellas, la más conocida, es la del sembrador (Mt 13,3ss). Con frecuencia los cristianos nos quedamos en la parte que habla de la semilla que cae en camino o entre abrojos. Muy sesudamente buscamos localizar esas situaciones o personas que hacen infecunda la palabra de Dios sembrada. Si nos lo aplicamos a nosotros, podemos caer en la desesperación: Dios ha sembrado su palabra en nosotros y sólo le respondemos con dureza de corazón o con la caída continua en las trampas de esta vida. Podemos enfocar la parábola desde su parte positiva: *“Otra parte cayó en tierra buena, y dio frutos; una ciento, otra sesenta, otra treinta”* (Mt 13,8).

Cada persona, por débil que sea, o pequeña que se sienta, tiene tierra buena en la que Dios quiere poner una semilla de luz y de esperanza. En definitiva, de salvación. Las parábolas se pueden leer desde la perspectiva de la confianza que Dios pone en cada uno de nosotros para que hagamos historia de salvación.

c) A la luz de la Pascua

Con frecuencia queremos afrontar todos los retos de la vida basándonos en nuestras propias fuerzas, cualidades, recursos y posibilidades.

De esta forma la humanidad se queda dividida entre los que tienen “calidad de vida”, los que tienen “medios” para afrontar todas las dificultades que se presenten, y los que no tienen nada o muy poco.

De cualquier forma, el ser humano se encuentra con el hecho incontestable de la muerte. No consiste en no hablar de ella para “no mentar la bicha”, o

en taparla con absurdas metáforas, como cuando la madre le dice al niño que “el abuelito se ha ido de viaje”.

Tampoco está la solución en buscar métodos pseudocientíficos como la “crionización”, en la espera de que la ciencia podrá en el futuro responder a lo que hoy aún no puede.

La visión anticipada de la gloria futura. En el texto difícil de la Transfiguración (Mc 9,1 ss) aparecen dos figuras señeras del Antiguo Testamento. Moisés y Elías, la Ley y la Profecía. Ambos representan la Antigua Alianza. Son un camino que ha servido al pueblo de Israel para entrar en el misterio de salvación de Dios. Pero son un camino inacabado. La Transfiguración de Jesús, con la manifestación de Dios proclamándole “Hijo amado” es una anticipación de la gloria futura. El camino sigue a Jerusalén; la fe cristiana no quiere tapar el dolor ni llamar con falsos nombres a las limitaciones inherentes a nuestro ser mortales. Pero es necesario tener la certeza de que caminamos por la vía de la esperanza.

Estamos amenazados de Resurrección. Son cada vez más frecuentes las opiniones que nos proponen una disolución en la madre naturaleza, o que nos invitan a aceptar serenamente la desaparición para siempre. El hombre sereno y maduro debe aceptar que somos finitos; debemos aprender a ‘instalarnos en la finitud’.

En este contexto despersonalizador, el anuncio cristiano resulta provocador. No sólo no estamos llamados a desaparecer, sino a vivir con Dios. Los enemigos que giran en torno al hombre como una amenaza permanente, no son el pecado y la muerte; o lo que es lo mismo, la culpabilidad que destruye y la desaparición para siempre.

Nuestra dimensión corporal nos hace participar de todo lo natural, de todo lo vital; nuestra dimensión espiritual hace que sólo nos comparemos y nos midamos con el mismo Dios. De esta forma, todo el hombre es creado y salvado por Dios en su integridad corpóreo-espiritual.

Es la resurrección de la persona, no de uno de sus elementos. Creemos que resucita **Antonio, Carmen, Luis, María** etc. Que cada uno de ellos, con su historia, con su singularidad, con sus limitaciones, han sido amados y salvados por Dios. No podemos pensar en que una parte de su ser vive, sólo lo “espiritual”.

La dimensión íntegra, totalizadora, completa, única e irrepetible del ser humano, forma parte de la visión cristiana del hombre. No somos ni números sin rostro, ni espíritus sin sentimientos, ni materia que rechaza a su creador. Nuestra vocación nos lleva a transformar la tierra y la historia sabiendo que nuestro destino está en Dios mismo.

El Acompañamiento Espiritual. Necesidades espirituales de la persona enferma.

> José Carlos Bermejo

Director del Centro de Humanización de la Salud de Tres Cantos. Madrid.

Uno de los signos de humanización del mundo de la medicina, que encontramos especialmente en el ámbito de los cuidados paliativos, es la importancia otorgada a los aspectos espirituales.

Fundamentados en una sana antropología y conscientes del límite, aceptado e integrado, que impone la enfermedad y la proximidad de la muerte, los cuidados paliativos constituyen una señal relevante de que los hombres nos preocupamos no sólo de curar a quien está enfermo, sino de cuidar con amor a quien no puede ser curado.

He aquí algunas reflexiones en torno a los aspectos espirituales en el enfermar humano que esperan contribuir a la reflexión interdisciplinar y servir a quienes se interesan por los enfermos, no sólo desde el punto de vista pastoral, sino en el sentido integral, ya sea en sus domicilios, en los hospitales o centros residenciales que cada vez existen en mayor número¹. ▶



1. Aclaración terminológica.

El mundo de la salud y de la lucha contra el sufrimiento y la enfermedad está en constante progreso. Una de los avances más sorprendentes es el que tiene lugar con el desarrollo de los métodos diagnósticos y terapéuticos para afrontar cada vez mejor las diferentes enfermedades que acechan a la humanidad.

No obstante, el esfuerzo permanente por luchar contra la enfermedad, sus causas y sus consecuencias, entre las que figura la muerte como última, no elimina la necesidad de trabajar también en la generación (o quizás recuperación) de una cultura que, integrando la muerte como dimensión propia de la vida, preste una particular atención a los enfermos y proponga un modelo de cuidados esmerados a quienes experimentan en primera persona la vulnerabilidad humana bajo la forma de enfermedad.

La creciente conciencia de que la salud es una experiencia biográfica más que una simple disfunción

en algún órgano o la ausencia de traumatismos, está contribuyendo a repensar modelos de intervención no centrados exclusivamente en la patología, sino en todas las dimensiones de la persona.

Por otra parte, el creciente interés por el tema de la muerte y de la comunicación en las profesiones de salud, se dan cita en los cuidados paliativos, que reconocen en las bases de la terapéutica paliativa elementos que le son íntimamente propios a la humanización, como son: la atención integral, la consideración del enfermo y de la familia como unidad a tratar, la promoción de la autonomía y dignidad del enfermo, la concepción terapéutica activa y la importancia de los ambientes de salud².

Es necesario subrayar que la dimensión espiritual y la dimensión religiosa, íntimamente relacionadas e incluyentes, no son necesariamente coincidentes entre sí. Mientras que la dimensión religiosa comprende la disposición y vivencia de la persona de sus relaciones con Dios dentro del grupo al que pertenece como creyente y en sintonía con modos concretos de expresar la fe y las relaciones,

**La dimensión espiritual
es más vasta, abarcando
además el mundo de
los valores y de la pregunta
por el sentido último de las
cosas, de las experiencias³.**

2- Cfr. "Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)", Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993, p. 11.

3- Dice Brusco: "El acompañamiento espiritual comprende en primer lugar las actitudes internas como el respeto, la comprensión, una equilibrada participación afectiva, formas de amor sin las cuales no es posible ayudar a una persona que sufre. Tales disposiciones permiten al agente de pastoral favorecer en los enfermos, para los cuales la dimensión espiritual se exprese religiosamente, la utilización apropiada de los recursos religiosos, como la oración, la Biblia, los sacramentos". Cf. BRUSCO A., "L'operatore pastorale", en: DI MOLA G., (ed.), "Cure palliative. Approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili", Milán, Masson, 1988, p. 186.

La dimensión espiritual, pues, abarca la dimensión religiosa, la incluye en parte. En ella podemos considerar como elementos fundamentales todo el complejo mundo de los valores, la pregunta por el sentido último de las cosas, las opciones fundamentales de la vida (la visión global de la vida).

Cuando la dimensión espiritual llega a cristalizar en la profesión de un credo religioso; cuando el mundo de los valores, de las opciones fundamentales, la pregunta por el sentido, cristalizan en una relación con Dios, entonces, hablamos de dimensión religiosa. Muchos elementos pertenecen, pues, a la dimensión espiritual, irrenunciable para toda persona, pero no todos los individuos dan el paso de la fe: la relación con Dios, la profesión de un credo, la adhesión a un grupo que comparte y concelebra el misterio de lo que cree.

Angelo Brusco, dice que *“espiritualidad es el conjunto de aspiraciones, convicciones, valores y creencias capaces de organizar en un proyecto unitario la vida del hombre, causando determinados comportamientos. De esta plataforma de interrogantes existenciales, principios y valores parten caminos que llevan a elevadas metas del espíritu. Es el caso de la espiritualidad religiosa, que radica tales principios y valores en la relación con un ser trascendente. En la religión cristiana, este ser trascendente es el Dios que por medio de Jesucristo nos ha sido revelado, un Dios con el cual establece el creyente una relación de amor del cual saca la fuerza para realizar su proyecto de vida en el ámbito de todas las dimensiones del ser”*⁴.

Si bien contamos con “ministros” religiosos para atender la dimensión espiritual y religiosa de los que se adhieren a un grupo determinado, la dimensión estrictamente espiritual no es tarea exclusiva de los así llamados “agentes de pastoral” (sacerdotes, pastores, capellanes, religiosos, seglares),

sino que es tarea de todo profesional sanitario estar atentos a la dimensión espiritual de los pacientes, de modo especial en la última fase de la vida, cuando esta dimensión cobra una especial relevancia.

Efectivamente, *“lentamente se está introduciendo en el contexto cultural norteamericano lo que ya se ha denominado el paradigma de lo espiritual. La cuestión del espíritu está adquiriendo un peso específico en la reflexión en torno al cuidar, pues se ha puesto de relieve que el ejercicio de cuidar no puede referirse exclusivamente a la exterioridad del ser humano, sino que requiere, también, una atención a su realidad espiritual, es decir, a lo invisible del ser humano. Inclusive en una cultura de carácter pragmático y utilitarista como la norteamericana, la cuestión del espíritu está adquiriendo una cierta trascendencia, lo que parece socavar sus fundamentos antropológicos tradicionales”*⁵.

1. Necesidades espirituales de la persona enferma.

Aclarada la diferencia entre dimensión espiritual y dimensión religiosa, nos proponemos adentrarnos en el mundo de las necesidades espirituales.

A este respecto, no es infrecuente encontrar dificultad a nombrarlas cayendo, con una cierta frecuencia en las puras necesidades que otros calificarían de psicológicas. Salvadas las necesidades específicamente religiosas, relacionadas con la celebración de la fe, numerosas necesidades pueden ser descritas por la psicología y por la reflexión sobre la espiritualidad. Ahora bien, la identificación

4- BRUSCO A., "Madurez humana y espiritual", San Pablo, Madrid 2002, p. 37.

5- TORRALBA F., "Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar", en: "Labor Hospitalaria", 1999(3) n. 253, p. 267.

de algunas de ellas como específicamente espirituales nos refleja un modo de considerar al hombre y un punto de partida desde el que le queremos comprender a la persona: una visión holística.

La **Organización Mundial de la Salud** dice que lo *"espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales"*.

No es lo mismo que "religioso", aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso.

El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos y sociales. A menudo se percibe como vinculado con el significado y el propósito⁶.

"Pertenezcamos o no a una religión, la preparación para acompañar a las personas que finalizan su vida debiera tomar en consideración la dimensión espiritual del ser humano. No sólo no debiéramos avergonzarnos, sino que deberíamos saber que hay ahí una eficacia de otro orden, la eficacia del corazón", ha afirmado recientemente **De Hennezel** y **Leloup**⁷.

Barbero⁸ afirma que el concepto de necesidad es ambiguo. En principio, necesidad se refiere clásicamente a un objeto cuya falta puede ser llenada por el objeto mismo.

Pero ya **Maslow** nos invita a tomar conciencia de la diversidad de necesidades, que -con todos sus límites- él clasifica de manera jerárquica: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y reconocimiento y de autorrealización.

La no satisfacción de necesidades físicas suele entrañar sufrimiento y normalmente su satisfacción viene dada por objetos. Sin embargo, las necesidades psicológicas hacen referencia a relaciones interpersonales y la satisfacción viene más por la vía de la relación. También hablamos de necesidades espirituales, y su no satisfacción entraña sufrimiento igualmente.

Algunos autores nos pueden ayudar a dar definición o concreción a éstas, aunque se han desarrollado más en el ámbito de los enfermos terminales, por la importancia que éstos le dan a la dimensión espiritual.

C. Jomain⁹ define las necesidades así: *"necesidades de las personas, creyentes o no, a la búsqueda de un crecimiento del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o que están todavía deseando transmitir un mensaje en su vida"*.

Cecily Saunders¹⁰ se refiere a lo espiritual como el campo del pensamiento que concierne a los valores morales a lo largo de toda la vida, donde se dan cita recuerdos de defecciones y cargas de culpabilidad, apetencia de poner en primer lugar lo prioritario, de alcanzar lo que se considera como verdadero y valioso, rencor por lo injusto, sentimiento de vacío... etc.

Así también, hay quien habla de espiritualidad en términos operativos: la capacidad de trascender las realidades de funcionamiento de uno (física, sensorial, racional y filosófica), a fin de amar y ser amado dentro de la propia comunidad, para dar significado a la existencia y manejarse con las exigencias de la vida¹¹.

6- WHO. Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Comité. Technical Report Series 804. Geneva, WHO, 1990.

7- DE HENNEZEL M., LELOUP J.Y., "El arte de morir. Tradiciones religiosas y espiritualidad humanista frente a la muerte", Barcelona, Helios, 1998, pp. 38.

8- Cfr. BARBERO J., "El apoyo espiritual en cuidados paliativos": Labor Hospitalaria 263 (2002), pp. 6-7.

9- JOMAIN C., "Morir en la ternura", San Pablo, Madrid 1987.

10- SAUNDERS C., "Spiritual Pain", Journal of Palliative Care, 4 (1988), p. 3.

11- HAY M., "Principles in building spiritual assessment tools", American Journal of Hospice Care, 1989, pp. 25-31.

Citemos finalmente a Speck¹² que describe la espiritualidad desde tres dimensiones: la capacidad de trascender lo material, la dimensión que tiene que ver con los fines y valores últimos y el significado existencial que cualquier ser humano busca.

Cada vez se es más consciente de la importancia de la detección de las necesidades espirituales¹³.

Se va abriendo camino, justamente promovido por la filosofía de los cuidados paliativos, un estilo relacional en salud que se define como holístico, centrado en la persona, integral, donde se contemplan las necesidades que tienen que ver con la dimensión física, la intelectual, la emotiva, la social o relacional y la espiritual.

Si bien en muchos hospitales públicos y privados se reconoce la figura encargada de los servicios religiosos, es competencia de todos los profesionales de la salud la detección y atención a las necesidades espirituales. Dice Gómez Sancho: *"Entender el asunto de que las necesidades espirituales y religiosas no son sinónimas, tiene una gran importancia práctica. No es asunto exclusivo del sacerdote o pastor intentar hacer frente a este tipo de necesidades. Todos los componentes del equipo pueden y deben, en uno u otro momento, ayudar al enfermo en unos aspectos de su recorrido, tan importantes como intangibles"*¹⁴.

No obstante, poco avanzada parece estar la construcción de herramientas para detectar las

necesidades espirituales. Parece que nos movemos en un terreno aún poco explorado.

3. Acompañamiento en el plano espiritual.

Acompañar viene del latín *cum-panis*. Su significado tiene relación simbólica con lo que podríamos expresar así: "comer pan juntos", sentarse a la mesa emocional y espiritual del enfermo y intercambiar cuanto hay en ella: sentimientos, deseos, preocupaciones, esperanzas...

Acompañar en los sentimientos y esperanzas del otro pasa entonces por hacer un camino con el que sufre, yendo a su ritmo, acompasando las notas musicales del mundo interior.

La psicología pastoral nos permite tomar conciencia de los elementos fundamentales del acompañamiento espiritual con la expresión *relación pastoral de ayuda o counselling pastoral* a los que se les está prestando una atención creciente en los últimos años por ofrecer los recursos en términos de actitudes y habilidades para un acompañamiento oportuno.

Acompañar significa, pues, disponerse a entrar en tierra sagrada "descalzos", libres de algunas tendencias más o menos arraigadas como las de moralizar sobre lo que el enfermo dice, siente, ha hecho, etc.; la de responder con frases hechas y consuelos baratos (tópicos: "otros están peor", "hay que animarse", "con el tiempo todo se cura", etc.); la tendencia a investigar o a llenar la visita

12- SPECK P.W., *Spiritual issues in palliative care*, en DOYLE, D., GWC HANKS, Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press, Oxford 1993.

13- Cfr. LARRU J.Mª, "Las necesidades espirituales y la ética en las Unidades de Cuidados Paliativos", en AAVV., "La medicina paliativa, una necesidad socio-sanitaria", Bilbao, Hospital de San Juan de Dios, 1999, pp. 299-322.

14- GOMEZ SANCHO M., "Cuidados paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales", Vol. II, Canarias, ICEPSS, 1988, p. 800.

de preguntas; la tendencia a decir al otro lo que tiene que hacer, lo que tiene que sentir o pensar ("no te preocupes", "no estés triste", "no te desanimes", "tienes que...", etc.). Sobre todo, evitar la tendencia a decir aquello que uno mismo no se cree ("todo irá bien", etc.).

Acompañar comporta "hacerse cargo" de la experiencia ajena, dar hospedaje en uno mismo al sufrimiento del prójimo, así como disponerse a recorrer el incierto camino espiritual de cada persona, con la confianza de que la compañía sana (que significa también "saber no estar"), ayude a superar la soledad, genere comunión y salud en el sentido holístico, global, integral.

Quien sabe acompañar, en efecto, genera salud. Consigue, con su discreta presencia, un mayor confort físico, una mayor estabilidad emocional, una compañía para compartir las preguntas por el sentido, las inquietudes y malos momentos que conlleva la enfermedad. Quien sabe acompañar mata la soledad con su delicada presencia, se mete en los zapatos de su prójimo, se acomoda a su perspectiva y se sienta a su mesa personal con todos los sentidos en clave de servicio.

El que acompaña no dirige, sino que camina al lado; no impone, sino que insinúa; no aconseja, sino discierne en común.

1. Abordaje de las necesidades espirituales

Desde el plano espiritual, entendemos que el fin del acompañamiento consiste en detectar las necesidades e intentar acompañar a la persona en su satisfacción. Se trata de intentar eliminar el sufrimiento innecesario, luchar contra el sufrimiento injusto y evitable, mitigar en lo posible el sufrimiento inevitable, asumir el sufrimiento que no se puede superar en actitud sana¹⁵. Es decir, se

trata de acompañar a vivir el enfermar de manera apropiada -no expropiada por el ayudante-, es decir, en clave de relación sana consigo mismo, con los demás, con el mundo y -para el creyente- con Dios, manteniendo en todo lo posible el protagonismo.

- Procurar soporte emocional y espiritual.

Efectivamente, una de las funciones importantes del acompañamiento o relación de ayuda en la enfermedad es la función catártica. Por medio de ella el individuo tiene la capacidad de liberarse de una serie de tensiones emotivas que le han sido generadas por su situación de malestar¹⁶.

Ofrecer la oportunidad de drenar las emociones, compartir los miedos, hablar espontáneamente de lo que hace sufrir, de la muerte cuando el paciente o la familia lo desea, dar nombre a los sentimientos, acompañar a utilizar la energía de los mismos y hacer la paz con que éstos han de colorear la experiencia de sucesivas pérdidas, constituye uno de los retos más importantes del ejercicio del rol de facilitador y de intermediario propio del profesional, especialmente del agente de pastoral.

**En este sentido,
es importante
constatar que la relación
de ayuda puede disminuir
el riesgo de duelo
patológico entre
familiares y amigos.**

15- Cfr. PAGOLA J.A., "Acción pastoral para una nueva evangelización, Santander, Sal Terrae, 1991, p. 155-158.

16- OJEDA MARTIN M., GOMEZ SANCHEO M., "La comunicación en la relación de ayuda", en: GOMEZ SANCHEO M., "Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales", o.c., p. 271.

Sabemos que una de las causas más frecuentes de que los familiares tengan problemas en la elaboración del duelo, son los sentimientos de culpa ante la idea de no haber hecho todo lo posible por su ser querido¹⁷.

Susana Tamaro, en su novela "Donde el corazón te lleve", ha escrito: "Por haber vivido tanto tiempo y haber dejado a mis espaldas tantas personas, a estas alturas sé que los muertos pesan, no tanto por la ausencia, como por todo aquello que entre ellos y nosotros no ha sido dicho"¹⁸.

El soporte emocional comporta también acompañamiento a elaborar el dolor por las pérdidas. Un interesante planteamiento ha sido hecho por Sandro Spinsanti, que plantea una cuestión de radical importancia: "La tarea principal de un profesional de relación de ayuda, ¿consiste en acallar, con los medios a su disposición, el dolor de la separación para hacerlo tolerable? Y si queremos dar a la cuestión la forma de un dilema: ¿Debe tenderse a eliminar el dolor de la separación o a elaborarlo en sentido psicológico/espiritual? Las separaciones son sinónimos de sufrimiento. Separarse de alguien o de algo hace sufrir. (...) La tentación del acercamiento humanista consiste en dulcificar las separaciones, especialmente la más angustiosa de todas, la muerte, con una especie de nueva religión, la del acercamiento psicológico, filosófico, que niega la angustia existencial"¹⁹.

El autor aclara que en el antagonismo entre esperanza de vida y angustia de muerte, implícito en todo proceso de separación, el acercamiento humanista se apoya en la concepción filosófica que sabe ver en la muerte no el escándalo o el fracaso, sino la realización del destino humano en

sentido trascendente. La separación pierde así su aspecto más dramático y hasta puede ser integrada en un proceso de crecimiento y de autorrealización.

Pero ¿no corremos así el riesgo de vernos sumergidos en un consuelo barato que quita al dolor de la separación su aguijón? Este dolor que puede tener la capacidad de producir beneficios (sin caer en el dolorismo), no los producirá si se le ahuyenta demasiado solícitamente mediante una práctica consolatoria desarrollada por los profesionales de las relaciones de ayuda.

En último término, si es necesario acompañar con soporte emocional, es necesario también desarrollar la capacidad de dejar al otro solo. Quien es capaz de encontrarse sabrá también separarse, del mismo modo que la separación es el requisito de todo encuentro.

El objetivo, pues, de la relación de ayuda al enfermo no es evitar las separaciones o el dolor que producen, ni esconderlo como la basura bajo la alfombra, sino acompañar a elaborar el dolor: enseñar mediante la misma relación de ayuda (el modo de relacionarse ha de ser modelo para vivir el encuentro y la separación) el arte de separarse y el arte de encontrarse.

- Promover el diálogo en la verdad y la autenticidad

No es fácil cifrar el diálogo con el enfermo en la verdad. Paradigmática de esta dificultad puede ser la relación con el enfermo terminal.

A veces, cuanto más próximo afectivamente es la persona que va a morir más difícil se hace el

17- GARCIA RODRIGUEZ E.D., "Asistencia domiciliaria. La muerte en casa. Coordinación entre los distintos niveles asistenciales", en: GOMEZ SANCHO M., "Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales", o.c. p. 233. Sobre la ayuda en el duelo ver también BERMEJO J.C., "Humanizar el encuentro con el sufrimiento", Bilbao, Desclée de Brouwer, 1999, pp. 59ss.

18- TAMARO S., "Donde el corazón te lleve", Barcelona, Seix Barral, 1996, p. 17.

19- SPINSANTI S., "Le relazioni di aiuto nelle situazioni di separazione", en AAVV., "Le separazioni nella vita", Assisi, Cittadella, 1985. p. 9.

diálogo en la verdad (que es distinto de la comunicación del diagnóstico o de las malas noticias).

Argumentamos, a veces, el miedo a hacer daño con la verdad. Sin embargo, más frecuentemente suele ser el miedo a encontrarnos con nosotros mismos en la verdad del paciente y en la nuestra, lo que nos lleva a evitar el diálogo en la verdad. Quizás la imagen que queremos ofrecer a los otros y por la que tanto trabajamos, al encontrarse con los ojos del enfermo -que vive la hora de la verdad por excelencia- se encuentra con la imagen real, devuelta por sus ojos como con un espejo, y nos desmonta nuestros esquemas, provocándonos miedo.

Quizás argumentamos que la verdad es cruel. Sin embargo, creo que vale la pena pensar que *"la verdad es antídoto del miedo. Lo terrible y conocido es mucho mejor que lo terrible y desconocido"*²⁰.

*"Que el enfermo sorprenda a su médico en un renuncio, supone el golpe más cruel de todos. Además, cuando el médico ha mentido al enfermo, indefectiblemente, la familia también lo ha hecho. Es fácil imaginar lo que puede sentir una persona enferma que descubre que su médico y sus seres queridos (es decir, todos los que le importan) le han mentado"*²¹. Lo mismo podemos decir de los profesionales de la salud.

No estar dispuesto a entablar un diálogo en la verdad puede suponer dejar al paciente en la soledad emotiva y afectiva que puede ser leída también, en algunos casos como una verdadera "muerte social"²²; es el caso, a veces, de la situación en la

que el enfermo tiene que vivir su proceso en medio de la "conspiración del silencio" o de la sospecha de que le engañen. Puede hablarse, en situaciones límite, de verdadera eutanasia social.

"Los pequeños dolores son locuaces; los grandes, callan estupefactos" (Séneca). De ahí la importancia también de compartir el silencio, que muchas veces es más elocuente que muchas palabras.

- Acompañamiento en el manejo de la angustia y de las preguntas difíciles

La presencia de la enfermedad nos interpela²³. En una institución de salud, un día cualquiera, mientras una enfermera iba a sacar sangre y a poner una sonda nasogástrica a una anciana enferma terminal, le dijo: *"Me estoy muriendo. ¿Por qué no me dejáis? Estoy preparada. No me engañes. Sabes que no puedo aguantar días... Ya no me quedan fuerzas"*. Interpelante, conmovedor... Una situación que reta al ayudante en la dimensión espiritual.

"Yo lo veo muy mal. Me huelo lo peor. -Le dijo otro enfermo, éste de 50 años, a la enfermera- Tú ya sabes a lo que me refiero. ¿Crees que saldré de ésta?"

Aquel otro le dijo al agente de salud: *"¿Qué razones tengo yo para esperar? Me lo diga usted. Usted que me conoce, dígame qué puedo esperar yo todavía. Pero sinceramente; no me tome el pelo como todos los demás que no saben decir más que: ¡Ya verás que las cosas irán mejor! ¿Qué significa "mejor" para mí? Tengo la cabeza que... nadie puede imaginar cómo tengo la*

20- GOMEZ SANCHO M., "Las malas noticias", en: GOMEZ SANCHO M., "Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales". o.c., p. 287.

21- GOMEZ SANCHO M. "Cómo dar las malas noticias III. Orientaciones Básicas", en GOMEZ SANCHO M., "Cuidados paliativos: atención integral a enfermos terminales" vol II, o.c., 1988, p.747.

22- Cfr. BERMEJO J.C., "Relación de ayuda. En el misterio del dolor", p.107-110.

23- Algunas de las reflexiones expuestas en este punto, han sido desarrolladas también en BERMEJO J.C., "Impacto de la enfermedad en la vida de la persona", en: AAVV., "El Dios cristiano y el misterio de la enfermedad", Salamanca, Secretariado Trinitario, 1996, pp.13-42.

cabeza... No puedo ni estar sentado, ni leer. Ya no me queda nada. No me queda nada. Y aún así, tengo que esperar. Así lo quieren. Además de estar desesperado, tengo que disimular que no lo estoy. Dígame qué hago yo con este mal. ¡A veces ya no puedo más! Tengo miedo, pero deseo morir de una vez. ¡Dígame usted, ¿qué tengo que hacer, qué tengo que esperar?"

El profesional se encuentra con numerosas situaciones en las que se siente interpelado a acompañar a manejar la angustia. Alonso-Fernández habla de tres tipos de angustia: la "metafísico-religiosa", sentida como culpa o posible condenación y que ha sido estudiada especialmente por Kierkegaard y Jaspers. Otro tipo de angustia sería la existencial, como amenaza de la afirmación del ser ante la muerte, estudiada particularmente por Heidegger. Y, por último, la angustia espiritual, como amenaza de absurdidad de la existencia, estudiada especialmente por Tillich²⁴.

**Acompañar a manejar
la angustia significa
sobre todo dar espacio a la
formulación del impacto
cognitivo y emotivo que la
enfermedad produce.
Se trata de estar abierto
al diálogo y facilitar
el drenaje emocional.**

Pero ante las preguntas difíciles, ante las preguntas sobre el sentido, se requiere una particular disposición del ayudante que comprenda la naturaleza de las mismas. Angel González Núñez ha escrito:

"Hay preguntas que no se plantean para ser contestadas, sino para que ellas interroguen a la persona que las plantea. Le alertarán sobre incertidumbres, incógnitas y misterios que -acompañantes inseparables y huéspedes familiares de la vida de cada día- alberga oficiosamente en su casa. Versan sobre realidades normales y sabidas, como la salud y la enfermedad, el bienestar y el sufrimiento, la satisfacción y la decepción, la esperanza y la desesperanza, el bien y el mal, la vida y la muerte. El hombre va zigzagueando por la vida entre esas polaridades, intentando encontrar el equilibrio sobre la "y" en que ambas se dan la mano. (...) Las preguntas existenciales, vitales y trascendentes no son para ser contestadas, sino para ser vividas. Una respuesta objetiva, universal, definitiva, nadie puede esperarla: sería pretenciosa y vulgar, vana y deshumanizadora. La duda y la pregunta, la incógnita y el misterio, el temor y la esperanza son ingredientes irrenunciables de la vida humana. (...). Nos interesa su arte de plantearlas, su talante para asumirlas, su sabiduría para vivirlas con temor y respeto. Es quizá el modo mejor de humanizarlas y de que ellas nos humanicen"²⁵.

El poeta Rocki escribía: *"Sé paciente con todo lo que queda sin resolver en tu corazón. Trata de amar tus mismas preguntas. No busques las respuestas que no se pueden dar, porque no serás capaz de vivirlas. Vive tus preguntas porque tal vez, sin notarlo, estás elaborando gradualmente las respuestas"²⁶.*

Acompañar a manejar las preguntas difíciles

24- Cfr. ALONSO-FERNANDEZ F., "Psicología médica y social", Barcelona, Salvat, 1989(5), p. 33 y 668.

25- GONZALEZ NUÑEZ A., "Antes que el cántaro se rompa. Sobre la salud, la enfermedad, la muerte y la vida", Madrid, San Pablo, 1993, p. 9-11.

26- Citado por PANGRAZZI A., "La pérdida de un ser querido", Madrid, Paulinas, 1993, p. 107.

supone aceptar incondicionalmente el significado concreto de las mismas para quien las plantea. Supone no escaparse con racionalizaciones o abstracciones, sino centrarse en la persona que nos comunica sus sufrimientos; centrarse en el significado único que para ella tiene cuanto le acontece. Esta actitud se despliega en la destreza de personalizar.

“Personalizar en la comunicación significa ocuparse del significado único que lo que se oye tiene para quien lo pronuncia. Significa acoger los sentimientos únicos con los que el sujeto vive de modo intransferible el impacto de lo que acontece a su alrededor o dentro de sí. Personalizar supone despojarse de muchos principios y convicciones y revestirse de un vacío acogedor.

El que personaliza, el que escucha realmente, el que inspira confianza para abrir el baúl es aquel

que no se escandaliza ante lo que oye, sino que admira con sorpresa el maravilloso mundo que no está en el escaparate, sino en la trastienda de cada uno, que no está en la superficie, sino en lo profundo, allí donde todos somos tan sencillos como niños, allí donde somos frágiles, donde la fantasía nos hace ricos y pobres a la vez y donde la imaginación produce para nuestro beneficio y para nuestra complejidad.

Para el que escucha con interés, una cosa no es importante en sí misma, sino que pasa a serlo, por insignificante que parezca, en el momento en que alguien lo cuenta de sí²⁷.

Acompañar a vivir las preguntas que no tienen

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

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

respuestas, a compartirlas, quizás sea el modo más sabio de elaborarlas.

Quizás aquí serviría también aquella máxima: *"Nunca hables a menos que pienses que puedes mejorar al silencio"*²⁸.

Lejos del profesional de la salud el deseo de anestesiar la pregunta, incluso cuando ésta incomoda a los que la comparten. El reto permanente será también el de evitar todo tipo de frases que tenemos listas para ser dichas sin que estén centradas en la experiencia única de quien comparte la pregunta por el sentido. Kaye dice: *"Deme 10 minutos de escucha interesada, no interrumpida y le diré a Ud. todo lo que necesita saber para ayudarme"*²⁹. Quizás sea también ésta la pista para comprender qué hay detrás de cada persona que plantea las preguntas que nos parecen difíciles de responder.

- *La pregunta por el sentido y la valoración personal del sufrir y del morir*

Otro aspecto importante de la experiencia espiritual del enfermo es el acompañamiento en la identificación o en la vivencia de los nuevos valores descubiertos con ocasión de la situación por la que pasa. Es un dato de la experiencia el hecho de que muchos enfermos descubren el encanto (el valor) de realidades a las que anteriormente no se lo atribuían, quizás por la prisa con la que vivían.

Un enfermo de Sida ha escrito: *"He visto jóvenes*

*enfermos de SIDA adquirir en pocos meses diez años de madurez, un sentido de los valores que quizá se conquista sólo con la experiencia de toda una vida"*³⁰. Descubrir nuevos valores, ver la vida como un misterio, vivir el sufrimiento como ocasión para madurar, a pesar del mismo, pueden ser puntos de luz que, si bien no solucionan el ansia de sentido, pueden marcar una ruta para vivir la situación de la enfermedad.

Entre los valores, quizás lo que más es apreciado es el mundo de las relaciones afectivas, es decir, el sentido de comunión, la experiencia de no estar solo en medio de la soledad existencial que caracteriza la condición humana y que puede hacer experimentar un amargo sabor en la estación de la enfermedad. *"Si el hombre tiene bastante vivo el sentimiento de estar en comunión con los demás, de ser parte de un todo, de ser miembro de un grupo, está integrado en un "Nosotros" que le supera y le da una más amplia dimensión"*³¹. De aquí la especial importancia que toma el mundo de las relaciones en la enfermedad, la calidad de las mismas, su grado de autenticidad y profundidad, el lenguaje de los gestos y de los símbolos, el mundo de las pequeñas cosas que se convierten en grandes.

Viktor Frankl, padre de la logoterapia, ha dado una especial importancia al mundo de los valores en medio del sufrimiento. Según él, la vida en medio de un sufrimiento sin sentido, puede tener sentido a partir de los valores que la persona sea capaz de vivir. El autor distingue en diferentes tipos de valores:

- Los valores de acción o de creación, es decir, el ejercicio de las propias potencialidades humanas, personales.

27- BERMEJO J.C., "Relación de ayuda. En el misterio del dolor", o.c., p. 13.

28- STOTER D., "Spiritual Care", en PERSON J., FISHER D., "Palliative care for people with cancer", London, Edward Arnold, 1991, p. 196.

29- Kaye P., Symptom Control in Hospice and Palliative Care. Hospice Educ. Inst. Essex. Connecticut, U.S.A, 1990, 74-77, citado en: "Atención al enfermo en fase terminal", Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 1994, p. 22.

30- Citado en: BERMEJO J.C., "Sida, vida en el camino", Madrid, Paulinas, 1990, p. 103.

31- VIMORT J., "Solidarios ante la muerte", Madrid, PPC, 1990, p. 107.

- Los valores de asimilación, es decir, la integración de cuanto de positivo tiene la cultura y cuanto nos circunda, haciéndolos propios e interiorizándolos.

- Y los valores de actitud, o también llamados de soportación. Serían estos últimos los que serían capaces de cambiar de signo el sufrimiento. En este sentido el comportamiento ante el dolor podría dar significado a una vida incluso en medio de un atroz sufrimiento, aún en las circunstancias extremas, porque con tal actitud el hombre sentiría la propia responsabilidad para con los valores y haría emerger la dimensión específica del ser humano, es decir, la propia conciencia y responsabilidad. Según Frankl, entonces, no importa ya la interpelación que proviene del sufrimiento y que se refiere a la búsqueda de las causas (¿por qué?), ni únicamente el mirar hacia adelante esperando la liberación (¿hasta cuándo?), sino el cómo sufrir. El dolor, soportado auténticamente conduciría a un enriquecimiento de la persona. La persona sería libre incluso cuando a los ojos se presenta esclava de las ataduras de la enfermedad y del sufrimiento: libre de comportarse de una manera o de otra, y por lo mismo, responsable³².

Creemos, pues, que es posible vivir sanamente

el sufrimiento³³ producido por la enfermedad.

A ello somos llamados cuando no se puede superar o hacerlo desaparecer. Se trata de un proceso de integración del sufrimiento, se trata de un cambio de planteamiento, de traducir la pregunta "¿por qué?" en "¿cómo?"³⁴. Es la propuesta que nos viene de la logoterapia, la terapia mediante los valores, propuesta por V. Frankl.

- Acompañar a leer la propia historia y recapitular.

Una de las experiencias más comunes en la enfermedad es la mirada hacia atrás, que permite tomar conciencia del propio pasado. Se dice que el modo de vivir la enfermedad depende en no poca medida del modo de vivir en general: una vida llena y sensata o vacía y sin sentido³⁵. En relación a la muerte, Vimort dice que *"para afrontar la muerte en mejores condiciones es necesario tener una idea suficientemente positiva de la propia existencia. (...) Si escucho las quejas, las penas que se refieren al pasado, con la evocación lacerante de las desgracias, contrariedades o lutos, me digo a mí mismo que el enfermo (o su entorno, el problema es el mismo) intenta hacer el balance de su vida. Es quizá rumiar todas sus penas de forma estéril y deprimente; pero puede ser también un intento de volver sobre ello de otro*

32-Cfr. BERNARD Ch.A., "Sofferenza, malattia, morte e vita cristiana", Milano, Paoline, 1990, p. 55. Es lo que Frankl ha llamado "una lectura metaclínica del significado": el sufrimiento como realización de los valores, la adquisición de la capacidad de sufrir, el dolor como prestación, el dolor como crecimiento, como maduración, el dolor que enriquece, que es afrontado, del cual no se huye y en el cual se es capaz de introducir la dinámica del amor que trasciende el sufrimiento no en un masoquismo o aceptación pasiva, sino en un dotar al dolor de significado. Cfr. FRANKL V., "Homo patiens", Varese, Salcom, 1979, p. 96-109.

33-Expresión bíblica tomada de Tito 2, 2.

34-DE HENNEZEL M., o.c. p. 170.

35-Cr. ELIAS N., "La solitudine del morente", Milano, Il Mulino, 1985, pp. 77-78. Dice Nigg: "Hay personas que justo poco antes de morir ven pasar por delante de sus ojos, una vez más, toda la vida, como si estuviese escrita en un texto desconocido y advierten que de repente, dentro de ellos, la dureza que les ha inundado hasta entonces, deja espacio a la dulzura y al perdón". NIGG W., "La morte dei giusti. Dalla paura alla speranza", Roma, Città Nuova, 1990, p. 87.

36-VIMORT J., o.c., p. 98-99.

modo, para llegar a asumir y a dominar ahora todo lo que, hasta el momento, le había herido profundamente. Es el momento de curar las llagas³⁶. Es el momento de reconciliarse consigo mismo, con la propia vida, manejando la culpa y la memoria.

Y parece como si en muchos momentos de la enfermedad pasara por delante de la pantalla de la persona la "película de la propia vida" y en ella se hace con frecuencia la experiencia del sentimiento de culpa que desencadena una de las formas que adquiere la angustia. El enfermo se convierte así en juez y acusado de su propio pasado³⁷.

*"Es el sentimiento de angustia o autocondena que a veces nos atenaza y nos hace sentir un nudo en el estómago. Por ejemplo la angustia por haber transgredido una prohibición y el consiguiente miedo al castigo. O bien la autoacusación por no haber sido digno de las expectativas del otro y el consiguiente miedo de perder su amor. O bien la humillación de aparecer a nuestros ojos con la imagen rota de nosotros mismos"*³⁸.

Parece como si, encontrándose con la verdad de la vida, se nos anulara la tendencia que tenemos a olvidar sin haber sanado, porque el recuerdo pudiera hacerse muy pesado en nuestra mochila³⁹. Emerge entonces el sufrimiento que pide ser sanado mediante el recuerdo sereno de quien quiere enfrentar su condición de herido. Por eso dice Nouwen que la primera tarea de quien quiere ayudar al enfermo desde el punto de vista espiritual es ofrecer espacio en el que los recuerdos hirientes del pasado puedan aflorar, ser traídos a la luz sin miedo⁴⁰.

Argullol ha escrito: *"cerca la hora, deberíamos aún tener dos días, el primero, para reunirnos con quienes hemos odiado y, el segundo, para hacerlo con quienes hemos amado. Y a unos pediríamos perdón por nuestro odio, y a los otros, por nuestro amor, de modo que, aliviados de ambos pesos, pudiéramos dirigirnos, ligeros, a la frontera"*⁴¹.

Es un proceso de pacificación consigo mismo necesario para serenarse consigo mismo, con los demás y con Dios. No se consigue única y necesariamente mediante el sacramento de la reconciliación que tanto bien puede acarrear al enfermo ayudándole a descubrir detrás del sentimiento de culpa una Presencia amorosa que le trasciende⁴².

**Es necesario un tiempo
para poner en orden
las propias experiencias
acumuladas en la vida
y poder perdonar
interiormente a quien
te ha herido y pedir
perdón abierta
o simbólicamente a
quien se ha ofendido**⁴³.

36- VIMORT J., o.c., p. 98-99.

37- Cfr. FERNANDEZ A., "Atención espiritual", en: ALVAREZ J.A. (Ed) "El cáncer, proceso oncológico integral", León, 1988, p. 589

38- CENCINI A., "Vivere riconciliati. Aspetti psicologici", Bologna, Dehoniane, 1986, p. 27.

39- Cfr. TILLICH P., "L'eterno presente", Roma, Astrolabio, citado en: LINN D. e M., "Come guarire le ferite della vita", Milano, Paoline, 1992, p. 141.

40- NOUWEN H.J.M., "La memoria viva de Jesucristo", Buenos Aires, Guadalupe, 1987, p. 21. "Lo que es olvidado no puede ser sanado y lo que no puede ser curado puede convertirse fácilmente en causa de un mal mayor". Cfr. Ibidem., p. 15.

41- ARGULLOL R., "El cazador de instantes", Barcelona, Destino, 1996, p. 44.

42- Cfr. GRELOT P., "Nelle angosce la speranza", Milano, Vita e Pensiero, 1986, p. 289.

43- Cfr. NIGG W., o.c., p. 134.

Difícilmente se puede alcanzar este objetivo si el profesional de la salud no *"se aproxima al misterio y a la vulnerabilidad de estas historias, ofreciendo a los protagonistas lo que ellos invocan: la sencillez del respeto y del calor humano"*⁴⁴.

Difícilmente se puede acompañar al enfermo en este proceso de autoperdón y de autocuración si antes no se hace un camino de integración de la propia dimensión negativa reconociéndose "curador herido". Sólo aceptando los propios límites y con el peso de dolor inherente a la propia condición humana será capaz de permanecer al lado de la persona que sufre, dejándose afectar por su tragedia y manteniendo con ella un contacto cargado de ternura y de comprensión y ayudándole a descubrir las fuerzas curativas que le permitan pasar de la desesperación y la culpa a la serenidad y a la esperanza⁴⁵. Este reconocimiento de la propia negatividad hace al profesional de más tolerante y comprensivo y no tiene por qué ir acompañado, como sucede normalmente, por un sentimiento de tristeza y de amargura, sino de jovialidad y de profunda alegría⁴⁶.

El agente de salud que quiera acompañar al enfermo a vivir de una manera digna, se encuentra con quien está perdiendo la vida, las cosas que ya no podrá hacer y las cosas que le disgusta haber hecho y que ya no puede cambiar⁴⁷. Es la experiencia del duelo anticipatorio por la que pasa el paciente, equivalente a la que experimentamos cuando nos sentimos ante una amenaza y elaboramos la frus-

tración consiguiente, la experiencia de las posibles pérdidas cercanas⁴⁸. Estamos acostumbrados a pensar en el duelo atribuyendo el proceso sólo a quienes han perdido a un ser querido; sin embargo es una experiencia que se hace ante toda pérdida real o previsible.

El duelo anticipatorio ayuda a los enfermos y a los familiares *"a tomar conciencia de cuanto está sucediendo, a liberar los propios estados de ánimo, a programar el tiempo"*⁴⁹. La escucha, el diálogo abierto con el enfermo, sin evitar ni condenar cualquier tipo de sentimientos con actitud empática, le ayudará a comprender las pérdidas.

En el fondo, ayudar al enfermo a hacer las paces con el propio pasado, con la propia vida, es acompañarle a vivir algunas de las fases descritas por Kübler-Ross⁵⁰, como la ira, cuando ésta es producida por la angustia experimentada al encontrarse realmente consigo mismo y no poder huir (negar), o el pacto, cuando de modo psicológicamente infantil se pretende comprar lo imposible pagando con algo que anteriormente quizás no se haya vivido (por falta de una verdadera adhesión al bien), o la depresión que nace de la experiencia de cuanto se ha perdido, de las oportunidades no aprovechadas⁵¹.

La mirada reconciliadora hacia el pasado permite además encontrar en él el maestro personal que ha ido enseñando en la vida a ir muriendo las pequeñas muertes que se han vivido ante la necesidad de elaborar cada una de las pérdidas personales⁵².

44- Ibidem., p. 87. p. 86.

45- Cfr. BRUSCO A., "El counseling pastoral", en: PANGRAZZI A., (ed), "El mosaico de la misericordia", Santander, Sal Terrae, 1990, p. 170. "Si el ayudante comprometido en actividades paramédicas, médicas o pastorales se da cuenta de sus propias "sombras", ve en todas sus relaciones personales y profesionales que puede ser también él un "herido" y que también él necesita de aquél a quien debe y quiere servir". Cfr. HÄRING B., "Proclamare la salvezza e guarire i malati", Bari, Acquaviva delle Fonti, 1984, p. 80.

46- Cfr. BOFF L., "San Francisco de Asís. Ternura y vigor", Santander, Sal Terrae, 1982, p. 196.

47- Cfr. SMITH C.R., "Vicino alla morte. Guida al lavoro sociale con i morenti e i familiari in lutto", Trento, Erickson, 1990, p. 86.

48- Cfr. BUCKMAN R., "Cosa dire? Dialogo con il malato grave", Torino, Camilliane, 1990, p. 148.

49- PANGRAZZI A., o.c., p. 66.

50- Cfr. KÜBLER-ROSS E., "Sobre la muerte y los moribundos", Barcelona, Grijalbo, 1974.

51- LINN D. e M., "Come guarire le ferite della vita", Milano, Paoline, 1992, p. 21.

52- Así se podrá evitar que suceda que "quien no muere antes de morir, se corrompe cuando muere". Cfr. NIGG W., o.c., p. 116.

Entendemos que acompañar con la escucha tiene un valor nunca suficientemente subrayado.

Acompañar a quien narra su vida está cargado de contenido simbólico, porque narrar la propia vida supone un verdadero esfuerzo: *"Es poner en perspectiva acontecimientos que parecen accidentales. Es distinguir en el propio pasado, lo esencial de lo accesorio, los puntos firmes. Contar su vida permite subrayar momentos más importantes, e, igualmente, minimizar otros. Se puede, en efecto, gastar más o menos tiempo en contar un acontecimiento que en vivirlo. Para contar, es necesario escoger lo que se quiere resaltar, y lo que se quiere poner entre paréntesis. El relato crea una inteligibilidad, da sentido a lo que se hace. Narrar es poner orden en el desorden. Contar su vida es un acontecimiento de la vida, es la vida misma, que se cuenta para comprenderse"*⁵³. Narrar no es fabular. Contar los acontecimientos que se han sucedido en la vida permite unificar la dispersión de nuestros encuentros, la multiplicidad disparatada de los acontecimientos que hemos vivido. Malherbe no duda en decir que, *"relatar la vida, le da un sentido"*⁵⁴.

La culpabilidad no es malsana si es el anverso de una adhesión a valores que mantenemos a pesar de que nos juzguen (o nos juzguemos nosotros mismos). *"En el momento mismo en que nuestra culpabilidad nos descalifica, la adhesión a valores nos revaloriza al mismo tiempo que nos juzga"*⁵⁵.

El soporte emocional y el acompañamiento espiritual al enfermo ha de dar la importancia que merece a este hacer la paz con la propia historia, convencidos de que valemos más de lo que hacemos, de que nuestras faltas no nos dejan sin valor ni hacen mentirosa e hipócrita nuestra adhesión al ideal.

- Creer y experimentar la continuidad de la historia humana

Si bien ver que una persona enferma produce el sentimiento de tristeza por cuanto limita, por las rupturas que produce la enfermedad, especialmente en el terreno afectivo, es posible encontrar también una vía de satisfacción cuando se experimenta que mirando hacia atrás, se encuentra algo significativo, algo que continúa, que prolonga, de alguna manera, la propia existencia.

En el fondo, el que se ve en la enfermedad convive también con la pregunta: los esfuerzos hechos a lo largo de la vida, ¿van a ser recogidos por otros? La propia experiencia ¿dejará huellas vivas en alguien? En otros tiempos, esta experiencia era más común, dada la continuidad profesional de muchas personas en el trabajo del campo o en pequeñas empresas artesanales. Hoy es más difícil. El acompañamiento espiritual podrá consistir entonces en acompañar al que vive la enfermedad a descubrir (a veces a reconocer indicándoselo desde afuera) los elementos importantes de su vida que permanecen en otros, sean personas, instituciones, valores. El mismo ayudante puede convertirse en depositario de la riqueza humana que descubre en la persona enferma⁵⁶.

Por otra parte, como apunta Vimort, para que esta continuidad sea posible y experimentada es necesaria una condición más, que consiste en la aceptación del morir en un contexto que muestra

53- GOMEZ SANCHO M., "El sacerdote: necesidades espirituales", en: GOMEZ SANCHO M., "Cuidados paliativos: Atención integral a enfermos terminales", o.c., p.801.

54- MALHERBE J.F., "Hacia una ética de la Medicina", Santafé de Bogotá, San Pablo, 1993, p. 73.

55- Ibidem., p. 105.

56- Cfr. VIMORT J., o.c., p. 111.

cambios, es decir, renunciar al dominio, ceder, ponerse en manos de los demás con confianza, aceptando que actúen de forma diferente, estar en comunión con ellos a un nivel espiritual más profundo: apostar por una fidelidad de los demás a nivel profundo, no continuidad en opiniones, en modos de hacer, etc.

- *Counselling en los conflictos éticos*

Uno de los objetivos específicos del acompañamiento espiritual en la enfermedad consiste en ofrecer counselling espiritual en medio de los conflictos éticos que pueden surgir.

Es frecuente que el profesional encuentre situaciones que requieran de su consejo y que haya en ellas algunas dificultades, entre las cuales:

- Falta de formación ética, relacional...
- Distancia entre las convicciones personales y las impuestas por instancias de "autoridad" familiar, social, religiosa...
- Confusión entre las diferentes tendencias de los especialistas y el consiguiente sentimiento de inseguridad que ello produce.
- Distancia entre el lenguaje ético, que tiende a generalizar y que es más aséptico y la necesidad de personalizar en cada uno de los casos, donde los valores están entremezclados con los sentimientos.

De modo sintético podríamos presentar los objetivos del acompañamiento en situaciones de conflicto ético como:

- Ayudar a tomar decisiones significativas.
- Ayudar a hacer de la experiencia de conflicto una experiencia moral: "ser responsable".
- Colaborar a que el conflicto ético sea ocasión de crecimiento y de interiorización de nuevos valores.
- Acoger a la persona en su situación real (atención a los sentimientos).

- Ayudar a comprender el problema mediante la confrontación.

- Infundir certeza de acogida incondicional.

El profesional de la salud, ante el reto de trabajar para aumentar su competencia en el acompañamiento a las personas que se encuentran en conflicto ético y han de ser confrontadas correctamente. Las líneas de acción serían las siguientes:

- Trabajar sobre sí mismo: conocer la propia escala de valores, interiorizar los valores proclamados, autoconfrontarse, dejarse impactar sanamente por los conflictos.

- Evitar algunos extremos:

- La manipulación ética mediante los mecanismos que relacionan el comportamiento con el castigo, mecanismos de autoridad que se impone, eliminación del diálogo como foro adecuado de la conciencia moral adulta.

- La no proclamación de los valores del ayudante o de las propias convicciones por miedo a hacer sufrir o ser rechazado, inhibiéndose de la responsabilidad que el profesional tiene de acompañar en la búsqueda de lo mejor.

- Comunicar los valores, teniendo en cuenta el carácter relacional de los mismos, es decir el hecho de que los valores se alumbran en el encuentro, se comunican por ósmosis, tienen acceso experiencial, mucho antes de ser asumidos por el hecho de ser verbalizados por el ayudante. En el fondo, hay que estar muy atento al hecho de que el estilo de relación del profesional con el ayudado (paciente o familia) se convierte en modelo ético de comportamiento. Es decir, allí donde el paciente perciba un profundo respeto por la salud propia y de cada persona, se sentirá confrontado hacia un respeto también él por su propia salud y la de los demás.

- Tener en cuenta las condiciones para la confrontación: Profundizar las motivaciones de quien confronta, hacerlo con suma prudencia, no caer en legalismos vacíos, superar la moralina pero

sin huir de la corresponsabilidad en la búsqueda del bien, acompañando al ayudado a ser sí mismo y tener presente su condición de ser en relación.

Hay situaciones en las que la confrontación llega a ser *persuasión*. La cuestión es particularmente delicada⁵⁷, pero ocupa un lugar importante cuando nos encontramos ante negativa a tratamientos o indicaciones terapéuticas. El principio de autonomía puede entrar en conflicto con el de beneficencia y se requerirán habilidades de relación de ayuda para manejarse con soltura en la relación.

- Infundir esperanza⁵⁸

Se plantea también el tema de la esperanza humana y de la esperanza para el creyente.

De la esperanza se dice que el esfuerzo por infundirla es el

factor humano-terapéutico más importante⁵⁹.

La esperanza es ese "*constitutivum de la existencia humana*"⁶⁰ que trasciende el mero optimismo en situaciones como la del enfermo.

Los profesionales de la salud se sienten llamados a ser personas de esperanza en una encrucijada

de sufrimiento y oscuridad, una esperanza que permite mirar más allá de la satisfacción de los deseos inmediatos, e incluso más allá del dolor y de la muerte, cuando su visión antropológica no se quede en el final definitivo con la muerte y cuando el paciente manifieste una visión trascendente.

Para el creyente se trata de un acto de fe en que el mal no tendrá la última palabra. Una esperanza en cosas futuras, por importantes que sean, no tendrá nunca el valor de la esperanza en Dios, es decir, de las esperanzas de hombres que se confían a El sabiendo que "*el futuro no se llama reino de los hombres sino reino de Dios, donde Dios será todo en todas las cosas*"⁶¹. La fe cristiana no espera en tal o en cual cosa que haya de suceder en un futuro más o menos lejano, sino que confía en una persona y en una definitiva comunión con ella. De modo sintético, dice Greshake, "*quien espera, no espera en el paraíso como en un mundo feliz, sino que espera en Dios, el cual, en cuanto que se le conquista y se alcanza, es ya el paraíso, es decir, la realización de todas las aspiraciones del hombre a la comunicación personal, al amor y a la perfección*"⁶².

Ahora bien, esta realización total del deseo de comunión y liberación plena, ¿es una fuga en el futuro ante la dura situación presente y ante el evidente fracaso por la enfermedad o se encarna como un dinamismo actual? La necesidad de mantener relaciones basadas en el amor en el presente, ¿puede mantenerse sin futuro? Si por un lado la idea de una vida que va hacia la muerte es más aceptable mediante la fe en la resurrección, la espera de la resurrección⁶³, por otro lado, da a la vida el futuro del que necesita para poder amar⁶⁴.

57- Cfr. GRACIA D., "Fundamentos de bioética", Madrid, Eudema, 1989, p. 185.

58- Algunas ideas las hemos presentado ya en BERMEJO J.C., "Comprender y ayudar al enfermo de Sida", Santiago de Chile, Cáritas, 1995, p. 122 s.

59- Cfr. AAVV., "Por un hospital más humano", Madrid, Paulinas, 1986, p. 111.

60- Cfr. LAIN ENTRALGO P., "La espera y la esperanza", Madrid, Alianza, 1984., p. 238.

61- BOFF L., "Hablemos de la otra vida", Santander, Sal Terrae, 1979, p. 140.

62- GRESHAKE G., "Más fuertes que la muerte", Santander, Sal Terrae, 1981, p. 28.

63- Cfr. ALFARO J., "Speranza cristiana e liberazione dell'uomo", Brescia, Queriniana, 1973, p. 53.

64- Cfr. MOLTMANN J., "Teología della speranza", Brescia, Queriniana, 1979, p. 367.

Por su propia naturaleza, la esperanza dinamiza el presente, lanza a vivir el amor en las circunstancias concretas de la vida, hace que las relaciones del ahora sean vividas como la anticipación de la comunión profunda con Dios.

Más allá de las esperanzas particulares de nuestra vida en el tiempo, el creyente experimenta una esperanza que va más allá del tiempo, no para evadirnos de la historia, sino para introducir en el corazón del mundo una anticipación del "mundo futuro" del que los creyentes desean ser, de alguna forma, presencia sacramental⁶⁵.

La relación con el enfermo puede ser anticipación de la deseada relación con Dios para el creyente, realización de la misma, porque *"el cielo ya ha comenzado en el interior de este mundo. Vamos gozando de antemano y en pequeñas dosis las fuerzas del mundo futuro"*⁶⁶.

Cada encuentro, cada relación significativa, cada diálogo que el agente de salud logra establecer en el amor, es sacramento de la esperanza. Porque *"no habrá motivo de esperarse mucho del futuro si los signos de la esperanza no se hacen visibles en el presente"*⁶⁷.

Así, la relación de ayuda en el plano espiritual con el enfermo es empeño por vencer la muerte y todo lo que ella significa mediante la vida de comunión y de fraternidad en medio de los sufrimientos. Se realiza así *"el milagro de la fe: la esperanza contra toda esperanza"*. La esperanza va más allá de la muerte, surge de experiencias positivas, de experiencias de sentido, que se hacen en esta vida⁶⁸.

La esperanza que dinamiza el momento presente y fundamenta el encuentro y el diálogo, se debe concretar en el enfermo en un conjunto de actitudes.

Así, la esperanza, "no se adapta"⁶⁹, no se queda satisfecha hasta el cumplimiento de la promesa⁷⁰, porque no se reduce al mero deseo, ni al mero optimismo superficial del "todo se arreglará". La esperanza no está reñida con la inseguridad (la "seguridad insegura" dice **Lain Entralgo**); más aún, *"la seguridad no pertenece a la esperanza"*, dice **Sto Tomás**⁷¹. En realidad este carácter de inseguridad tiene sus beneficios, contrariamente al pensar común:

*"Cuando miramos al futuro que se abre ante nosotros, oscuro e indeterminado, es la esperanza la que nos da coraje, pero sólo el miedo o la angustia nos hacen circunspectos y cautos. Así, pues, ¿puede la esperanza ser prevenida y prudente sin el miedo? El coraje sin cautela es estúpido. Pero la cautela sin coraje hace a las personas escrupulosas e indecisas. En este aspecto "el concepto de la "angustia" y el "principio esperanza" no son opuestos, después de todo, sino que son complementarios y mutuamente dependientes"*⁷².

65- Cfr. GRELOT P., "Nelle angoscie la speranza", Milano, Vita e Pensiero, 1986, p. 343.

66- BOFF L., "Hablemos de la otra vida", o.c., p. 76.

67- NOUWEN H.J.M., "Ministerio creativo", Brescia, Queriniana, 1981, p. 26.

68- VORGRIMLER H., "El cristiano ante la muerte", Barcelona, Herder, 1981, p. 43.

69- "En el acto de esperar hay una radical inconformidad, frente a la situación de cautividad y privación en que se encuentra el esperanzado". LAIN ENTRALGO P., "La espera y la esperanza", Madrid, Alianza, 1984, p. 306.

70- Cfr. MOLTMANN J., o.c., p. 371.

71- Cfr. LAIN ENTRALGO P., o.c., p. 174.

72- MOLTMANN J., "Experiencias de Dios", , p. 64.

La esperanza conlleva el coraje, que no se reduce a la mera vitalidad, al simple instinto por sobrevivir, sino que supone *“el coraje paciente y perseverante que no cede al desánimo en las tribulaciones”*⁷³.

El coraje, en muchas situaciones se traduce en paciencia, en “entereza” o “constancia” (gr. “Hypomoné”).

*“La paciencia que tan esencialmente pertenece a la esperanza, expresaría en forma de conducta esa conexión entre el futuro y el presente. La esperanza se realiza, cuando es genuina, en la paciencia. La esperanza es el supuesto de la paciencia. Esperanza y paciencia se hallan en continua relación”*⁷⁴.

La esperanza, pues, es fuente de paciencia y quien se ejercita en la paciencia en medio de las dificultades y a las puertas de la muerte, acabará sintiendo que su vida se abre hacia una meta consoladora y esperada. Y la paciencia supone confianza.

La paciencia, no obstante, no implica la falta de “intranquilidad”, en cierto sentido, de “impaciencia”.

Incluso la desesperación, en cierto sentido, forma parte de la dinámica de la esperanza. El desesperado aún espera, siente que puede esperar aunque no sepa el objeto de su esperanza. *“El gran riesgo de la desesperación es que termine en la desesperanza. En este estado, el sujeto no solamente no tiene un proyecto, sino que, además, está seguro que nunca lo tendrá. Su vida no solamente no tiene ningún sentido, sino que está seguro de que no lo hay, y no puede haber, nada capaz de dar a su propia existencia (...) un sentido verdaderamente satisfactorio”*⁷⁵.

En último término, para el creyente, la esperanza se traduce en abandono en Dios, en quien se deposita el máximo de confianza. Abandonarse en Dios en total confianza no significa una actitud pasiva de resignación⁷⁶. Más bien tiene lugar una dialéctica entre lucha y aceptación. Es una lucha que acepta que Dios diga la última palabra, una lucha como expresión de la esperanza y vivida desde la aceptación en la que la persona es sujeto.

En conclusión, el hacer del profesional con los enfermos debe estar embebido de la verdadera esperanza, la que supera la simple búsqueda de la satisfacción de los deseos y tiene sus raíces en una Persona. De esta forma podrá dar testimonio de la propia esperanza en una relación que nutrirá la verdadera esperanza, “el arte de esperar” del enfermo y dará calidad y salud a la vida en medio del sufrimiento, una relación basada, pues, en la esperanza en Dios.

Ahora bien, ¿cómo infundir esperanza en el acompañamiento al enfermo o a la familia? *“El símbolo de la esperanza es el ancla. Infundir esperanza no es otra cosa que ofrecer a quien se encuentra movido por el temporal del sufrimiento, un lugar donde apoyarse, un agarradero, ser para él ancla que mantiene firme, y no a la deriva, la barca de la vida. Ofrecerse para agarrarse, ser alguien con quien compartir los propios temores y las propias ilusiones, eso es infundir esperanza”*⁷⁷.

Acompañar a vivir en clave de esperanza no significa promover una sensación de seguridad que anule la incertidumbre y la inseguridad. La seguridad no pertenece a la esperanza, dice **Santo Tomás**⁷⁸. La esperanza es hermana del coraje paciente y perseverante, de la constancia, de la

73- ALFARO J., "Speranza cristiana e liberazione dell'uomo", Brescia, Queriniana, 1973, p. 38.

74- LAIN ENTRALGO P., o.c. , p. 350.

75- Cfr. ROCAMORA A., "El orientador y el hombre en crisis", en: AAVV, "Hombre en crisis y relación de ayuda", ASETES, Madrid, 1986, p. 559.

76- Cfr. MOLTMANN J., "Teología della speranza", o.c., p. 228.

77- BERMEJO J.C., "Humanizar el encuentro con el sufrimiento", op. cit. P. 96.

78- Cfr. LAIN ENTRALGO P., o.c., p. 174.

impaciencia (paradójicamente), del abandono, en último término en Aquél en quien se confía ilimitadamente: Dios para el creyente.

**Cada encuentro,
cada relación de ayuda
significativa con el
enfermo, cada diálogo
que el profesional logra
establecer en el amor,
es sacramento
de la esperanza.**

Porque *"no habrá motivo de esperarse mucho del futuro si los signos de la esperanza no se hacen visibles en el presente"*⁷⁹.

2. La relación con Dios en el creyente

- *La oración en medio del sufrimiento.*

Ayudar al enfermo desde el punto de vista espiritual supone, además de promover una sana relación consigo mismo y con los demás en la línea de cuanto venimos diciendo, para el creyente, una relación sana con Dios⁸⁰. No siempre la relación está purificada suficientemente. Con una cierta frecuencia, se espera el milagro o se "comercia" con Dios. Se trata, en el fondo, de la oración de petición. Desde el punto de vista cristiano, hay que hacer algunas aclaraciones al respecto.

La oración de petición tiene sus raíces históricas y sus referencias bíblicas. No obstante, hay que tener en cuenta que detrás del modo de orar, de pedir, está una imagen de Dios y un modo de relacionarse con Él. Así, quien ve a Dios como Alguien que nos está regalando algo, la salvación, que se da a sí mismo, no le verá como alguien a quien se le suplica, sino a quien se le expresan los sentimientos correspondientes a lo que de Él se recibe⁸¹. En definitiva, pues, para que la oración esté en sintonía con un Dios que es y quiere ser para nosotros, no hay que imponer sin más los esquemas de nuestras relaciones humanas que, incluso en el donante más generoso, están siempre teñidas por la necesidad y amenazadas por la voluntad de dominio.

En el esquema tradicional y espontáneo de oración suele subyacer no un Dios en nosotros, que nos sustenta y nos apoya y dinamiza con su amor, sino nosotros acá y Dios allá, que nos observa, nos instruye, nos manda, nos juzga, nos ayuda enviándonos, de vez en cuando, algún auxilio... Entonces, naturalmente, hay que dirigirse a él, llamarle para que venga, pedirle que intervenga haciendo esto o lo otro; si es posible, convencerle, acaso ofreciéndole algún don o haciendo algún sacrificio...

Es cierto que en la oración de petición de la salud, del bien, hay muchos elementos positivos también. Con frecuencia, detrás de un lenguaje con el que parecería que el hombre quiere sustituir a Dios diciéndole lo que debe o no debe hacer y lo que es bueno o no, subsisten elementos positivos: hay mucha vida asociada a fórmulas muy tradicionales, hay confesión de la indigencia propia y del confiado acudir a Dios, hay voluntad de relación con Dios en medio de las dificultades, etc. La cuestión es cómo conservar lo que de positivo subyace en la oración de petición y traducirlo

79- NOUWEN H.J.M., "Ministerio creativo", o.c., p. 26.

80- Cfr. HINOJAL L.C., "Necesidades de los enfermos terminales", en: BATIZ J., ASTUDILLO W. (Ed.), "Medicina Paliativa. Bases para una mejor terminalidad", San Sebastián, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos", 1997, p. 65.

81- Cfr. TORRES QUEIRUGA A., "Más allá de la oración de petición", en: "Iglesia viva", 1991(152), p. 164.

en un lenguaje adecuado y en una relación sana. En este sentido, el sugerente trabajo de Andrés Torres Queiruga habla de “expresar en lugar de pedir”. Así, él dice: *“Si queremos expresar nuestra indigencia, expresémosla. Si queremos manifestar nuestra compasión y nuestra preocupación por los que tienen hambre, manifestémosla. Si queremos reconocer nuestra necesidad de Dios y de su amparo, reconozcámosla. Si necesitamos quejarnos de la dureza de la vida, quejémonos. Llamemos a las cosas y a los sentimientos por su nombre. Alguien lo dijo magníficamente en un grupo de reflexión sobre esto: ante Dios estamos acostumbrados a quejarnos pidiendo, tenemos que aprender a quejarnos quejándonos. Exacto. Obsérvese que en todo lo anterior no interviene el verbo “pedir”*⁸².

Este tipo de oración es el fruto de la acción de Dios en nosotros que nos lleva a reconocerle cercano, a comunicarnos auténticamente con Él, a no declinar nuestra responsabilidad y nuestra esperanza. Jesús mismo nos ha invitado a pedir, pero lo importante en los textos en que lo encontramos no está en la petición sino en la confianza que ésta manifiesta en Dios.

- Necesidad de purificar el lenguaje sobre el sufrimiento

En la relación con el enfermo experimentamos la necesidad de purificar el lenguaje sobre el sufrimiento, tanto a nivel laico como religioso.

En términos religiosos conviene hacer algunas distinciones de entrada. El sufrimiento y la muerte no son tratados siempre del mismo modo en la Escritura. Por eso hay espacio a grandes equívocos en la comprensión de los mismos. Desde el punto de vista de la fe, hay que distinguir entre el sufrimiento producido por la naturaleza, por nuestra condición de finitud, de criaturas; el sufrimiento que es consecuencia de nuestra

libertad mal empleada, es decir el que nos procuramos unos a otros mediante acciones agresivas, inhumanas, mediante omisiones o caminos no adecuados (¡cuánto mal se podría evitar con comportamientos sanos a nivel personal, interpersonal, comunitario, político...!); y sufrimiento ministerial, es decir el resultado de quien por opción libre apuesta por trabajar por construir el Reino y ello le acarrea como consecuencia esfuerzo, contrariedades, oposiciones, etc. Algunos conocidos textos de la Escritura se refieren a éste último y, mal leídos, pueden llevar a un dolorismo absurdo o incluso cruel en la relación con el que sufre.

Algo semejante conviene hacer con la muerte. La palabra muerte es entendida en diferentes sentidos en la Escritura. En ella, *“vida y muerte aparecen enfocados en diversos sentidos o en niveles diversos. Es la suerte natural del ser viviente, del nacer al morir; es la realización moral de la persona, que cumple o no con lo que el ideal humano espera de ella; es el destino y la suerte eterna, de salvación o de condenación. Esos planos se relacionan de diversas maneras en los textos: se diferencian o se confunden, colisionan o se armonizan. A nosotros nos es imprescindible desdoblarse los niveles, deslindar los sentidos, si realmente queremos saber en dónde estamos y qué valor tiene en cada caso el lenguaje. Establecer un poco de orden en el maremagnum de los textos es, pues, la operación metódica primera, contando con que en muchos casos los sentidos se imbrican de modo inseparable, y sin la pretensión de aprender todas las ramificaciones de un texto”*⁸³. Hay que distinguir, pues, entre vida y muerte natural, moral y escatológica. La importancia de esta distinción puede verse, por ejemplo aludiendo al texto del Génesis: *“El día en que comas de él morirás”*, no se refiere a la muerte natural, sino a la muerte moral, es decir, el día que no estés en sintonía con Dios, estarás muerto en sentido moral, distanciado de Dios. Esta distinción, que llevaría muy lejos, parece fundamental tenerla clara para el acompañamiento a los enfermos.

82- Ibidem., p. 176.

83- GONZALEZ NUÑEZ A., o.c., pp. 215-216.

Son muchas, por otra parte, las frases que la cultura y la religiosidad han ido acuñando en torno a la muerte y al sufrimiento. Aludamos brevemente a algunas que necesitan claramente de una purificación:

- **“Es la voluntad de Dios”**. Está claro que la voluntad de Dios es el proyecto de salvación. Dios no es un cacique que se divierta manipulando a placer suyo.
- **“Dios nos manda sólo lo que podemos soportar”**. Dios no usa un dolorímetro ni es el agente directo de los sufrimientos. Respeta la creación y la libertad.
- **“Dios pone a prueba a quienes más ama”**. Dios no envía pruebas para corregir nuestras desviaciones ni para comprobar nuestra fidelidad. No es sádico.
- **“No cae una hoja sin que Dios lo quiera. Dios se lo ha llevado”**. Dios no se dedica a robar o raptar a los seres queridos. Que todo está bajo su gobierno no significa que lo controle caprichosamente.
- **“Mientras hay vida hay esperanza”**. En situaciones objetivamente graves, esta expresión no dice nada. Puede llevar incluso a justificar el encarnizamiento terapéutico.
- **“Sé fuerte”**. Invita a no llorar, a no enfadarse en medio del sufrimiento, a no deprimirse... Así nos sobreponemos al estado de ánimo del que sufre. Lo terapéutico es reconocer como legítimas las diferentes expresiones de estado de ánimo.
- **“Ofrece los sufrimientos al Señor”**. Dios no es alguien que insaciablemente espere nuestros sufrimientos como oferta (a nadie querido se le ofrece algo malo como el sufrimiento en sí).

Aparecería entonces como sádico. A la pasión de Cristo no le falta nada para que se realice la Salvación en cuanto seguir añadiendo sufrimientos (Cf. Col 1, 24), sino que es el amor realizado en el ministerio -y que comporta sufrimiento- el que completa lo que falta a la construcción del Reino⁸⁴.

- *Una presencia simbólico-celebrativa*

La presencia simbólico-celebrativa es de particular importancia al final de la vida. La tradición ha sido sabia a la hora de ritualizar el acompañamiento a los enfermos y a los que viven el duelo, si bien hoy es frecuente la pérdida de los ritos y la no sustitución por otros elementos cargados de contenido válido para acompañar a vivir sanamente en medio de las dificultades.

Cuando se habla de celebración tendemos a imaginar fiestas alegres, movidas, en las que se olvidan por un momento las dificultades de la vida metiéndonos en una atmósfera de música, baile, bebidas y conversaciones agradables. Sin embargo, en el sentido cristiano de la palabra, celebrar es mucho más que esto. La celebración, como nota **Nouwen**⁸⁵ es posible sólo donde amor y temor, alegría y dolor, sonrisas y lágrimas, puedan coexistir.

**Celebración es
aceptación de la vida
en la conciencia cada
vez más clara
de su preciosidad,
y la vida es preciosa,**

84- Cfr. CASERA D., "L'assistente religioso nel mondo della salute", Torino, Camilliane, 1991, pp. 67-78.

85- Cfr. NOUWEN H.J.M., o.c., pp. 100-101.

**valiosa, no sólo
porque se puede ver,
tocar y gustar,
sino también porque
un día ya no la tendremos.**

Celebrar la muerte significa aceptarla como un misterio que hay que vivir en comunión. Es, pues, concelebrar el misterio de la vida que llega a su fin y que está invadida del amor.

En la celebración confluyen de modo armónico las tres dimensiones del tiempo: el pasado que se recapitula, que se recuerda, que se hace vivo en el presente y el futuro al que se proyecta y que se espera.

Esta estructura consciente de la historicidad supone vivir sanamente enfermedad y la muerte y, por lo tanto, invita a acompañar espiritualmente a quien se encuentra envuelto por tales misterios⁸⁶.

Así, el conocido poeta Rilke, no intentando sustraerse a la amenaza de lo terrible, sino afirmándolo y traduciéndolo, escribe:

*"Di, oh poeta, ¿qué haces tú? -Yo celebro.
Pero lo mortífero y lo prodigioso,
¿cómo lo resistes, cómo lo soportas? -Yo celebro.
Pero lo sin nombre, lo anónimo,
¿cómo lo llamas, oh poeta, no obstante?
-Yo celebro...
¿Y por qué la quietud y la impetuosidad
como la estrella y la tormenta te conocen?
-Porque yo celebro"⁸⁷.*

**Un modo como
los cristianos tienen
de celebrar la propia fe,
celebrar la presencia
de Dios en los momentos
importantes de la
vida son los sacramentos.**

En este sentido, en la enfermedad, tienen especial relevancia tres sacramentos: la celebración de la misericordia de Dios manifestada en el perdón, en la reconciliación, la celebración de la gracia de Dios en medio de la enfermedad grave -la Unción de enfermos- y el Viático o la Eucaristía en los momentos críticos del final.

La importancia del sacramento de la reconciliación ha sido ya señalada al hablar de hacer la paz con el propio pasado. Por su parte, el Viático quiere significar la identificación con Cristo precisamente en el momento en que se experimenta la muerte cercana, ante el paso a la Vida eterna.

El verdadero sentido de la celebración del misterio de la vida y de la muerte cuando se está envuelto en el sufrimiento producido por la enfermedad grave tiene su culmen en el sacramento de la Unción de enfermos. El encuentro de amor misericordioso con Dios, núcleo central del significado del sacramento de la Unción, hace que la celebración del mismo tenga como objeto vivir cristianamente la enfermedad⁸⁸, es decir, reconocer y acoger en comunidad el don de la gracia de Dios en medio de la dificultad impuesta

86- Cfr. MONGILLO D., "La malattia: esperienza da vivere e mistero da celebrare", en: "Camillianum", 1990(2), pp. 339-341.

87- Citado por ARREGUI J.V., "El horror de morir", Barcelona, Tibidabo, 1992, p. 154.

88- Cfr. BRESSANIN E., "Los sacramentos y la liturgia", en: PANGRAZZI A., (ed), "El mosaico de la misericordia", Santander, Sal Terrae, 1990, p. 148.

por la enfermedad y presentar a Dios el profundo deseo de una curación total (cuyo núcleo es precisamente la relación con Dios que ya tiene lugar en el sacramento -de ahí su efecto sobre la salud-).

Este es el núcleo del sacramento de la Unción: *“Un sacramento que, como los demás, actualiza el misterio único y central de la Pascua, pero que en la situación de enfermedad vivida por los hermanos, les permite, no tanto sufrir el dolor con paciencia y resignación, sino luchar contra él y vencerlo con actitud pascual. Pero un Sacramento también que expresa y testimonia una comunidad que, con signos y palabras, hace presente el misterio de curación recibido de su Señor”*⁸⁹. El sacramento de la Unción se inscribe en el contexto de la comunidad cristiana que lucha contra la enfermedad mediante todos los medios posibles. Por eso hay que decir que *“el sacramento es el punto culminante de nuestra preocupación cotidiana por los enfermos; es la epifanía de las dimensiones y de las motivaciones de esa preocupación”*⁹⁰. Es la condensación de la “sacramentalidad difusa”⁹¹ presente en la actividad sanitaria. El ritual litúrgico dice: *“La Santa Unción no es, de ningún modo, el anuncio de la muerte cuando la medicina no tiene ya nada que hacer. Más aún, la Unción no es ajena al personal sanitario y asistencial, pues es expresión del sentido cristiano del esfuerzo técnico”*⁹².

3. Actitudes para el acompañamiento y la relación de ayuda.

¿Qué actitudes nos pueden favorecer el acercamiento al sufriente para que éste sea terapéutico, para que resulte de ayuda eficaz al que vive interpelado por la experiencia del sufrimiento? ¿Qué es lo que se espera, en el fondo,

el que vive la enfermedad, del que se acerca a él a establecer una relación de ayuda?

Quizás, la base de una buena relación de ayuda sea un substrato de gran realismo y humildad ante el Misterio del sufrimiento. Se traduce en respeto a la sacralidad de la situación que vive cada persona. Un ayudador competente ante el que sufre no es el que tiene muchos conocimientos, el que sabe mucho; ni si quiera el que posee muchas técnicas o habilidades para poner en práctica, sino el que sabe ser, es decir, el que ha interiorizado las actitudes propias de una relación auténtica. Job, a sus amigos, buenos teóricos, les llega a decir:

*“He oído muchas cosas como éstas.
¡Consoladores molestos sois vosotros!
¿No acabarán esas palabras vanas?
¿Qué es lo que te duele para que así respondas?
También yo podría hablar como vosotros
si me encontrara en vuestro lugar:
sabría fascinaros con discursos,
meneando contra vosotros mi cabeza.
Podría confrontaros con mi boca,
no ahorraría el consuelo de mis labios”.*
(Job 16, 1-6)

Y en otro momento les manda callar, les pide que dejen de acribillarle con las palabras que pretenden ser de consuelo, pero que no son otra cosa que intentos de explicación racional que no entran en el mundo interior de la experiencia de Job:

*“¿Hasta cuándo atormentaréis el alma mía
y con palabras me acribillaréis?”. (Job 19, 2)*

Con gran humildad, pues, como “de puntillas” podemos acercarnos al enfermo no para darle buenas razones o consejos de cómo debe interpretar o vivir su propia experiencia, sino para comprender

89- ALVAREZ C., "El sentido teológico de la Unción de los enfermos", Bogotá, Pontificia Universidad Javierana, 1983, p. 424.

90- ALBERTON M., "Un sacramento per i malati", Bologna, Dehoniane, 1982, p. 86.

91- Cfr. BRESSANIN E., "Annunciare e vivere il vangelo nel mondo della salute oggi", Verona, Quaderni del Centro Camilliano di Pastorale, n. 2, 1986, p. 49.

92- Cfr. "Orientaciones doctrinales y pastorales del episcopado español", Ritual de la Unción, n. 67.

e intentar transmitir comprensión de su mundo interior, del impacto que la realidad está teniendo sobre él, aceptándola incondicionalmente.

Empatía, autenticidad y aceptación incondicional serían, pues, las disposiciones interiores para una sana relación con el enfermo.

La aceptación incondicional

Es de suma importancia renunciar a nuestro deseo de imponer nuestro punto de vista sobre el dolor ajeno e intentar compartir la situación aceptando incondicionalmente a la persona que vive en tal situación.

En cuántas circunstancias, junto al enfermo le decimos lo que tiene que hacer, cómo tiene que comportarse, nos saltamos esta actitud de la aceptación incondicional valorando sus sentimientos y no dejándole ser protagonista, de modo que haga uso de sus propios recursos.

Efectivamente, podemos comprobar cómo resulta difícil acoger incondicionalmente la realidad del otro cuando se nos presenta con toda su crudeza. Tendemos rápidamente a decir qué es lo que tiene que hacer, en lugar de acoger incondicionalmente su mundo interior: *“tienes que hacer un esfuerzo, tienes que ver lo positivo, no seas tan susceptible, no te tiene que costar pedir las cosas, a Dios no le estará gustando oírte esto, ni a mí tampoco...”* son todo frases que reflejan un modo de hacer, un modo de relacionarse con el enfermo que, movido por muy buenas intenciones, no personaliza, no acepta incondicionalmente la experiencia única e irrepetible que hace el sufriente.

Quizás sean demasiadas las veces que decimos a los enfermos cómo deben comportarse y qué es lo que deben hacer o cambiar para que todo vaya bien y superar las dificultades.

La empatía

Si aceptamos incondicionalmente que lo que el que sufre nos comunica le pertenece realmente, si le permitimos comunicarse, abrir su baúl, si intentamos entrar en su mundo para comprenderlo y transmitir comprensión, entonces estamos siendo empáticos.

La empatía es esa disposición interior que poseen las personas que quieren realmente comprender al otro. Para ello renuncian a su punto de vista para ver las cosas tal y como las ve el enfermo, el que sufre. Por eso la empatía supone ponerse entre paréntesis a sí mismo, despojarse de los propios puntos de vista para adoptar el marco de referencia del ayudado.

La empatía es mucho más que la simpatía, actitud espontánea que hace agradable una conversación por atracción, confianza o identificación emocional. La empatía es otra cosa. Supone hacer el esfuerzo por identificarse con la persona del que sufre haciéndose el esquema mental: *“también yo, en una situación como ésta, sentiría lo que estoy percibiendo que siente”*, y por eso lo intento comprender, aún a sabiendas de que esto me afecta a mí, me repercute, hace que también yo tiemble y pueda perder mis falsos sentimientos o defensas detrás de las máscaras de la seguridad. Porque la empatía nos hace entrar en contacto con la propia vulnerabilidad y por eso es importante saber retirarse debidamente de esta necesaria implicación emotiva para no quedarnos en la superficie ni ahogarnos con quien se encuentra en el fondo de su pozo, de su sufrimiento, de su oscuridad.

Nada ayuda más a practicar esta actitud que la escucha.

La escucha es, sin duda, una de las formas más eficaces de comunicar respeto.

Es la oferta sencilla y humilde de un lugar donde habitar fuera de la propia angustia. El que sufre encuentra en el que escucha realmente, una posada, un templo, alguien en el que vivir, en el que descansar. Son significativas y elocuentes las palabras de una persona necesitada de escucha, que se expresa en estos términos:

"Cuando te pido que me escuches y tú empiezas a darme consejos, no has hecho lo que te he pedido. Cuando te pido que me escuches y tú empiezas a decirme por qué no tendría que sentirme así, no respetas mis sentimientos. Cuando te pido que me escuches y tú sientes el deber de hacer algo para resolver mi problema, no respondes a mis necesidades. ¡Escúchame!

Todo lo que te pido es que me escuches, no que hables, o que hagas. Sólo que me escuches. Aconsejar es fácil. Pero yo no soy un incapaz. Quizás esté desanimado o en dificultad, pero no soy un inútil. Cuando tú haces por mí lo que yo mismo podría hacer y no necesito, no haces más que contribuir a mi inseguridad.

*Pero cuando aceptas, simplemente, que lo que siento me pertenece, aunque sea irracional, entonces no tengo que intentar hacértelo entender, sino empezar a descubrir lo que hay dentro de mí"*⁹³.

"Limitarse a compartir el dolor del otro, puede ser el despliegue de lo que etimológicamente significa "simpatía"⁹⁴ (padecer con), una disposición que llevaría a confirmar o agravar el sentimiento de impotencia vivido por ambos. Sentir dolor cada vez que el enfermo siente dolor, experimentar angustia cada vez que el enfermo experimenta angustia, sería una locura.

Limitarse, por otra parte, a ofrecer soluciones desde afuera, de una manera racional, sin considerar el impacto emotivo que el ayudante vive, sin hacer eco de su propia vulnerabilidad y sensibilidad, sería ejercer una actitud paternalista poco favorable para comunicar comprensión al que sufre y acompañarle a superar las propias dificultades con los propios recursos.

*Además, ¿para qué engañarnos?, esta segunda posibilidad sólo es posible haciendo uso de fuertes mecanismos de defensa por parte de los agentes sanitarios. El secreto está en el equilibrio, en saber entrar y saber salir, saber entrar en la habitación del enfermo con toda la persona y con toda la capacidad de vibrar realmente ante él, ante su mundo, y saber salir, saber cerrar la puerta por fuera con delicadeza y profesionalidad"*⁹⁵.

La actitud de la autenticidad

Ser auténtico en la conversación con el enfermo supone despojarse del juego de las mentiras, desterrar las numerosas frases que tenemos acuñadas por la cultura, por la dificultad a encontrarnos cara a cara con lo que nos hace temblar, con lo que nos presenta tal y como somos nosotros mismos: impotentes, inseguros, sin soluciones mágicas o consuelos inmediatos.

Ser auténtico, congruente, supone estar bien comunicado consigo mismo y bien comunicado

93- Citado en: BERMEJO J.C., "Relación pastoral de ayuda al enfermo", o.c., p. 99. Job manifiesta su deseo de ser escuchado diciendo abierta y sencillamente: ¡Oh, si tuviese yo quien me escuchara! (Job 31, 35).

94- Cfr. STEIN E., "L'empatia", Milano, Franco Angeli, 1985, p. 68.

95- BERMEJO J.C., "Relación de ayuda. En el misterio del dolor", o.c., p. 56.

con los demás de modo que lo que exteriormente manifestamos, interiormente lo experimentamos, lo sentimos, lo creemos, lo vivimos y somos conscientes de ello.

De este modo, y por la vía negativa, de los mínimos, la autenticidad nos llevaría a no decir nunca aquello que ni siquiera nosotros nos creemos.

¡Cuántas veces habremos intentado consolar siendo inauténticos, diciendo “ya verás cómo mañana estás mejor”, cuando por dentro sentíamos el temor o el deseo de que al día siguiente la persona ya no estuviera o hubiera empeorado!

¿Qué pasa si aceptamos la realidad, en su crudeza y en su relatividad, tal y como es vivida por el enfermo? ¿Qué pasa si renunciamos a minimizar cuanto el sufriente nos comunica y le damos el valor que él, con frecuencia y una vez creado un clima de confianza, nos transmite?

Sucede quizás que nos encontramos con el niño frágil que nos habita, con el silencio insoportable, difícil de sostener.

Pero, *“ninguna escuela enseña tanto al hombre, nada le hace tan humano como el captar las expresiones de la vida del otro sin intermediarios, despojándose incluso de las buenas intenciones de consolar con palabras. Los documentos humanos revelan su secreto sólo a quienes se ponen delante de ellos en silencio y con modestia”*⁹⁶.

“Muchas veces resulta difícil transmitir verbalmente mensajes de cercanía emotiva. Por eso es útil renunciar a las palabras y utilizar el contacto corporal. Pero, ¿es posible vivir más libremente el contacto y el silencio? Si una dosis de sufrimiento pasa por el hilo tendido en las manos que se estrechan en medio del dolor,

bienvenido sea el alivio para el enfermo. Pero esto nos lo hace pasar mal. Parece como si fuera necesario liberar al contacto y al silencio del exceso de tensión que lleva a bloquear. Y en esto, quizás seamos nosotros los que tenemos que dejarnos ayudar por los enfermos. (...)

*Sospecho que necesitamos adiestramiento a la convivencia con los sentimientos negativos, con el miedo, con la impotencia, con la tristeza, con la ansiedad, sin caer necesariamente en la depresión o en la neurosis. Dejar que nos habiten con la soltura con que dejamos que nos habita la alegría, el sentirnos útiles o seguros. El silencio nos remite a esos sentimientos que hemos cargado de una connotación moral negativa y queremos huir de ellos a toda costa, como si fuesen indignos de nosotros. Necesitamos encontrar de nuevo la riqueza y elocuencia del silencio, que habla con sus mil voces, en la soledad o en la comunicación. También para esto se requiere adiestramiento”*⁹⁷.

La autenticidad en la relación de ayuda con el que sufre, nos llevará por tanto, a no decir nunca lo que a todos: “ya verás cómo todo va bien”; no nos llevará necesariamente a comunicar todo aquello que sentimos junto al que sufre, pero sí a mantener una relación que no generalice, que no racionalice, que no pretenda sustituir con paternalismo, sino que, con humildad, sea capaz de reconocer y confesar, cuando sea necesario, que “tampoco yo entiendo el misterio del sufrimiento”.

La autenticidad comporta el coraje de hablar en verdad. Cuando Iván Ilich está muriendo, **Leon Tolstoi** presenta este interesante diálogo entre el doctor e **Ilich**:

- Y bien, ¿qué tal?

- Iván Ilich comprende que el doctor quiere preguntar: “¿Qué tal las cosas?” pero que se da cuenta de que no es posible hablar así y por eso dice: “¿Cómo ha pasado la noche?”

96- BERMEJO J.C., "La escucha que sana", en: "Humanizar", 7 (1993), p. 33.

- Iván Ilich mira al doctor con expresión interrogativa: "¿Es que nunca te va a dar vergüenza mentir así?" Pero el doctor no quiere comprender la pregunta. E Iván Ilich dice:

- Como siempre; algo espantoso. El dolor no cesa, no cede. ¡Si me diera algo!

- Sí, los enfermos siempre son lo mismo"⁹⁸.

Y de este modo, el enfermo es condenado, a veces, a vivir en la soledad emotiva, víctima de la marginación relacional, padeciendo la que bien puede llamarse eutanasia social

Los ritos en el acompañamiento espiritual del enfermo.

> Gregorio García Rodríguez
Arcipreste de Guadix. Granada.

El P. Gregorio García nos habla de los ritos en el acompañamiento espiritual haciendo un repaso del Evangelio buscando las muestras del amor de Jesús hacia los enfermos: el sacramento de la Unción es su expresión máxima. La adaptación de la Iglesia a los nuevos tiempos también se trata en esta exposición ya que, actualmente, no es imprescindible la presencia de un cura para administrar la unción. La incorporación de los seglares facilita el acompañamiento espiritual en este aspecto. ▶



Gregorio García Rodríguez.

Las grandes y profundas transformaciones que se dan en la sociedad actual, están condicionando la celebración y administración del sacramento de enfermos: Unción y Viático.

Hasta hace poco los humanos enfermaban y morían en casa. Hoy son llevados a los Grandes Sanatorios. Muertos, en los ambientes urbanos, son trasladados a los tanatorios sin pasar por las parroquias. En los rurales vuelven a la parroquia de origen para el funeral.

Esta realidad social ha supuesto que el sacramento de enfermos sea recibido fuera de la parroquia, en la mayoría de los casos.

Prescindiendo del lugar donde se celebre, el sacramento de la **Unción y Viático** expresan el amor y predilección de Jesús por los enfermos. Ojeando el Evangelio del médico Lucas este amor queda patente.

Y siguiendo las normas sociales: "Las señoras primero", no podemos pasar por alto sin volver nuestros ojos a la **Madre de Jesús**.

Enterada de que su parienta Isabel esperaba un hijo, se fue a cuidarla durante 3 meses. Esto no fue una visita de compromiso. Pero volvamos a Jesús:

- En 4,31 y ss. Cura a un loco... y cura a mucha gente.
- En 5,12 y ss a un leproso y a un paralítico.
- En 6,6 y ss Brazo atrofiado ...y a muchos enfermos.
- En 7,1 y ss Cura a un siervo del capitán.

- En 8 Cura al endemoniado y mujer con flujos de sangre.
- En 9,37 Niño epiléptico.
- En 10,25 El buen samaritano.
- En 12,22 Agobios y preocupaciones.
- En 13,10 Mujer encorvada.
- En 14,1 Hidrópico en sábado.
- En 17,11 A un leproso.
- En 18 A un ciego

No podemos olvidar el capítulo 9 de S. Juan: El ciego de nacimiento.

Ante este amor y predilección de Jesús por los enfermos, ¿cómo ha respondido la Iglesia, durante su larga historia? Es evidente, que nadie puede presentar una historia más gloriosa y digna, en toda la historia de la humanidad, que los discípulos de Jesús. En Granada, mi tierra. Los **Hermanos de S. Juan de Dios**, son un testimonio magnífico. Recientemente se ha concedido a las Hijas de la Caridad el premio Príncipe de Asturias, en reconocimiento de su larga historia de amor y entrega a los pobres enfermos. La **Madre Teresa de Calcuta**, y miles de hermanos cristianos perdidos por esos mundos de pobreza y abandono, sin cámaras de TV, gastando su vida, en una entrega generosa y total por los pobres y enfermos abandonados de la sociedad opulenta. En algún sitio he leído: *"Con lo que gastamos los europeos y americanos en cremas, perfumes y alimentos para perros, podría solucionarse los problemas del hambre, educación y enfermedad del tercer mundo"*.

Esperemos que algún día los poderosos del mundo se tomen en serio dar solución a este sangrante y doloroso problema de la humanidad. Que termine de una vez el expolio y el robo de materias primas del tercer mundo a cambio de nada.

Pero, no sólo en la Iglesia de Jesús tenemos este amor práctico por los enfermos; además, Jesús nos dejó el sacramento de la Unción y Viático de los enfermos como vivencia y expresión de su amor por ellos. En el **Evangelio de Marcos (6,12-13)** envía a la misión a sus discípulos: *"Y, yéndose de allí, predicaron que se convirtieran;*

expulsaban a muchos demonios, y ungián con aceite a muchos enfermos y los curaban”.

En la Iglesia apostólica se practica este rito sacramental atestiguado por Santiago: *“¿Está enfermo alguno de vosotros? Llame a los presbíteros de la Iglesia, que oren sobre él y le unjan con óleo en el nombre del Señor. Y la oración de la fe salvará al enfermo, y el Señor hará que se levante, y si hubiera cometido pecados, le serán perdonados”* (St. 5,14-15). La tradición ha reconocido en este rito uno de los sacramentos de la Iglesia.

Para el creyente la enfermedad no es solamente un hecho biológico, cuyo análisis responde exclusivamente a leyes científicas. En perspectiva de la fe, la enfermedad, consecuencia del estado de la Humanidad pecadora, es una ocasión para que se **“manifiesten las obras Dios”** (Jn 9,3). En concreto, por la curación de los enfermos se manifestó el poder de Cristo, no sólo para librarles de un mal físico, sino para librarles del pecado. Con el mismo sentido, la Iglesia continúa celebrando el sacramento de la Unción de los enfermos.

¿La Unción con aceite....?

Para celebrar en nuestra liturgia el misterio de la salvación los cristianos nos servimos a veces de las cosas más elementales de la vida, porque su lenguaje nos parece válido para expresar los varios aspectos de la obra salvadora de Cristo: comer pan, beber vino, bañarse en agua...

Uno de los elementos que tanto en la Biblia como en nuestra liturgia tiene aplicaciones muy variadas y frecuentes es el aceite por su polivalencia. Es símbolo de salud, de bienestar, de paz. Y que, por tanto, en nuestras celebraciones sacramentales quiera expresar y ser instrumento de los dones del Espíritu sobre los bautizados, los confirmados, los enfermos o los que reciben la ordenación sagrada al ministerio.

En el Nuevo Testamento el auténtico “Ungido” es **Jesús de Nazaret**: *“el Espíritu del Señor está sobre mí, porque me ha ungió”*. (Le, 4,18). Dios le ha dado su fuerza y su poder, su Espíritu, para el cumplimiento de su misión de Sacerdote, Profeta y Rey.

Pero también los creyentes reciben esta unción. Jesús es ungió por el Espíritu. Nosotros con el óleo de los sacramentos: bautismo, confirmación, orden sacerdotal y unción de enfermos.

En el sacramento de la Unción de los Enfermos se ungen la frente y las manos del enfermo, resume simbólico de toda la persona.

Como siempre, las palabras que acompañan al gesto indican su sentido: otorga al enfermo la gracia del Espíritu Santo, con la cual el hombre entero es ayudado en su salud, confortado con la confianza en Dios y robustecido contra las tentaciones del enemigo y la angustia de la muerte (RUPE, nº 6).

Y la fórmula central del gesto todavía concreta más claramente su intención sacramental: *“por esta santa Unción y por su bondadosa misericordia te ayude el Señor con la gracia del Espíritu Santo, para que, libre de tus pecados, te conceda la salvación y te conforte en tu enfermedad”*.

En la enfermedad grave, momento de peligro y de lucha contra la debilidad a la vez corporal y espiritual, la fuerza de Dios viene al cristiano con este nuevo don del Espíritu, que había empezado expresando con las primeras unciones del bautismo y la Confirmación su fuerza acompañante: ahora, en los trances de la enfermedad, se renueva el mismo gesto sacramental y la misma donación del Espíritu de la fortaleza.

El nuevo Ritual es un abanico de posibilidades para la celebración de la Unción y el Viático, según las diversas circunstancias en que se encuentre el enfermo. Propuesto por el **Papa Pablo VI** a la Iglesia universal el 30 de Noviembre de 1972.

La edición española, después de recibir el visto bueno de la Sagrada Congregación para el Culto Divino, fue presentado el 12 de Abril de 1974.

Es un magnífico ritual que responde al deseo de renovación y adaptación de nuestras celebraciones. Si hubiera que destacar algo especialmente, creo que podemos encontrarlo en el n.57-d. Al enumerar los responsables de esta pastoral, enumeran, además de los Obispos, presbíteros y comunidades religiosas, a los seglares: *“Una de las grandes ocasiones para testimoniar que la Parroquia es una comunidad de amor, la ofrece la enfermedad de uno de sus miembros, durante la cual, los lazos que vinculan a una y otro (parroquia y enfermo) no sólo se rompen, sino que adquieren un sentido nuevo que debe ser robustecido por el amor, pues, como dice el Apóstol, “si padece un miembro, todos los miembros padecen con él” (I Cor 12,26) “La familia cristiana, como Iglesia doméstica, sometida a prueba por la enfermedad de uno de los suyos, ha de manifestar que es una comunidad natural de amor humano y cristiano, no sólo en la abnegación y entrega personal y en la solidaridad de todos, sino atendiendo al bien espiritual del enfermo”*. También se autoriza a los seglares para llevar la Eucaristía a los enfermos.

Las parroquias no pueden ser comunidades cristianas donde el Presbítero agota todos los ministerios. En el Bautismo todos somos, unidos a Cristo, constituidos sacerdotes, profetas y reyes. El presbítero es “ministro-servidor” de la comunidad de bautizados. Nunca el dueño y señor que agota todos los ministerios. Pero esto es otra cuestión fuera de lugar.

Sin embargo, la incorporación de los seglares como responsables en la pastoral de los enfermos, abre unas buenas posibilidades para la solución de un gran problema no resuelto: **EL MIEDO DEL ENFERMO.**

Cuando se vive en una sociedad donde aun perduran restos de cristiandad, los enfermos y las familias, aunque bautizados, con la comunión y boda en la Iglesia, saben que cuando llega la

enfermedad seria, la visita del sacerdote es un problema serio. La imagen del sacerdote-emisario de la muerte aún perdura. Sobre todo, en los alejados y no practicantes. Muchas familias esperan que el enfermo esté inconsciente para avisar a la parroquia. Problema de difícil solución.

Para este problema de difícil solución, la colaboración de los seglares puede ser muy valiosa. Según los expertos en el futuro de la Iglesia, parece que caminamos hacia una Iglesia minoritaria en su vida auténtica. Cuando desaparezca la generación mayor que hoy asiste a las celebraciones, las parroquias van a sufrir un descenso sensible. También la carencia de vocaciones al sacerdocio, ya evidente, va a crear una nueva situación eclesial. Quizá todos los ministerios eclesiales sufran una profunda transformación.

La colaboración actual de seglares en la pastoral de enfermos está dando magníficos frutos. Sobre todo, para evitar la imagen del sacerdote “emisario de la muerte”. No es lo mismo la visita del sacerdote portador de los óleos para realizar la Extrema Unción (aun perdura en el pueblo la palabra y su significación) que la atención de toda la parroquia, sacerdote y seglares con el amigo y vecino enfermo.

No sólo con el fin de que reciba los sacramentos, sino como compañía y ayuda en los problemas que pueda tener. Compañía y ayuda del enfermo y también de sus familiares. La celebración de la Eucaristía y Unción en casa del enfermo, con la presencia de amigos de la parroquia, tiene un gran valor humano y religioso.

Como final de estas cortas reflexiones sobre el acompañamiento de la Iglesia con los enfermos y moribundos, queremos evocar el magnífico texto de Paul Claudel, el converso, en su libro: *Toi, qui es tu?* Gallimard, París, 1936, pgs. 111- 113:

Sentido del dolor a la luz de Jesucristo.

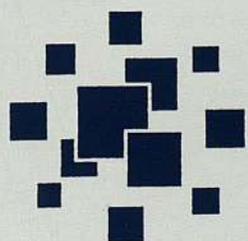
En el espíritu del enfermo ronda siempre una pregunta: ¿por qué? ¿Por qué yo? ¿Por qué me toca sufrir a mí? Los otros andan; ¿por qué yo estoy inmóvil? Los otros ríen, corren, trabajan, gozan del amplio mundo, siguen un camino y una carrera, educan unos hijos, se ocupan con sus semejantes en un montón de cosas útiles y sabrosas, producen una obra. ¿Qué es lo que a mí me pasa? ¿Por qué me siento marginado, impotente, inútil, acostado todo el día, clavado en mi cama años y años, acompañado tan sólo de esos minúsculos sucesos, de ese trozo de tiempo que la gente normal ni siquiera percibe? ¿Por qué soy yo el escogido? ¿Qué es lo que me ha valido esta designación nominal, este elección para un papel decisivo,

la aplicación a mi lecho de este programa de torturas que realizar y que, por lo visto, es mi lote y la finalidad para la que he nacido?

A esta cuestión terrible, la más antigua de la humanidad, y a la que Job dio su forma casi oficial y litúrgica, sólo Dios, directamente interpelado y acusado, era capaz de responder.

Y el interrogatorio era tan enorme que sólo el Verbo podía someterse a él ofreciendo, no ya una explicación, sino una presencia, según aquellas palabras del evangelio: *“Yo no he venido a explicar, a disipar las dudas con una explicación, sino a cumplir, o sea a sustituir con mi presencia la falta misma de explicación”*.

El Hijo de Dios no ha venido a destruir la cruz, sino a tenderse en ella. De todos los privilegios específicos de la humanidad, es éste el que escogió



agefred

Una compañía de

Dalkia

**Mantenimiento Multitécnico
Gestión Técnica de la Energía
Instalaciones**

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona
Tel. 933 340 800 Fax. 933 345 037
E-mail: agefred@agefred.es

para sí, es por el camino de la muerte donde nos enseñó que era posible la salida y la transformación. (Paul Claudel, *Toi, qui es fu?* Gallimard, París, 1936, 11-113)

Y también como final, dos citas del Evangelio:

- A). En Lucas 7,36 estando Jesús invitado a comer en casa de un fariseo, una mujer pecadora unge sus pies con perfume.
- B). En Juan 12,3, María la hermana de Lázaro, también unge a Jesús en los pies con perfume de nardo puro. María lo prepara para la sepultura.

Se dice que el largo periodo patriarcal de la historia humana está terminando. La mujer lucha por su puesto en la sociedad y en la Iglesia, Según algunos expertos, la Iglesia del futuro será de las mujeres. Jesús, en el largo discurso de la Última Cena, dice que el Espíritu nos irá conduciendo a verdad plena. S. Agustín define el misterio de Dios: *“Verdad siempre antigua y siempre nueva. Que tarde te conocí”*.

Esperemos con esperanza el futuro de la Iglesia y su pastoral de enfermos.

El acompañamiento espiritual a los creyentes. Diálogo y empatía.

> Dr. Francesc Torralba Roselló
Universidad Ramon Llul. Barcelona.

El Prof. Torralba aborda en el siguiente trabajo uno de los temas más complicados en referencia al acompañamiento espiritual de las personas, en su caso, el de las personas no creyentes.

Partiendo de la base que el acompañamiento es una necesidad desde el punto de vista eclesial, el autor nos plantea articular este acompañamiento desde el diálogo y la empatía.

El tiene en consideración 3 puntos: el primero, que los no creyentes forman un grupo heterogéneo y aunque sean no creyentes desde el punto de vista religioso, también profesan creencias desde el punto de vista laico. En segundo lugar, los no creyentes tienen espiritualidad; en el arte de acompañar se impone la tarea de hallar lugares comunes. Y en tercer lugar, en los ámbitos de atención a la salud puede aflorar la espiritualidad del no creyente.

En el siguiente artículo, Francesc Torralba nos da la clave del acompañamiento espiritual a los no creyentes. ▶



Dr. Francesc Torralba Roselló

1. Consideraciones preliminares.

Uno de los temas más complejos de abordar en las sociedades contemporáneas es el del acompañamiento espiritual a las personas. En ocasiones, tenemos la sensación de que no disponemos de las condiciones idóneas para realizar dicho acompañamiento, que el entorno y la celeridad de la vida cotidiana hacen prácticamente imposible el ejercicio de acompañar y, sin embargo, el acompañamiento es una necesidad, máxime cuando uno atraviesa circunstancias difíciles, momentos de intensa fragilidad vital. En tales situaciones uno experimenta más que nunca el deseo de ser cuidado, el anhelo de ser dignamente acompañado.

En este artículo pretendemos abordar algunas claves para el acompañamiento espiritual a los no creyentes, sabiendo que se trata de un tema oceánico y en el que juegan múltiples variables. Aún así, estamos convencidos que el tema que, por un lado, es intelectualmente sugestivo, es, además, necesario desde un punto de vista eclesial, pues, en nuestro entorno cultural y social, en eso que denominamos las sociedades occidentales, las personas que se ubican dentro de esta amalgama que se llama desde un punto de vista sociológico el colectivo de los no creyentes aumenta significativamente y constituye un reto y desafío en el proceso de transmisión y anuncio del Evangelio.

Partimos de tres constataciones de carácter preliminar:

Primera constatación: Los así denominados no creyentes configuran un colectivo heterogéneo. Constituye una simplificación intelectual reducir tal conjunto a un ámbito homogéneo. Existen sensibilidades distintas y modos de espiritualidad muy diferentes dentro del mismo grupo social. Además, los no creyentes desde el punto de vista religioso, también profesan creencias desde el punto de vista laico, porque el creer, como ya vio atinadamente **Ortega y Gasset**, no es una actividad única y exclusiva de quienes profesan un credo religioso, sino de todo ser humano, aunque lo viva de un modo inconsciente. En definitiva, todos creemos, pero no creemos lo mismo, ni creemos lo que creemos de la misma manera.

Segunda constatación: Los no creyentes tienen una espiritualidad. Se impone la labor de pensarla. No se puede ni simplificar, ni caricaturizar el pulso espiritual del no creyente, su búsqueda de paz y serenidad o la necesidad de sentido que late en su interioridad. En el arte de acompañar se impone la tarea de hallar los lugares comunes, esas búsquedas que a pesar de ser expresadas en un lenguaje distintos obedecen a una misma intención fundamental.

Tercera constatación: En los ámbitos de atención a la salud puede aflorar la espiritualidad del no creyente. La circunstancia del dolor, de la enfermedad, de la incertidumbre respecto al futuro, de la muerte propia o ajena, constituyen experiencias límite, donde irrumpe lo serio, lo fundamental, constituyen momentos donde uno se ve intensamente interpelado y no puede dejar de formularse las preguntas fundamentales. Esto significa que, en dichos entornos, es especialmente idóneo el acompañamiento espiritual, porque se produce una espontánea apertura al otro, aunque sea bajo la forma de la indignación, el grito o la impotencia.

La posibilidad de articular correctamente este acompañamiento espiritual depende, según nuestro punto de vista, de dos factores principales: la capacidad de diálogo y de empatía del sujeto que se dispone a llevar a cabo la tarea de acompañar. Estas dos condiciones, diálogo y empatía, son necesarias, aunque no suficientes, pero se debe ahondar seriamente en ellas, para entrever cómo se debe realizar dicho acompañamiento.

2. Esencia y sentido del diálogo.

1. Naturaleza del diálogo

El diálogo constituye uno de los temas filosóficos permanentemente vivo a lo largo de la historia de las ideas en Occidente.

Desde los diálogos de **Platón** hasta la eclosión del personalismo filosófico del siglo XX, el diálogo ha sido una fórmula y metodología de pensar que ha preocupado pensadores de distintas escuelas y tradiciones.

No forma parte de nuestro objetivo desarrollar una mínima historia de la noción y el concepto de diálogo, puesto que una tarea como ésta nos llevaría a un desarrollo muy exhaustivo, pero sí que pretendemos, cuanto menos, recoger algunas de las grandes ideas que la filosofía ha generado a lo largo del siglo XX, en torno a la noción de diálogo, partiendo de la tesis que esta noción es nuclear para articular un correcto acompañamiento espiritual a los no creyentes.

De ahí la necesidad de abordar, aunque sea muy panorámicamente, las condiciones y los requisitos fundamentales en la práctica del diálogo entendido como modo de pensar y de progresar en la búsqueda de la verdad¹.

El diálogo, como señala el filósofo catalán **Josep Ferrater Mora**, no es una forma literaria entre otras que pudiesen igualmente adoptarse

para la expresión del pensamiento; sino que responde a un modo de pensar esencialmente no dogmático, es decir, a un modo de pensar que procede dialécticamente. Por eso hay una estrecha relación entre estructura dialógica y estructura dialéctica del pensar.

Según Platón, el que sabe preguntar y responder es el práctico o el especialista del diálogo, esto es, el dialéctico. Platón, que, como se sabe, articula todo su pensamiento a través de la forma dialógica, sostiene que la contemplación por el alma de la realidad inteligible es efecto del conocimiento del arte del diálogo, el cual, a su juicio, es distinto y hasta opuesto a la controversia sofística, donde el diálogo es mera disputa y no proceso cognoscitivo. En el proceso dialógico o dialéctico hay división y generalización: el diálogo es un método riguroso de conceptualización.

En la filosofía contemporánea, se ha manifestado bastante interés por la forma dialógica. La mayor parte de los autores se han ocupado del problema de la comunicación en sentido existencial y del llamado problema del otro. En general, tanto desde la perspectiva del personalismo comunitarista, como desde el existencialismo ateo, se desarrolla una sólida reflexión en torno al diálogo.

Cuando uno se dispone a dialogar, parte de la premisa que el camino hacia la sabiduría no es un itinerario individual, indiferente al mundo y a los otros, sino todo lo contrario.

1- Sobre esta cuestión, ver: F. J. DE LA TORRE, *Derribar las fronteras. Ética mundial y diálogo interreligioso*, Desclée de Brouwer, Madrid, 2004.

La sabiduría práctica que uno requiere para poder discernir lo que puede cambiar de lo que no sólo se puede albergar viviendo y en contacto con las gentes.

Sócrates fue, en este sentido, un sabio, aunque él nunca se atribuyó tal nombre. Vivió entre las gentes y dialogó acaloradamente con sus ciudadanos para aclarar los enigmas de la condición humana. Experimentó en su propia carne como el amante de la sabiduría, el filósofo, tiene que entrar en diálogo con los otros para aclararse a sí mismo y atisbar algún destello de lucidez.

Sócrates no teorizó sobre el diálogo, ni escribió una página sobre su naturaleza y, sin embargo, en la tradición occidental se le erige como la misma encarnación del diálogo.

El diálogo socrático es, eminentemente, inquisitivo y nada dogmático, da vueltas a los objetos del pensar y el interlocutor principal hace ver a su oponente el carácter insostenible de lo que él defiende, sin necesidad de humillarle. El diálogo, en su sentido más noble, no es hiriente, ni humillante, sino constructivo, pues no sólo es iluminador para el que lo inicia, sino también para el interlocutor que toma parte en él.

El camino hacia la sabiduría es, pues, dialógico, abierto al mundo y a los otros. La transición del diálogo al monólogo acarrea una extraordinaria pérdida de riqueza, un achicamiento de perspectivas, una mutilación del acto de pensar. El diálogo es apertura al otro, disposición a escucharle y exige, por consiguiente, la superación de la propia perspectiva. Uno puede dialogar con los vivos, pero también con los muertos; se puede dialogar con los seres que conoce, pero también con los que nunca ha conocido.

**El diálogo es mucho
más que un puro acto
físico, una yuxtaposición**

**de cuerpos uno frente
al otro; es apertura y,
en ocasiones, ese otro
está muy dentro
de uno mismo.**

Tal y como se ha expresado en las páginas precedentes, no es fácil discernir lo que puede cambiar de lo que no puede y, muy habitualmente, cometemos errores en nuestros juicios. Pensamos, por ejemplo, que una persona es incapaz de cambiar su modo de ser, porque a pesar de las correcciones, reitera constantemente los mismos fallos y, sin embargo, milagrosamente, en un momento dado incorpora dicha virtud y cambia su modo de ser.

También ocurre todo lo contrario. Uno piensa que dicha persona cambiará y que, tarde o temprano, verá con lucidez que su *modus vivendi* no es el adecuado y, sin embargo, uno constata que la citada persona reitera una y otra vez los mismos modelos. Para aclarar la tensión entre lo mutable y lo inmutable requerimos de sabiduría, pero la sabiduría exige la facultad de dialogar, pues no se puede alcanzar dicho estado del alma aisladamente, sino que uno debe ser receptivo al otro y tiene que formular correctamente las preguntas para indagar cuál es el estado del alma.

Sólo Dios puede permitirse el monólogo, porque si es omnisciente no tiene porque abrirse a la perspectiva del otro y ser receptivo, pues Él lo sabe todo y el otro no puede aportar nada que no esté ya en la mente de Dios. Dios ni siquiera necesita crear al otro y, menos aún, entrar en diálogo con él. Sólo un Dios que se retire del mundo, que se contraiga a sí mismo, puede crear al otro y sólo un Dios que se dispone de darse a sí mismo al otro puede entrar en la dinámica del diálogo, pero ese Dios no es ni el Dios de Aristóteles ni el Uno de Plotino. Es, en cualquier caso, un Dios extraño.

El fin del diálogo, su término final, es la lucidez.

El diálogo tal y como lo practicamos en los lugares habituales, genera más confusión que claridad, más tensión que paz y, en ocasiones, no sólo no lleva al entendimiento, sino al odio manifiesto. El término final del diálogo es la claridad, el descubrimiento de la verdad de las cosas y éste no puede desarrollarse a título individual, porque el ser humano es limitado y no es capaz de captar todos los matices de lo real.

**Dialogar es, pues,
un camino cuyo fin
consiste en desvelar
la realidad, quitar el velo
que cubre las cosas
y las convierte en
puras apariencias.**

En este sentido es un acto impúdico, casi indecente, porque su fin es desnudar íntegramente la realidad, de tal modo que todos los harapos que la cubren se desplomen. El mismo **Ortega y Gasset** comparó el acto de filosofar con esta falta de pudor. Jugando con las palabras, vino a decir que la filosofía no es de ningún modo una ciencia, sino una indecencia, porque su fin consiste en desnudar la realidad para poderla ver tal cual es.

Este proceso de desnudar la realidad no termina nunca jamás. Es un camino de carácter asintótico, por eso el diálogo no es un proceso que pueda terminarse en una vida humana, sino un itinerario que se reproduce de generación en generación. Los presentes recogemos la antorcha donde las generaciones precedentes la dejaron, con la esperanza de recorrer, con ella, un tramo más, pero sin caer en la tentación de pensar que alcanzaremos la Tierra Prometida de la lucidez. Como se expresa lúcidamente en un poema de

Friederich Hölderlin que **Martin Heidegger** inmortaliza, los seres humanos somos, desde siempre, un diálogo.

La serenidad de un alma se pone de manifiesto en su capacidad de dialogar con el otro. Hay seres humanos que carecen totalmente de dicha capacidad y su fin, cuando entran en diálogo sólo tiene como objetivo el convencimiento del otro, hacerle ver que la propia percepción de la realidad es la misma realidad y que el otro, si no es capaz de verlo del mismo modo, simplemente está equivocado.

El hombre de temple sereno ingresa en el ejercicio del diálogo. Asume que el otro puede tener razón y él estar equivocado, y asume esta posibilidad con serenidad, sabe que su identidad no depende del poder o la facultad de convencimiento, no se juega su dignidad en la contienda dialéctica, sino que, lo que de veras le interesa, es conocer como son las cosas en sí mismas (la verdad) y si el otro puede ofrecer caminos más razonables para entender lo real, el hombre de espíritu sereno no siente tal situación como una derrota y, menos aún, como una humillación, sino como una oportunidad para enriquecer su punto de vista e integrar nuevos conocimientos.

2. Condiciones del diálogo

El filósofo gerundense **Eusebi Colomer** reflexiona sobre la noción de diálogo en el marco del **Concilio Vaticano II** y teniendo muy en cuenta la encíclica de Pablo VI, *Ecclesiam suam* (1964). En la citada encíclica, **Pablo VI** aborda las condiciones fundamentales para el ejercicio del diálogo entre la iglesia y el mundo circundante.

“El diálogo -afirma Pablo VI- supone y exige capacidad de comprensión, es un trasvase de pensamiento, es una invitación al ejercicio de las facultades superiores del hombre. Bastaría esta razón para clasificarlo entre los mejores fenómenos de la actividad y de la cultura humana”².

Y añade: *“El diálogo no es orgulloso, no es hiriente, no es ofensivo. Su autoridad es intrínseca*

por la verdad que expone, por la caridad que difunde, por el ejemplo que da. No es orden, no es imposición. Es pacífico; evita los modos violentos; es paciente; es generoso”³.

“La confianza -continúa Pablo VI- tanto en el valor de la palabra propia cuanto en la actitud para aceptar por parte del interlocutor. Promueve la confianza y la amistad. Entrelaza a los espíritus en la mutua adhesión a un bien que excluye todo fin egoísta”⁴.

Y el último requisito que considera el Papa es la virtud de la prudencia: “La prudencia pedagógica finalmente, la cual tiene muy en cuenta las condiciones psicológicas y morales del que escucha: si niño, si inculto, si no preparado, si desconfiado, si hostil; y se afana por conocer la sensibilidad del interlocutor y por modificar racionalmente a uno mismo y las formas de la propia presentación para no resultarle a aquél molesto e incomprensible”⁵.

Según Pablo VI, la dialéctica de este ejercicio de pensamiento y de paciencia nos hará descubrir elementos de verdad también en las opiniones ajenas, nos obligará a expresar con gran lealtad nuestra enseñanza y nos dará mérito por la fatiga de haberlo expuesto a las objeciones de los demás, a la lenta asimilación del prójimo. Nos hará discretos. Nos hará maestros.

La apertura de un diálogo se sitúa por sí misma a favor de una paz libre y honesta; excluye fingimientos, rivalidades, engaños y traiciones; no puede dejar de denunciar, como delito y como ruina, la guerra de agresión, de conquista o de predominio; y no puede dejar de extenderse desde las relaciones al nivel de las naciones a las relaciones en el cuerpo de las propias naciones y en las bases tanto sociales como familiares e individuales para

difundir en cada institución y en cada espíritu el sentido, el gusto, el deber de la paz.

3. El diálogo entre creyentes y no creyentes

En el marco del Concilio Vaticano II y en las décadas posteriores a la celebración de ese magno acontecimiento, el diálogo entre creyentes y no creyentes se convirtió en objeto de pensamiento para no pocos autores. Se abordaron las condiciones de posibilidad de dicho diálogo y las actitudes fundamentales que se debían tener para que dicha empresa fuera un éxito. Entre los filósofos que articularon una teoría del diálogo, cabe destacar **Giuliano Girardi**.

Sus aportaciones, aunque están ubicadas en ese marco que acabamos de señalar, siguen siendo muy relevantes en nuestro tiempo presente y especialmente interesantes para abordar el acompañamiento espiritual a los no creyentes.

Este pensador italiano, que fue docente en la Universidad Pontificia Salesiana de Roma, concibe el diálogo de este modo. Se trata de “*un coloquio entablado en un clima de libertad y con total sinceridad sobre problemas que atañen de algún modo a las mismas personas, entre sujetos de diversa orientación, pero que convergen en la afirmación de determinados valores, y ordenado a una mutua comprensión, acercamiento y enriquecimiento de las posiciones y de los hombres*”⁶.

Girardi distingue dos tipos de diálogo: el doctrinal, donde adquiere particular relieve la búsqueda común de la verdad y el diálogo operativo, que está constituido por diligencias que tienden a establecer las condiciones de una colaboración con objetivos determinados a despecho de eventuales divergencias doctrinales de fondo.

2- Ecclesiam suma, & 75.

3- Ibidem.

4- Ibidem

5- Ibidem

Dicho diálogo persigue acuerdos prácticos sobre las cosas. Esta distinción es importante para el diálogo bioético, puesto que, sin negar el carácter de fondo que hay en él, dicho diálogo siempre debe ser operativo y tiene que buscar soluciones prácticas para problemas muy complejos.

Según Girardi, el diálogo es, ante todo, una forma particular de coloquio. Se distingue de la conversación, distinción que **Hans Georg Gadamer** no realiza, por la especial importancia que reviste y porque excluye la trivialidad. Según esta idea, el coloquio asume el sentido más amplio de comunicación de ideas y de actitudes, que puede darse no sólo por vía oral, sino también a través de todas las formas de expresión.

*“El diálogo -afirma Girardi- recae ante todo sobre problemas; es decir, implica una actitud de búsqueda”*⁷. No cualquier problema constituye objeto de diálogo, sino esos problemas que ponen en cuestión al que pregunta y que son capaces de recibir múltiples soluciones personales. Las preguntas retóricas no engendran más que diálogos retóricos. Una búsqueda o investigación no puede ser real cuando las preguntas a las que ha de responder no son reales, vividas; por tanto, cuando no existe en su objeto una zona de duda.

**El diálogo es una
relación entre sujetos
y no entre doctrinas
o sistemas. Es un
fenómeno intersubjetivo
y de carácter dinámico.**

No existe diálogo sin dinamicidad.

La intención del diálogo según Girardi es la mutua comprensión, acercamiento y enriquecimiento de las posiciones y los hombres. Exige el concepto de reciprocidad. La comprensión brota, ante todo, de la confianza, tanto en lo que respecta al hombre en general como, en particular, a los hombres concretos que intervienen en el diálogo. La confianza se funda en el hecho de reconocer a todo hombre una cierta iniciativa creadora, gracias a la cual cada hombre es un núcleo viviente de verdad y de valores. La comprensión del otro pasa también a través de la conciencia de los propios límites. La comprensión exige una apertura mental, o sea, la capacidad de escuchar, de situarse en el punto de vista del otro, en su puesto. Pero exige más todavía: una apertura existencial, es decir, una particular sensibilidad a la dimensión subjetiva de la verdad y de los valores, un alma grande.

Según Girardi, *“la comprensión y el acercamiento, que son constitutivos del diálogo, no pueden, por consiguiente, consistir tan sólo en tratar de encontrar en el interlocutor fragmentos de la propia verdad, poniendo en tela de juicio o negando la originalidad de su aportación y reivindicando para sí todo el mérito histórico”*⁸.

El diálogo, tal y como lo concibe Girardi, no se debe confundir ni con la discusión, ni con la polémica, ni con el proselitismo. La originalidad del diálogo es un tipo de relación intersubjetiva que tiene como horizonte de sentido la verdad y no el mero acuerdo instrumental o estratégico.

Para Girardi, *“la polémica es lucha ideológica. En este mismo sentido se entiende frecuentemente*

6- VV. AA., El ateísmo contemporáneo, vol. I, t. 1, Cristiandad, Madrid, 1967, p. 64.

7- VV.AA., El ateísmo contemporáneo, p. 66.

8- Ibídem, p. 74.

la apologética. Su fin estriba en defender la propia posición (...), refutando la opuesta (...). La atención de los interlocutores se dirige a los elementos de divergencia e ignora o infravalora las eventuales convergencias. El interlocutor es un adversario al cual es preciso derrotar para que triunfe la verdad”⁹.

En la polémica, la preocupación por poner de manifiesto la originalidad y la superioridad de la propia posición cede a la de captar las convergencias. En la polémica alcanza más éxito el que denuncia con mayor claridad los errores del interlocutor, en el diálogo triunfa el que descubre las verdades.

El diálogo tampoco puede identificarse con la enseñanza. En el diálogo, cada uno de los interlocutores está llamado tanto a aprender como a enseñar y precisamente porque uno y otro deben asumir simultáneamente ambos cometidos, ninguno de los dos es reconocido como maestro del otro.

El diálogo se distingue del proselitismo. El diálogo no persigue la conversión del otro. “No exige -según Girardi- a ninguno de los interlocutores que se convierta a la posición del otro, sí exige a ambos que se conviertan al espíritu de diálogo, asumiendo lealmente todas sus exigencias”¹⁰.

Según Girardi, la prosecución del ideal del diálogo requiere de dos condiciones fundamentales: la primera, de carácter objetivo, es el clima de libertad; la segunda, de carácter subjetivo, es la sinceridad.

**Por sinceridad total
se entiende la capacidad
de expresar lo que uno es.**

El diálogo sincero exige el valor de mirar hasta el fondo, la lucidez, la lealtad espiritual, la valentía de sacudir la propia inercia intelectual, que induce a pensar como se ha pensado siempre y a obrar como siempre se ha obrado; de enjuiciar lo que no aparece como justificado; de reconocer los anteriores errores, tanto particulares como del propio grupo.

3. La empatía como condición de posibilidad.

La segunda condición fundamental para un correcto acompañamiento espiritual es la transferencia de emociones, la unión empática con el sujeto acompañado.

La empatía no es una condición añadida, sino que, de facto, constituye también la base para el mismo diálogo antes reseñado. Una de las figuras que más ha ahondado en esta temática desde un punto de vista filosófico es la filósofa judía convertida al cristianismo, **Edith Stein** (1889-1942).

En 1913 Edith Stein se decide acercarse directamente a la escuela fenomenológica que, en aquel momento, tenía como máximo exponente la figura de Edmund Husserl. Posteriormente, aparecerán

9- Ibídem, p. 77.

10- Ibídem, p. 81.

figuras de enormes trascendencia en la historia del pensamiento contemporáneo como Martin Heidegger o Max Scheler, figuras que, de un modo directo o indirecto, reciben un fuerte influjo del pensamiento de **Edmund Husserl**.

En 1905 el filósofo alemán Edmund Husserl introdujo en su pensamiento el concepto de la empatía (*Einfühlung*). Entendía por tal la experiencia de la conciencia ajena y de sus vivencias, a diferencia de la experiencia que la propia conciencia hace de sí misma. Sin embargo, el primer estudio fenomenológico extenso sobre este tema es la tesis doctoral de su discípula Edith Stein¹¹.

Pocos meses después de su llegada a la universidad de Göttingen, Edith Stein, que en aquel entonces sólo tenía veintidós años, solicita a Husserl poder realizar con él la tesis doctoral en filosofía. Su tema elegido fue el de la empatía y defendió la tesis el 3 de agosto de 1916. Llevaba por título: El problema de la empatía en su desarrollo histórico y en consideración fenomenológica y que se publicó en el mismo año con el título original *Sobre el problema de la empatía (Zum Problem der Einfühlung)*¹².

Cabe decir que fue la primera tesis doctoral en filosofía defendida por una mujer en toda la historia de Alemania. Más allá de este dato, si se quiere anecdótico, pero también muy significativo, cabe decir que nos hallamos frente a un texto arduo y difícil, conceptualmente muy compacto y que difícilmente se deja inteligir desde un primer acercamiento. Con todo, nuestro objetivo, ahora y aquí, consiste en deslindar algunas de sus intuiciones fundamentales

en torno a la empatía que, a nuestro modo de ver, son extraordinariamente útiles para ahondar en la capacidad empática entre profesional y paciente.

Desde 1914 hasta 1916, en plena guerra mundial, Edith Stein dedica la mayor parte de su tiempo a la realización de su tesis, alternando con otros estudios y actividades. A lo largo de la elaboración de su investigación abrió un paréntesis vital para hacer de voluntaria en un hospital de guerra para la Cruz Roja para atender a enfermos causados por la Primera Guerra Mundial. Lejos de suponer ello una interrupción en su labor intelectual, la experiencia y el contacto con los heridos y moribundos de guerra, enriqueció y urgó interiormente la necesidad de retomar y concluir su trabajo de tesis¹³.

1. Análisis fenomenológico

La empatía, tal y como la comprende Edith Stein, es un acto del conocimiento que no se confunde ni con la memoria, ni con la imaginación, ni con la percepción externa, aunque tiene que ver con ellas. En el proceso empático intervienen, a su juicio, tres momentos: el primero es la percepción de la situación del otro, de su vivencia (*Erlebnis*); el segundo consiste en la interiorización de su vivencia y el tercer momento se produce cuando esa vivencia ajena que he percibido en el otro se percibe como propia. Estos tres momentos se dan casi simultáneamente, pero en el orden conceptual es fundamental distinguirlos.

La empatía requiere de estos tres momentos, de tal modo que la finalidad del proceso no tiene por objeto el conocimiento del otro, sino la

11- Nacida en Breslau (1891), fue ayudante de Edmund Husserl en Friburgo. De familia judía, en 1922, se convirtió al catolicismo. Enseñó en el Instituto Alemán de Pedagogía Científica de Münster, hasta su destitución en 1933 a causa de su ascendencia judía. Se orden carmelita en 1934. Huida a Holanda, en 1942 es deportada a Auschwitz, donde es exterminada. Entre sus obras se cuentan *La fenomenología de Husserl y la filosofía de santo Tomás de Aquino*, *Investigación sobre el Estado*, *La estructura de la persona humana*, *Ser finito y ser eterno* y *Ciencia de la cruz*. Estudio sobre San Juan de la Cruz.

12- Cf. E. STEIN, *Sobre el problema de la empatía*, Trotta, Madrid, 2004.

13- Me he acercado a la figura y a la obra de Edith Stein en: *Metafísica de la interioritat*. Lectura d'Edith Stein, en *Ars Brevis* 3 (1998) 257-275 y *La recerca de Déu en temps d'incertesa: El camí d'Edith Stein*, en *VV.AA.*, *Edith Stein: Retrobar Déu en temps d'incertesa*, PAM, Barcelona, 2004, pp. 11-41.

comprensión (Verständnis) del otro. La empatía presupone una concepción del hombre como ser abierto, o mejor todavía, como ser permeable, capaz de interactuar con su entorno y con sus semejantes y de establecer vínculos afectivos con ellos. El ser humano, en la concepción antropológica de Edith Stein, no es una estructura monádica, cerrada sobre sí misma, sino una estructura bidimensional, dotada de una exterioridad y de una interioridad y ello le permite, por un lado, exteriorizar pensamientos, ideas y sentimientos propios, pero, por otro, le permite interiorizar vivencias, ideas y sentimientos ajenos.

El concepto de empatía que sostiene Edith Stein coincide exactamente con el de Edmund Husserl. Se puede definir como la aprehensión de las vivencias ajenas, como el aperecibimiento del vivenciar del otro. En este sentido, la empatía es un acto espiritual y tiene su condición de posibilidad en el espíritu del sujeto. Cuerpo vivo (Leiblichkeit), alma (Seele) y espíritu (Geist), son los constitutivos de la persona propia y ajena que va decantando la experiencia empática.

Edith Stein concibe la empatía como el acto a través del cual la realidad del otro se transforma en elemento de la experiencia más íntima del yo. Consiste en darse cuenta, en la observación y la percepción de la alteridad, supone la percepción de la existencia del otro y de su experiencia. A pesar de esta apropiación, se debe indicar que, como dice Edith Stein, esa experiencia del otro que yo interiorizo respeta su experiencia como originaria. No significa alegrarse o entristecerse porque el otro está alegre o triste, sino ser capaz de vivir su alegría o su tristeza en él. A través de la empatía, se produce una relación con el mundo objetivo, esto es, con el mundo que está más allá del yo.

Según la filósofa judía, la empatía es el fundamento de todos los actos cognoscitivos (sean de carácter emotivo o volitivo, de juicio o narrativo...), pues gracias a este proceso se puede captar la vida psíquica-espiritual del otro. De hecho, la empatía es el fundamento de la comunicación de experiencia entre sujetos.

La auténtica empatía, pues, no busca desencarnar la experiencia del otro, sino que busca vivirla en su lugar original, es decir, en el otro; adquiriendo la realidad del sentir del otro.

No es extraño, por eso, que Edith Stein en el estudio de la empatía llegase a la conclusión de que el ser humano es un ser trascendente, es decir, un ser que no se agota en su materialidad, sino que posee una espiritualidad que le hace capaz de entrar en comunicación más allá de los límites sensoriales-materiales.

La empatía se convierte, de este modo, en el fundamento de la comunidad humana, de una auténtica comunidad donde los miembros que la constituyen no son simples objetos, sino sujetos de experiencia que tienen capacidad de entrar recíprocamente en comunión sin perder su identidad.

El contenido de la experiencia empática no me pertenece: es la alegría o el dolor del otro, que sin embargo siento y vivo en mi interioridad. Hago experiencia interior de una experiencia que, después de todo, no es mía, no me pertenece en cuanto tal, pero que vivo como si fuera mía. En este sentido,

empatizar significa alargar los horizontes de la experiencia del yo hacia los horizontes del otro,

consiste en salir del propio yo cerrado para adentrarse en el mundo de la alteridad trascendente, y sabiendo que la distinción entre yo y el otro no desaparece, no se disuelve en la nada. Es, por lo tanto, la capacidad de trascendencia, es decir, de salir del propio yo (Hinausgehen) para ir al yo del otro.

La empatía, tal y como la concibe la autora de *Ser finito y ser eterno*, es la posibilidad de enriquecer la propia experiencia. La vivencia

del otro es aquello que, por lo general, está más allá de nosotros, y puede ser algo que ni hemos vivido y que quizás nunca tendremos la posibilidad de experimentar.

Adentrarse en la experiencia del otro significaría, entonces, adentrarse en lo que nos lleva más allá de nosotros mismos, implica superar los márgenes del propio mundo interior, y ello me lleva a enriquecer la propia imagen del mundo.

2. Naturaleza de la empatía

La empatía es, pues, una forma de co-sentir o de sentir con el otro, de tal modo que trasciende la mera simpatía. Se puede entender la empatía como una energía de unión con el otro y, en este sentido, es apertura hacia la amistad con el otro.

A través de la empatía se hace posible a apertura amorosa en cuanto capacidad de hacer presente lo que siente o vive el otro. Empatizar implica en el sujeto la aceptación o voluntad de salir de sí para encontrar y afrontar, incluso, una posible desproporción con el otro.

**De tal modo que la empatía,
además de fuente de
conocimiento del otro, es
también fundamento para
el conocimiento personal.
Viendo al otro, descubro al
mismo tiempo lo que
yo no soy.**

A lo largo de su exploración filosófica, Stein dice que la empatía consiste en la capacidad de establecer un contacto vital, fundado inicialmente en un intercambio concreto de energía vital, que

constituye la base no verbal de la cual nace el conocimiento concreto del otro, de sus vivencias, de su contexto histórico, social, político, cultural, económico y religioso.

La empatía exige no sólo hacer uso de la intuición, sino sobre todo, especialmente en los adultos, conlleva una gran dosis de ascesis intelectual para liberarse de todos los posibles prejuicios adquiridos, de razonamiento objetivo, y apertura a lo que es diverso de mí y de mi experiencia, con la conciencia clara de que el mundo no se agota en lo yo conozco y vivo.

Para Edith Stein, no todos los seres humanos tenemos la misma capacidad empática. A su juicio, los niños, en la medida en que todavía no han sido contaminados por los prejuicios, son más empáticos; también los artistas, puesto que tienen una mayor capacidad de sensibilidad ante la realidad y, según su punto de vista, el género femenino es más empático que el masculino, puesto que está orientado hacia lo vivo y personal.

En su investigación conceptual, Edith Stein ejemplifica la esencia del acto empático de este modo: *“Un amigo viene hacia mí y me cuenta que ha perdido a su hermano, y yo noto su dolor. ¿Qué es este notar? Sobre lo que se basa, el de dónde concluyo el dolor, sobre eso no quiero tratar aquí. Quizás está su cara pálida y asustada, su voz afónica y comprimida, quizá también da expresión a su dolor con palabras. Todos éstos son, por supuesto, temas de investigación, pero eso no me importa aquí. Lo que quiero saber es esto, lo que el notar mismo es, no por qué camino llego a él”*¹⁴.

La empatía no tiene el carácter de percepción externa, pues cuando uno empatiza con el dolor del otro, no tiene la experiencia externa del dolor, pero lo siente en el interior como si fuera suyo. Sin embargo, tampoco es un dolor que brota de mi interior, sino que interiorizo, pero que tiene su origen en la visión del semblante del otro.

Edith Stein lo expresa así: *“El sujeto de la vivencia empatizada -y ésta es la novedad funda-*

mental frente al recuerdo, la espera, la fantasía de las propias vivencias- no es el mismo que realiza la empatía, sino otro. Ambos están separados, no ligados como allí por una conciencia de la mismidad, por una continuidad de vivencia. Y mientras vivo aquella alegría del otro no siento ninguna alegría originaria, ella no brota viva de mi yo, tampoco tiene el carácter del haber-estado-viva-antes como alegría recordada. Pero mucho menos aún es mera fantasía sin vida real, sino que aquel otro sujeto tiene originariedad, aunque yo no vivencio esa originariedad; la alegría que brota de él es alegría originaria, aunque yo no la vivencio como originaria. En mi vivencia no originario me siento, en cierto modo, conducido por uno originario que no es vivenciado por mí y que empero está ahí, se manifiesta en mi vivenciar no originario. Así tenemos, en la empatía, un tipo sui generis de actos experienciales"¹⁵.

Edith Stein distingue la empatía de la pura asociación de ideas, puesto que en la teoría de la asociación de ideas no se produce un vivenciar de la vivencia del otro, sino una asociación por referencia a una experiencia propia en el pasado. Lo ejemplifica del siguiente modo: "Yo veo a alguien dar patadas con el pie, se me ocurre que yo mismo daba patadas con el pie una vez, al mismo tiempo se me representa la rabia que entonces me imbuía y me digo: así de rabioso está el otro ahora. Entonces no me es dada la rabia del otro a mí mismo, sino que colijo su existencia e intento aproximarla a mí mediante un representante evidente: la rabia propia. La empatía, por el contrario, como acto experiencial pone inmediatamente al ser y alcanza su objeto directamente, sin representantes"¹⁶.

La empatía no es, pues, una asociación de ideas, pero tampoco consiste en sentir a una (einfühlen), sino que consiste en el vivenciar ajeno. Edith Stein pone también un ejemplo de lo que es

sentir a una: "Ha caído una fortificación y a todos los que lo oímos nos invade un entusiasmo, una alegría, un júbilo. Todos nosotros sentimos 'el mismo' sentimiento. ¿Han caído aquí los límites que separan a un yo de otros? ¿Se ha liberado de su carácter monádico? ¡Desde luego que no totalmente! Siento mi alegría y empáticamente aprehendo la de los demás y veo que es la misma. Y en tanto que veo esto parece desaparecer aquel carácter de no originariedad de la alegría ajena, poco a poco, coincide aquella fantástica alegría con la mía viviente misma, y creo que tan viva como la mía sienten ellos la suya. Lo que ellos sienten lo tengo ahora evidente ante mí, cobra cuerpo y vida en mi sentir, y desde el 'yo' y 'tú' se erige el 'nosotros' como un sujeto de grado superior"¹⁷.

3. Conclusiones.

El acompañamiento espiritual a los no creyentes constituye un desafío pastoral de primer orden. Debemos reconocer que esta tarea plantea dificultades y escollos difíciles de superar, pues, muy a menudo, los prejuicios que el destinatario de tal acompañamiento tiene con respecto a la religión, la comunidad eclesial o la misma figura del agente de pastoral dificulta mucho tal proceso. Aún así, el acompañamiento espiritual constituye una exigencia ética para el cristiano, una misión que está enraizada en la misma naturaleza de la fe que profesa y que le lleva acoger al otro tal y como es y a presentarle el mensaje liberador de Jesús.

14- E. STEIN, Sobre la empatía, p. 22.

15- Ibídem, p. 27.

Acompañamiento en las decisiones éticas.

> Maria Jesús Goikoetxea

Delegada Diocesana Pastoral de la Salud. Bilbao.

Como es sabido las necesidades espirituales de las personas enfermas no son exclusivas de las personas que confiesan una fe religiosa. Las necesidades espirituales surgen de la necesidad de las personas de encontrar un sentido desde el que vivir la experiencia de la enfermedad. En la búsqueda de sentido juega un papel fundamental la experiencia de fe de esa persona en el caso de ser creyente, pero dar sentido a lo vivido, decidir como vivirlo, e integrarlo en el propio proyecto de vida es una necesidad que también tienen las personas que se declaran como increyentes.

La autora considera acertado, a su juicio, que el título de su trabajo esté integrado en el tema del año: "Acompañamiento espiritual al enfermo". La ética forma parte de la espiritualidad y el acompañamiento ético forma parte del acompañamiento espiritual.

Las decisiones éticas, decidir lo que se debe y lo que no se debe, estarán estrechamente vinculadas a los valores de la persona (su código moral o ético) por un lado, y a la experiencia que tenga de su situación (vivencia subjetiva), por otro.

Es por ello que Marije Goikoetxea haya intentado integrar en este sencillo trabajo una vertiente más psicológica-terapéutica de lo que supone "acompañar a decidir", y otra bioética de procedimientos para tomar decisiones éticas en la asistencia socio-sanitaria. La primera tiene en su base la psicología humanista y la segunda el método deliberativo. ▶



María Jesús Goikoetxea

1. Elegir la vida.

La búsqueda de sentido, clave del "proceso de convertirse en persona"

La modernidad ha incorporado a la cultura la definición del ser humano como ser autónomo, capaz de proponerse fines por sí mismo y responsabilizarse de ellos. Libertad y responsabilidad son las dos caras de una misma moneda, una moneda a la que, desde **Kant**, llamamos dignidad.

Es innegable que gran parte de la vida "se nos da escogida", como dice **J. A. García-Monge**¹, por la genética, el aprendizaje familiar y social, el inconsciente, la política, la economía, la comunidad en la que vivo.

**Descubrir quién decide
mi vida es la primera
tarea para construir una
personalidad madura.**

Tras ello, desarrollar la capacidad de responsabilizarme de lo que soy y lo que quiero ser, es lo que

constituye "*el proceso de convertirse en persona*" como lo denominaría **C. Rogers**.

La psicología humanista en sus diversas escuelas (no-directividad, gestalt, logoterapia,...) y la reciente psicología transpersonal, considera la capacidad de elegir la vida en libertad y responsabilidad, el indicador fundamental del equilibrio psicosocial de una persona. El descubrimiento y la liberación de coacciones internas y externas es, sin duda, el núcleo fundamental en terapia. Pasar del "yo tengo" al "yo quiero" y "escojo" es el camino de la madurez personal. Dicho camino pasa por el "me apetece y me gusta" que va intrínsecamente unido a la percepción personal. Pero escoger conlleva además de percibir lo que me gusta, valorar, establecer prioridades, renunciar, elegir y comprometerse con lo elegido.

Junto a este proceso de liberación, o de superación-integración de los límites, son cada vez más, los profesionales que consideran que un proceso terapéutico no acaba hasta que la persona se pregunta por el sentido de su vida, es decir, por "el para qué" vivir. La elección de una serie de valores, la construcción de un proyecto de vida y la asunción responsable del mismo, se convierten así en la meta de un proceso terapéutico completo, más allá de la superación del sufrimiento psíquico generado por las "heridas" y/o déficits emocionales.

La búsqueda de sentido es, en este contexto, más que un derecho inalienable del ser humano la esencia misma de su humanidad. El precio que el ser humano debe pagar por las mejores cosas de la vida (la felicidad, la paz espiritual, la estabilidad mental, la autorrealización, la salud integral...) es la asunción de su responsabilidad.

Libertad y salud: "apropiarse de la vida"

El ejercicio de la libertad conlleva la responsabilidad de elegir cómo vivir. **J. Masiá** desde su

1- J.A. Gracia-Monge. Treinta palabras para la madurez, Descleé de Brouwer, Colección Serendipity-Crecimiento personal, nº 20, Bilbao, 1997, 223-232

sabiduría "oriental", que es mucho más que conocimiento y comprensión de la cultura de oriente, nos descubre el significado de la palabra JIYUU (la libertad) en japonés.

*"Los dos caracteres corresponden a la palabra "libertad" en japonés. El primero JI; representó originariamente una nariz. Significa "por si mismo". Ya sabemos que, en japonés, para decir "yo" se señala uno la nariz, en vez de apuntar con el dedo índice al corazón, como hacemos los occidentales. El segundo es YUU. Significa "según", "de acuerdo con", "razón". Los dos caracteres juntos dan como resultado: "de acuerdo consigo mismo". Libertad sería obrar de acuerdo conmigo mismo. Pero lo difícil es saber quién es ese "si mismo", con el que ponerse de acuerdo: ¿Mi "yo superficial egocéntrico" o mi yo más hondo, al que llamaría la tradición del Zen más bien "cerocéntrico"?..."*².

Casualmente, al mismo tiempo que en mi experiencia espiritual personal encontré "serendipitycamente", sembré y comenzó a crecer el concepto de libertad japonés como "vivir de acuerdo conmigo mismo", en mi experiencia como estudiante de Bioética aprendí de **Diego Gracia** su concepción de salud como capacidad de llevar adelante el propio proyecto de vida.

Diego Gracia define la salud como la "capacidad de posesión y apropiación del cuerpo"³. Dicha capacidad presupone dos niveles diferentes: el nivel biológico que define como ausencia de enfermedad o disfunción, y el nivel biográfico o moral que determina el nivel de bienestar personal en referencia a los propios objetivos vitales⁴.

De modo, casi mágico, las piezas encajaban, la espiritualidad y la razón se integraban en el concepto de salud como libertad y la libertad como salud.

**Se puede vivir y morir
saludablemente,
cuando se vive y se
muere de acuerdo con
uno mismo, libremente.**

La tolerancia conmigo misma y con los demás comenzaba a crecer como virtud en mi vida y con ella la salud.

2. Decidir éticamente, decidir desde el deber.

Vivir como humano es vivir consciente y responsablemente.

Decidir sobre el "deber", sobre lo que "debo" y lo que "no debo" hacer, sobre lo que es bueno y está bien y lo que es malo y está mal, es un tipo de elección. La conciencia, en su doble sentido, psicológico (darme cuenta) y moral (dar cuenta a mi misma y a los demás, especialmente a aquellos con los que estoy comprometida), es el rasgo característico de la vida propiamente humana. La ética, la responsabilidad moral, fundamenta la identidad del ser humano como tal ser humano. Si no escojo nada más que estar viva, seré vivida y me tendré que conformar con no-morir. Si escojo vivir humanamente tengo que plantearme por qué vivir y no morir, cómo vivir y morir, para qué vivir (veremos la importancia de responder a esto en las personas enfermas).

2- J. Masiá. Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia. Descleé De Brouwer. Colección Serendipity Maior., nº 9, Bilbao 1999, 97.

3- D. Gracia. "Salud, ecología, calidad de vida", nº. Ext. Jano 35 (1988), 133-147

4- D. Gracia. "Modelos actuales de salud. Aproximación al concepto de salud", Labor Hospitalaria 219 (1991), 11-14

La decisión ética como "sabiduría práctica": conjugación de la razón y el afecto

El ser, el querer, el poder, el deber... son elecciones distintas del ser humano que comprometen a diversas dimensiones de la personalidad, y podríamos decir que afectan a diversas dignidades tal y como mantiene F. Torralba⁵.

Como dice M. Vidal, *"sin duda alguna el ámbito más adecuado para la ética es la razón...pero la ética puramente racionalista puede perder su significado auténtico. Por eso necesita el ámbito del sentimiento. (...) Únicamente la razón "empática" o, en el buen sentido, "afectada" puede hacer propuestas éticas humanizantes para todos y realizar praxis morales de auténtica transformación humana. La razón empática o la empatía racional es, pues, el ámbito primigenio de la Ética. De ahí es de donde surge el programa moral que I. Ellacuría proponía, utilizando el universo lingüístico y conceptual de X. Zubiri: moral es "hacerse cargo" de la realidad, "cargar" con ella y "encargarse" de ella"*⁶.

La razón busca normas universales que fundamenten los juicios éticos. La igual dignidad de todos los seres humanos nos exige encontrar principios éticos seguros, y a ser posible absolutos (sin excepciones). Sin embargo, el afecto,

**Da empatía con las
personas que sufren,
nuestro compromiso real
y moral con ella, nos
obligan en determinadas
situaciones, a "replantear"**

la adecuación de nuestras normas morales razonables y universales desde la "responsabilidad" con ella.

Este es el debate entre las "éticas de la justicia o de la convicción" y las "éticas del cuidado".

El afecto y la emoción tienden a generar en el razonamiento un modo de pensar en "negro y blanco" que diría Diego Gracia. Este modo de pensar es el que denomina dilemático el profesor Gracia. La cuestión ética se plantea en forma de dilema. Retirar el tratamiento vital a un enfermo concreto está bien o está mal y no hay más opciones. Quien se plantea las cuestiones éticas de este modo presupone dos cosas que no son ciertas:

- A) que todo conflicto ético o de valores tiene solución
- B) que la solución es siempre la misma para el mismo dilema

Pero existe otro modo de plantearse las cuestiones éticas que es plantearse las como problemas, es decir, en "escala de grises". Un problema puede tener múltiples respuestas, puede que ninguna del todo satisfactoria, pero nos exige el compromiso de buscar y encontrar la respuesta más correcta para cada la situación⁷.

Paul Ricoeur designaba como "sabiduría práctica" la capacidad de *"inventar las conductas que satisfagan mejor las excepciones exigidas por nuestra solicitud para con las personas, traicionando lo menos posible las normas...sin caer en la arbitrariedad"*⁸.

5- F. Torralba, Antropología del cuidar, Instituto Borja de Bioética-Fund. Mapfre Medicina, Madrid 1998, 97-107

6- M. Vidal, Nueva moral fundamental. El hogar teológico para la ética. Desclée de Brouwer, Bilbao 2000, 14

7- D. Gracia. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med. Cli. (Bcna) 2001; 117; 18-23

8- P. Ricoeur, Soi meme come un autre, Seuil, Paris 1990, 312-318

El proceso de la "decisión ética responsable"

Es, por tanto, necesario no confundir "decisión ética responsable" con "única solución verdadera", tal y como nos advierte J. Masiá. La "decisión ética responsable" es aquella que resulta la más adecuada para respetar la dignidad de las personas implicadas.

Masiá considera que son cinco los elementos necesarios para un discernimiento ético correcto por parte de una conciencia responsable⁹.

- Predisposiciones básicas o criterios morales que configuran las actitudes básicas de las personas y que, influyen en su percepción de la realidad, generan hábitos y determinadas formas de ser en las personas. Son el marco de referencia desde el que comenzar a pensar y a decidir. En este elemento situaríamos el nivel de desarrollo moral de una persona que indudablemente le capacitará o incapacitará para tomar decisiones morales.
- Información correcta, es decir datos ciertos de la realidad sobre la que tenemos que decidir. La falta de información es un elemento que invalida una decisión ética de una persona.
- Interpretación apropiada o "pensar honrado" u "honesto", como lo denomina el profesor Masiá. Debemos tener en cuenta en este momento tanto incapacidades psicológicas (deterioros cognitivos, alteraciones de la percepción y del razonamiento) como procesos de pensamiento excesivamente constrictivos y autoritarios que impiden encontrar alternativas a un problema ético. De la interpretación adecuada forma parte la capacidad de cuestionar, de relacionar y de imaginar hipótesis alternativas. En este elemento es más importante el proceso de buscar diversos cursos de acción posible, es decir diversas alternativas de solución, evaluando las ventajas

e inconvenientes de cada una de ellas en cuanto a respetar la dignidad de las personas implicadas, que la respuesta final.

- Consejo oportuno. Este sería el momento en que tiene pleno sentido la integración de otros puntos de vista, entre ellos nuestro acompañamiento pastoral, como presencia eclesial que puede ayudar al discernimiento.
- Decisión responsable que tras los pasos anteriores la persona toma de acuerdo a su conciencia.

No se le escapa a Juan Masiá, ni a mí, que el problema es como entendemos el término conciencia. Creo, que no es objeto de mi exposición entrar en esta cuestión. Entiendo la conciencia personal en coherencia con los puntos anteriores de mi exposición, como autenticidad, como coherencia con el "sí mismo" que somos cada uno y que coincide, a mi juicio, con el modo de entender la conciencia del Vaticano II, tal y como se recoge en la *Gaudium et spes* n. 16

16. En lo más profundo de su conciencia descubre el hombre la existencia de una ley que él no se dicta a sí mismo, pero a la cual debe obedecer, y cuya voz resuena, cuando es necesario, en los oídos de su corazón, advirtiéndole que debe amar y practicar el bien y que debe evitar el mal: haz esto, evita aquello. Porque el hombre tiene una ley escrita por Dios en su corazón, en cuya obediencia consiste la dignidad humana y por la cual será juzgado personalmente. La conciencia es el núcleo más secreto y el sagrario del hombre, en el que éste se siente a solas con Dios, cuya voz resuena en el recinto más íntimo de aquélla. Es la conciencia la que de modo admirable da a conocer esa ley cuyo cumplimiento consiste en el amor de Dios y del prójimo. La fidelidad a esta conciencia une a los cristianos con los demás hombres para buscar la verdad y resolver con acierto los numerosos problemas morales que se

9- En este punto seguimos la aportación de J. Masiá, La gratitud responsable. Vida, sabiduría y ética. Colección Catedra de Bioética nº 11, Universidad de Comillas y Desclée de Brouwer, Madrid 2004, 131 y ss.

presentan al individuo y a la sociedad. Cuanto mayor es el predominio de la recta conciencia, tanto mayor seguridad tienen las personas y las sociedades para apartarse del ciego capricho y para someterse a las normas objetivas de la moralidad. No rara vez, sin embargo, ocurre que yerra la conciencia por ignorancia invencible, sin que ello suponga la pérdida de su dignidad. Cosa que no puede afirmarse cuando el hombre se despreocupa de buscar la verdad y el bien y la conciencia se va progresivamente entenebreciendo por el hábito del pecado.

Una decisión ética responsable es, por tanto, una decisión prudente, es decir una decisión adecuada y posible, para resolver una situación concreta problemática respetando el propio modo de ser de la persona que asume la responsabilidad de decidir. Volviendo a Ricoeur podríamos definirla como la que resulta de aplicar la “sabiduría práctica” a un caso, a la luz de la situación concreta y a la luz de unos criterios, sabiendo que puede ser una solución no totalmente satisfactoria. El objetivo no es la verdad absoluta al problema, sino encontrar la alternativa que respeta más adecuadamente la dignidad de las personas afectadas por dicha decisión.

3. Acompañar a decidir éticamente en una situación de enfermedad.

La experiencia de muchos pacientes podríamos caracterizarla como la de “viajeros embarcados en la dura travesía de la enfermedad”, con recursos insuficientes o inadecuados, “y con la responsabilidad de elegir el mejor rumbo posible”¹⁰ para

llegar a puerto seguro sin que su vida zozobre.

La experiencia de contingencia, oportunidad para humanizarse

Sin embargo, en contra de lo que a veces se cree, esta situación no conduce irremediablemente a la dependencia en el decidir (dejar el rumbo a otro), o a la derrota, o al abandono.

La experiencia de la contingencia, y el dolor psíquico y existencial que provoca, desvela en las personas un anhelo de plenitud, a veces desconocido. Es frecuente escuchar a los enfermos y familiares frases como “qué poco valoramos el estar bien”, “*sólo te das cuenta de lo que tienes cuando lo pierdes*”... La experiencia de no poder, nos conduce en la mayoría de los casos a la pregunta por el “qué quiero”, “qué elijo”, “qué es lo más importante”, “qué es lo que más me duele perder”, “por qué y para qué asumir determinados procedimientos, tratamientos y cuidados molestos y hasta dolorosos”.

Paradójicamente, es el límite, el no poder, el que genera frecuentemente la necesidad de decidir, de elegir, de responsabilizarnos.

La logoterapia, creada por V. Frankl, ha mostrado que las situaciones de sufrimiento inevitable inherente a la naturaleza humana, son situaciones especiales donde surge la pregunta por el sentido, por el cómo y para qué vivir¹¹.

10- M. Iraburu. Con voz propia. Decisiones que podemos tomar ante la enfermedad. Alianza editorial, Madrid 2005,

11- J. B. Fabry, La búsqueda de significado. Fondo de cultura económica. Mexico 1997, 17-18

En una situación de enfermedad grave que pone en riesgo la vida, en la que hay que decidir someterse o no a una serie de procedimientos, tratamientos, y otros modos de vida percibidos como “molestos y desagradables” (“no me apetece”) la pregunta por el “¿por qué quiero vivir?” no se puede evitar fácilmente.

Si la situación de enfermedad se cronifica y corresponde asumir determinados niveles de limitación, dependencia, dolor, malestar,... de modo definitivo, la pregunta por el “cómo” y el “para qué” se convierten en compañeras de camino que asoman cuando menos lo esperas junto a sus posibles respuestas: “gozar de este momento”, “para que otro/a tenga mejores cosas”, “para acabar este proyecto”,...).

De este modo, la experiencia de enfermedad se convierte en una oportunidad de humanización. Una persona de mi familia tras un proceso muy grave repetía la frase “ese necesita un tumor cerebral” cada vez que percibía que alguien “desaprovechaba” su vida. Son muchas las personas, enfermos y allegados, que reconocen que su vida ha cambiado al vivir una experiencia de enfermedad; muchos procesos de terapia psicológica se inician por crisis generadas en estas situaciones, y es frecuente que las personas cambien sus valores y sus objetivos en la vida cuando esto les ocurre.

Acompañar a decidir como proceso terapéutico.

El objetivo de cualquier relación asistencial, sea sanitaria, socio-sanitaria, socio-educativa, etc... debiera ser ayudar a las personas a apropiarse de su vida. Recuperar, o desarrollar, en la persona que solicita asistencia la capacidad de gestionar, de elegir, de responsabilizarse de su vida es la tarea de la medicina, la psicología, la enfermería,... y del resto de las profesiones socio-sanitarias.

La relación socio-sanitaria es, en primer lugar una relación privada, libre que se rige por los principios de autonomía del usuario (“decidir

lo que es bueno para mí”) y beneficencia del profesional o voluntario (“ayudarte a conseguirlo”). Su meta es, o debiera ser, capacitar a las personas a que vivan más de acuerdo con ellas mismas, más libremente, con mayor autenticidad personal.

Son, por tanto, obligaciones de todo profesional de los ámbitos sociales y sanitarios, y también de los agentes de pastoral implicados en la atención integral a la persona enferma, no sólo aquellas derivadas de su función técnica (realizar una valoración, elaborar un plan de intervención para tratamientos o cuidados, formarse y capacitarse para realizar bien sus funciones, administrar un sacramento de modo adecuado y oportuno, ...), sino también aquellas que se derivan de la capacitación para establecer una relación asistencial que posibilite la mayor autonomía de la persona, como son las siguientes:

- competencia relacional y emocional
- habilidades de comunicación
- capacitación en relación de ayuda
- a la autonomía
- habilidades para el mantenimiento de la relación asistencial
- gestión de la protección en caso de incapacidad de la persona.

Acompañar a tomar decisiones éticas, más aún, despertar en el otro su capacidad para tomarlas, su conciencia, es una tarea de humanización en el sentido más literal:

“hacer más humana” la vida de una persona. Lógicamente esto sólo se comprende desde un

modelo de relación asistencial que haya superado el paternalismo y su tendencia a considerar al enfermo (y demasiadas veces también a sus familiares) como incapaces morales. Debíamos erradicar de nosotros el “afán de hacer el bien”, si a la hora de determinar el bien no consideramos indispensable tener en cuenta los valores y el proyecto de vida del destinatario de nuestras “buenas acciones”. Debíamos aprender, que una relación fundamentada en la beneficencia paternalista, sólo genera “síndromes de burn-out” en los cuidadores y mayor dependencia, incapacidad, y, en definitiva, “enfermedad” psicológica y existencial para los destinatarios.

Decidir en situación de enfermedad

Sabemos que la irrupción de la enfermedad, especialmente si ésta es importante y pone en riesgo aspectos que se valoran mucho (la vida, el trabajo, la independencia, la relación con otros,...) cambia el panorama, de modo significativo, al menos en dos sentidos:

- Aparece el sufrimiento y, con él, una serie de mecanismos de defensa “naturales” o “adaptativos” que evitan el malestar insoportable: negación, proyección...
- Genera una situación tan nueva e inesperada que “pilla” desprovisto de recursos a quien la padece, generando desorientación. Lo que llevamos en la maleta de la vida, lo que hemos ido atesorando durante los años anteriores no sirve para esa situación. Todos los recursos estaban preparados para crecer, para el “más”, y carecemos de recursos para vivir el “menos” de la enfermedad.

Como ya sabemos, muchas personas enfermas reaccionan de modo sorprendente, para ellos mismos y para los demás, en esta situación. Los tres modos más frecuentes son la tristeza (ante la pérdida), la rabia (ante la limitación), y el miedo (ante la amenaza).

Es frecuente entre nosotros valorar como positivo el reaccionar “serenamente” desde los principios, convicciones creyentes, valores, etc. y como negativo el que la persona esté deprimida, angustiada...; Debemos de tener cuidado con estas valoraciones; en principio, es tan preocupante que una persona no se entristezca ante la pérdida importante de capacidades, como que se plantee acabar con su vida.

Como dice J. Conde, “*no hay enfermedades, sino enfermos*”, y tampoco hay “*experiencia o vivencia de enfermedad, sino experiencias personales de enfermar*”. Sin embargo podemos encontrar en muchas personas enfermas algunas necesidades comunes como son:

- Necesidad de seguridad en situación de incertidumbre. La medicina no trabaja con certezas sino con probabilidades. Además es un mundo muy especializado en el que sus contenidos y su lenguaje no son fáciles de comprender para alguien ajeno a la misma. Dicha situación genera ansiedad que no es fácil vencer desde razonamientos o evidencias. La limitación nos incapacita en gran medida para la autonomía y la responsabilidad, y la experiencia de “no puedo” puede llevar a la persona al “no tengo” y de este modo eludir sus responsabilidades consigo y con los demás.
- Necesidad de autonomía que ha sido disminuida por la propia situación de dependencia que le genera la enfermedad.
- Necesidad de comprender para poder decidir, elegir y mantener una vida coherente. Ante esta necesidad es importante tener claro que el acompañante no es el “experto” que sabe lo que hay que hacer, lo que está bien y lo que está mal, sino como dice Giordani¹² en el “*animador de un proceso de descubrimiento y conquista, en el cual la persona permanece siempre como el principal protagonista*”.

12- B. Giordani, Encuentro de ayuda espiritual. Adaptación del método de R.R. Carkhuff. Atenas, Madrid 1992, 86.

- Necesidad de eficiencia personal, de dar sentido a lo que está viviendo, de decidir lo más adecuado para el y para aquellos con los que se siente responsable. La situación de enfermedad, la vivencia de ser “paciente” genera en muchos casos la sensación de no poder hacer nada más que obedecer órdenes.
- Necesidad de dar y recibir amor, de sentirse aceptado y escuchado

Decidir, en situación de necesidad, pasa por aprender y comprender que “no soy enfermedad”, sino que “tengo una enfermedad”. Diferenciar el “tener un mal” (tener un cáncer), estar mal (“estar desanimado o desesperado”) y ser mal (“ser un cáncer”) es indispensable para decidir “de acuerdo conmigo mismo”, para decidir con libertad y salud.

Debemos ayudar a las personas enfermas a entender que tienen derecho a estar bien; debemos de acompañarles a encontrar el espacio psicológico, emocional, existencial, donde su “yo” auténtico, que lógicamente se verá modificado y cambiado por esta situación, puede expresarse y decidir. La psicología humanista habla de enseñar a los enfermos a evitar que el dolor invada todo el ser, a “ser más que dolor”, a conectarse y desconectarse con el dolor, permitiendo así por un lado expresarlo y “drenarlo” para liberarse del mismo, y por otro a decidir sin ser objetos de su coacción.

Es importante, sin embargo, no olvidar que decidir sobre los valores, sobre lo que está bien o mal, genera salud (me apropio de mi vida) y exige libertad (autonomía personal suficiente como para decidir en libertad y responsabilidad), pero no siempre genera bienestar. Por eso, debemos de ayudar a “ser bien, ser lo que soy” aunque no “me sienta bien”.

Decidir con otros

Son muchos los autores que han desarrollado la cuestión de la vivencia de la enfermedad por parte de los familiares y allegados.

Sabemos que cuando una persona enferma de gravedad, todo el grupo familiar “enferma” de algún modo.

Lo habitual es que los familiares y allegados organicen por un lado, cómo cuidar y acompañar al enfermo, y por otro, como organizar la vida cotidiana durante esa situación (cuidar a hijos, sostenerse económicamente...). Todos los que hemos cuidado a enfermos sabemos que no siempre coinciden las necesidades de la persona enferma con las necesidades de su familia o sus allegados. Un ejemplo paradigmático de ello es la enfermedad mental.

Que en nuestro medio la familia desempeñe un papel clave en las decisiones que afectan a los enfermos tiene aspectos muy positivos, pero también connotaciones negativas. La principal, es la de ser poco respetuosos con la autonomía del afectado. Es frecuente que las decisiones sobre la vida de las personas enfermas sean tomadas por los profesionales que le atienden y/o sus familiares, sin tener muy en cuenta sus criterios y valores, sus vivencias y deseos.

Los estudios sobre la forma de considerar la calidad de vida de los pacientes muestran que la valoración empeora conforme el que opina está más alejado de esa situación. Las apreciaciones más positivas de una situación, en cuanto a su calidad de vida, corresponden a los afectados, en segundo lugar a sus familiares, después a otros conocidos y allegados y las peores a los médicos. Esta conclusión debiera de hacernos pensar sobre la conveniencia de que sean los familiares y profesionales los que tomen decisiones que afectan a la persona enferma.

Sin embargo, es evidente, que las decisiones asistenciales y éticas tienen, o pueden tener, serias repercusiones para la familia. Una madre anciana

que se niega a ingresar en un medio residencial, un padre alcohólico que se niega a un tratamiento, una esposa que solicita una ligadura de trompas, la retirada de un tratamiento vital a una persona a solicitud propia, tiene múltiples consecuencias emocionales, familiares, laborales, económicas... para sus allegados y otras terceras partes. Es normal por tanto que todos ellos participen en la decisión a tomar

Acompañar a decidir en situación de enfermedad conlleva en algunos casos escuchar a los familiares e implicarles en las decisiones, en otros recordarles que deben de respetar a la persona enferma, en otros responsabilizar a los enfermos a darse cuenta de las consecuencias de sus decisiones en otros, en otros servir de elemento mediador que posibilite el encuentro entre todos los afectados, en otros..., pero siempre conocer y respetar la realidad personal y familiar de la persona o personas implicadas en la decisión ética a tomar.

Acompañamiento y compromiso

Acompañar a decidir un camino, exige caminar al lado del otro; "...y caminó con ellos" es el lema de este año en Pastoral de la Salud. Compartir camino supone que el otro me da su permiso, me quiere a su lado, confía en mi.

Acompañar a descubrir y a decidir caminos requiere un tipo de relación, de encuentro al que podemos llamar "encuentro de ayuda"

y que es diferente de otros tipos de encuentro¹³ como:

- La conversación en la que se intercambian opiniones o se conversa de un tema, que incluso puede ser de contenido ético, con el fin de comunicarse ideas o favorecer la amistad
- La discusión o desacuerdo ideológico que evita la comprensión del otro y tiene como fin su "dominio"
- La entrevista, que tiende a recoger información sobre la otra persona, no para ayudarle en sus objetivos o dificultades, sino para lograr los fines del propio entrevistador (obtener datos para establecer un tratamiento, para tomar una decisión sobre el otro...)
- El diálogo-monólogo que intenta llevar adelante un razonamiento, sin tener en cuenta lo que la otra persona está diciendo o viviendo, para convencerle de la decisión que ya ha sido previamente tomada.
- La confesión (sacramental o no) en la que la persona reconoce aquello de lo que se siente responsable ante un "juez" que evalúa el grado de culpa y la gravedad de la conducta realizada o a realizar.

Todos estos modos de relación no requieren un compromiso con el que camina a mi lado. No es el objeto de mi exposición describir las características de un encuentro de ayuda, pero de modo breve podemos definir un "encuentro de ayuda", como lo es el "acompañamiento espiritual", como un encuentro que tiene como objetivo ayudar al otro a crecer, estimulando un proceso de transformación y mejoramiento, a través del desarrollo de sus propios recursos y capacidades.

Este tipo de relación no sólo requiere un compromiso por parte del ayudante, sino también

13- B. Giordani, Encuentro de ayuda espiritual. Adaptación del método de R.R. Carkhuff. Atenas, Madrid 1992, 67-68

por parte del ayudado. Es difícil, por no decir imposible, que una persona acepte como compañero de camino a alguien que no le inspire confianza, pero mucho más que lo acepte como alguien con quien decidir el camino a tomar, más en una situación de enfermedad donde uno se juega cuestiones tan importantes como la vida y la muerte propia o de otros, en el caso de ser un cuidador, allegado o profesional quien solicita el acompañamiento.

Aceptar a otro como “acompañante ético” requiere un compromiso personal que sólo se da cuando se satisfacen al menos tres exigencias:

- Sentirse acogido como persona (no como caso, o como cliente) y aceptado tal como uno es: “Amad a los hombres, destruir los errores” (San Agustín). “...pero ¿quién eres tú para constituirte en juez de tu prójimo?”¹⁴.
- Sentirse comprendido para lograr comprenderse. La escucha y la empatía son el mejor instrumento para que la persona comprenda el significado de lo que le sucede y pueda decidir de modo coherente a sus valores y su proyecto de vida.
- Sentirse libre para expresarse, para valorar y decidir.

El diálogo y la deliberación como método

Cada persona tiene un modo único y distinto de percibir su realidad, la realidad de otros y la realidad del mundo. Esta percepción condicionará en gran medida sus decisiones éticas. No es posible conocer la verdad absoluta sino las diferentes verdades de una realidad que se experimenta diferente desde diferentes situaciones. El único modo de decidir lo mejor a hacer, entre lo que es posible, en una realidad concreta, es tener en cuenta las diferentes perspectivas. L. Feito afirma que una perspectiva es “mas que

un punto de vista, es un modo de entender e interpretar el mundo”¹⁵.

El diálogo, si este se basa en una argumentación racional, puede ser el modo adecuado de encontrar la alternativa mejor para resolver el problema o mejorar la situación del enfermo.

Pero no todo dialogo supone un compromiso moral de lograr un entendimiento entre las partes; hay diálogos que se quedan en la comunicación de las diferentes perspectivas. Cuando acompañamos como agentes de pastoral de la salud nos podemos comprometer con esa o esas personas no sólo a dialogar sino a deliberar, es decir a dejarnos afectar por las perspectivas del otro hasta el punto de ir modificando nuestras posiciones, nuestra perspectiva, incluso para encontrar lo mejor para la persona enferma y sus allegados.

No es lo mismo aconsejar que acompañar.

Aconsejar requiere comunicación, escucha, diálogo, pero no necesariamente entendimiento.

La deliberación requiere entendimiento, incluso aunque no se lleguen a acuerdos. Que un proceso de acompañamiento ético no acabe en acuerdo no significa que haya sido inválido. Podemos concluir acordando los límites de una decisión correcta, pero dentro de esos límites pueden darse diferentes alternativas de solución. Las diferentes personas implicadas pueden no coincidir sobre cuál es la

14- Sant 4,12.

15- L.Feyto. Comites de ética en J. Garcia Ferez y F.J. Alarcos (ed) 10 palabras claves en humanizar la salud. EVD, Estella (Navarra) 2002, 212

mejor de ellas. Evidentemente, deberá tomar la decisión el que tenga la responsabilidad última sobre ella, que muchas veces, aunque no siempre, será la persona enferma.

El profesor **Gracia Guillén**¹⁶ propone un método para decidir en bioética que nos puede, a mi juicio, orientar sobre el procedimiento a seguir cuando nos implicamos con un enfermo y/o sus cuidadores y/o sus allegados a decidir la alternativa más adecuada en situación de conflicto ético. Dicho método exige:

- La escucha atenta de los argumentos de cada persona y/o parte;
- El compromiso de intentar comprender la situación completa en toda su complejidad;
- El análisis de los valores implicados;
- La argumentación racional sobre las diferentes soluciones o propuestas posibles y dentro de ellas las más óptimas. En este punto **Diego Gracia** propone una metodología que tenga en cuenta el respeto a los principios de la bioética (no-maleficencia, justicia, beneficencia y maleficencia) y el análisis de las consecuencias para establecer, si es preciso, excepciones a dichos principios;
- La aclaración del marco legal, el consejo no directivo y la ayuda a quien ha de tomar la decisión.

Notar la insistencia en todos los puntos del compromiso por parte del que acompaña, del hacerse cargo de la situación hasta "cargar" con ella, para encontrar la solución posible más adecuada, es decir que más dignifique a la persona enferma. Es una simplicidad, y además puede generar muchos errores y dificultades, el aplicar "mecánicamente" el apartado cuatro (los principios

éticos de modo jerarquizado) de manera exclusiva sin tener en cuenta los anteriores. Como hemos dicho reiteradamente, el fin de la asistencia sanitaria en general, y del acompañamiento ético como concreción de la misma, es el cuidado de la persona enferma y no la aplicación de unas técnicas, procedimientos o métodos, incluidos los bioéticos.

Varias veces en mi experiencia asistencial y como miembro de diversos CEAs me he encontrado en la situación de acordar con otros, diferentes alternativas éticas posibles que serán, más o menos adecuadas, en función de las posibilidades y los valores de las personas implicadas.

4. Acompañar a decidir en situaciones de incapacidad.

Capacitar como exigencia ética del acompañante

En Bioética una decisión es autónoma cuando cumple tres condiciones¹⁷:

- Es tomada **voluntaria** y libremente por el sujeto, sin estar sometido a dominio, coacción o manipulación;
- Es tomada tras **comprender y evaluar una cantidad suficiente de información**, relativa a las ventajas e inconvenientes de los posibles curso de acción o alternativas existentes;
- Es tomada por un sujeto **capaz o competente de hecho**, siguiendo la terminología propuesta y difundida por **Pablo Simón**¹⁸ en nuestro medio,

16- D. Gracia, "La deliberación moral: el método de la ética clínica", Medicina clínica 117 (2001) 18-23.

17- Beaucham TL, Mc Cullough L.B. Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Bna: Labor, 1987; 135-138.

18- Simón Lorda, P. La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones y sus problemas. En Feito, L.

es decir, sea tomada por alguien que decide de acuerdo con su propia identidad personal.

Es indudable, que muchas de las personas que acompañamos no tienen capacidad para decidir. En ese caso tenemos dos posibilidades:

- Capacitar a la persona para que pueda decidir. Es inmoral tomar por válidas decisiones de personas incapaces y hacerles cargar con la responsabilidad de las mismas

- Decidir por ellas de modo que se protejan sus derechos y su dignidad

No es este el momento de revisar los procedimientos para la valoración de la capacidad de hecho o competencia de un paciente, pero puede merecer la pena recordar algunas conclusiones y criterios recogidos por los autores del artículo "La capacidad de los pacientes para la toma de decisiones" de la colección Bioética para Clínicos, tras los años de experiencia en la valoración de esta cuestión en EEUU¹⁹:

1. La evaluación de la competencia o capacidad consiste en la valoración de un cierto número de aptitudes o habilidades psicológicas (criterios) que el paciente ha de poseer en grado suficiente (estándares). Los criterios que actualmente gozan de mayor aceptación son los de **Appelbaum** y **Grisso**: **capacidad de comunicar** una elección (y mantenerla estable durante el tiempo necesario para llevarla a cabo), **comprensión** de la información relevante (memoria suficiente, atención y participación en los procesos intelectuales adecuada), **apreciación** de la situación y **manipulación racional** de la información a través de procesos lógicos para llegar a conclusiones a partir de premisas.

2. La determinación de que un paciente no es capaz para tomar una decisión sólo debe hacerse tras una **valoración explícita** y no por pertenecer a un grupo diagnóstico..
3. La evaluación de la competencia o capacidad de un paciente debe hacerse siempre **en relación con la decisión sanitaria concreta**. Veremos así, que la falta de una determinada habilidad, o la existencia de un déficit en alguna de ellas, no afecta igual a decisiones tan diferentes como son participar en una investigación o negarse a un tratamiento eficaz, especialmente si el paciente carece de conciencia de enfermedad o no conoce su diagnóstico y/o pronóstico.
4. La competencia de un paciente puede variar en el tiempo, especialmente en los enfermos mentales. Además, algunos grados o límites de capacitación pueden ser tratables y subsanables. De ahí que debamos adoptar el **compromiso de intentar capacitar lo más posible al paciente para ejercer su autonomía personal**.
5. El elemento fundamental que diferencia unas decisiones sanitarias de otras, y que por tanto modula el grado de capacidad suficiente para tomar unas y no otras, es la repercusión que dicha decisión puede tener en la salud o la vida del propio paciente. Son, por consiguiente, las consecuencias de una posible decisión las que delimitan su complejidad y, ulteriormente, las que determinan el grado de competencia necesaria para tomarla
6. Si bien esto es así, y hay que felicitarse por la aportación de **Drane**²⁰ en cuanto a su "escala móvil", hay que **evitar etiquetar como incompetentes a aquellos pacientes que puedan tomar una decisión arriesgada, o que la mayoría de las personas estimarían «poco razonable»**

19- para todo lo que sigue, ver Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez Maroto A, López Pisa RM, Júdez Gutiérrez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones; Medicina Clínica 2001;117:419-426

20- Drane JF. The many faces of competency. Hasting Center Rep 1985; Abr: 17-21. Traducido en Las múltiples caras de la competencia. En: Couceiro A, editor. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999:163-176

o «insensata». Si tras la valoración de la competencia para una decisión arriesgada para la vida o calidad de vida de un sujeto, éste resulta capaz, actúa voluntariamente y está informado, una decisión «insensata» será autónoma y deberá respetarse. Pero también hay que señalar lo inverso: que todo el mundo considere una decisión «sensata» no es, necesariamente, un indicativo de que quien la toma es, sin más, «capaz», aunque obviamente lo sugiere con fuerza.

Por todo lo dicho capacitar para decidir éticamente puede exigir a un agente de pastoral u otro profesional intervenir en múltiples aspectos como son:

- Aporta información al responsable de la decisión;
- Acompañar a comprender la situación a la que se enfrenta;
- Ayudar a descubrir recursos personales y alternativas distintas de solución o de vivencia para su situación;
- Intervenir, o solicitar la intervención, con determinados tratamientos, tanto en la dimensión afectiva como en la cognitiva, para mejorar los niveles de competencia;
- Aportar seguridad y confianza a la persona;
- Intervenir para que aumente su nivel de desarrollo moral;

No me gustaría dejar de mencionar en este último apartado, por el interés que tiene para las personas que realizamos un acompañamiento espiritual a las personas enfermas, la necesidad de valorar el nivel de desarrollo ético o moral.

El desarrollo moral de una persona es un proceso

de diferentes estadios o etapas. Es frecuente que algunas personas no hayan alcanzado niveles de moralidad suficientes como para abordar determinadas decisiones como por ejemplo puede ocurrir con personas que padecen una enfermedad mental grave. Sería conveniente en esos casos, plantearse programas de intervención que, igual que otras dimensiones, favorezcan también su maduración moral.

Acompañar a liberarse del sufrimiento

No es fácil definir el sufrimiento. F. J. Alarcos de modo muy acertado dice que *“el sufrimiento no se elige sino que se padece. Y precisamente porque escapa a nuestra libertad cuesta tanto asumirlo y definirlo”*²¹.

Casell²² ha definido el sufrimiento como *“el estado de malestar inducido por la amenaza o la pérdida de integridad o desintegración de la persona, con independencia de su causa”*.

Champman y Gavrin definen el sufrimiento como un “complejo estado afectivo, cognitivo y negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacerle frente y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontar dicha amenaza”.

Estas definiciones tienen en común la caracterización del sufrimiento como coacción, es decir como “amenaza creíble e irresistible” que afecta, por tanto, a la voluntariedad y a la capacidad de decisión de las personas. El sufrimiento es una coacción interna que impide, en mayor o menor grado, decidir la vida de modo libre y responsable.

Este modo de comprender el sufrimiento no coincide con el concepto de “dolor”, ni de “malestar”.

21- F. J. Alarcos. Bioética y pastoral de la salud. San Pablo, colección Salud y vida, Madrid 2002, 233.

22- E.J. Casell, The nature of suffering: physical, psychological, social and espiritual aspects, en P. Stark-j. McGovern (eds.), The hidden dimension of illness: human suffering, National League for Nursing Press, Nueva York 1992, 1-10.

Se puede experimentar dolor y, liberándose o no de él, estar capacitado para decidir. Lo mismo podemos decir del malestar. Es más, podemos decidir asumir determinados niveles de "dolor" o "malestar", de manera libre y responsable, sin generarnos sufrimiento; y aún más, hay decisiones que son más auténticas, en el sentido de ser decisiones con un gran nivel de coherencia con la conciencia de uno mismo, que han sido elegidas precisamente por haber vivido una experiencia de dolor físico, psíquico o social intenso.

Es tarea de un agente de pastoral de la salud, acompañar a vivir sanamente la enfermedad, es decir, acompañar a las personas a liberarse del sufrimiento de la enfermedad y vivir "de acuerdo consigo mismo",

aunque no tengamos recursos para eliminar el dolor. En este sentido, capacitar para decidir, pasa por buscar tratamientos, intervenciones y cuidados que liberen del sufrimiento a las personas (no siempre del dolor) para ser "ellas mismas" (no para sedarles como seres humanos de modo definitivo).

Acompañar a decidir por otro: las decisiones éticas de representación

Es evidente que son muchos los enfermos que no pueden decidir sobre aspectos de sus cuidados y tratamientos por el nivel insuficiente de capacidad para determinadas decisiones graves. Sin embargo, debemos evitar caer en la homogeneización de considerar que todos los enfermos de determinados diagnósticos no son capaces de decidir sobre sus cuidados y tratamientos. Dicha homogeneización es falsa, además de ser injusta, por ejemplo con colectivos como las personas diagnosticadas de una enfermedad mental o personas afectadas por una demencia tal y como lo han mostrado múltiples estudios²³.

Pero cuando la persona es incapaz para decidir, alguien tiene que decidir por él sobre el modo como proteger sus derechos y llevar a cabo los cuidados más adecuados y respetuosos con su dignidad. Podemos, en ese caso, encontrarnos como agentes de pastoral de la salud en la situación de acompañar a otro, u otros, a decidir en representación de la persona enferma.

J. Masiá recoge de Ricoeur la relación entre responsabilidad y fragilidad. *"Es importante captar la responsabilidad como respuesta a la llamada por parte de lo frágil. El otro, frágil, me da su confianza y me exige que mantenga mi palabra y que me comporte como agente y autor responsable de sus actos"*²⁴. En situación de fragilidad extrema el "encargarse" del otro se convierte realmente en "hacerse cargo" y "cargar" con él.

En el caso de que la persona enferma no sea capaz de decidir la primera pregunta es ¿quién decide? ¿quién tiene la responsabilidad y la potestad para decidir?; la respuesta sería:

- Quien haya designado el juez como tutor legal;

22- .Wong JG; Clare ICH; Holland AJ; Watson PC; Gunn M; The capacity of people with a "mental disability" to make a health care decisión. *Psychological Medicine* 2000; 30: 295-306

23- .P. Ricoeur : " Conferencia en la Universidad complutense de Madrid en 1996" recogido en J. Masiá, *La gratitud responsable, vida, sabiduría y ética*, Colección Catedra de Bioética nº 11, Universidad de Comillas y Desclé de Brouwer, Madrid 2004, 152

- Quien haya designado la misma persona cuando era capaz como su representante
- Familiares y/o allegados más cercanos y comprometidos con la persona enferma.

La segunda cuestión es ¿qué decidir? Si bien el proceso sería similar al que hemos descrito en el proceso de deliberación moral, hay que tener en cuenta como elemento indispensable, lo que la persona hubiera decidido, caso de poder hacerlo. Para ello existen una serie de criterios:

- Criterio subjetivo: Las decisiones han sido expresadas previamente e incluso quedar recogidas en un documento de “voluntades anticipadas” o “testamento vital”
- Criterio de juicio sustitutivo: un representante (que ha podido ser designado por el propio enfermo, o no) decide teniendo en cuenta los valores y proyecto de vida del mismo
- Criterio del “mayor beneficio” o mejor interés objetivo, que se aplicará cuando se carecen de datos para utilizar los dos anteriores. En este caso es conveniente tener en cuenta las consecuencias de la decisión, no sólo en la calidad biológica del afectado, sino en todas las dimensiones (psicológica, social, espiritual,...).

Estos criterios no evitan el diálogo y la deliberación entre las diferentes perspectivas,

especialmente si la decisión tiene consecuencias para terceras personas, pero si que actualizan la perspectiva del afectado cuando este por su incapacidad no puede expresarla. Por ello es exigible tenerlos en cuenta para una correcta deliberación moral.

5. Acompañar a decidir desde la experiencia cristiana

Cuando, como agentes de pastoral de la salud, acompañamos espiritualmente a una persona creyente y seguidor de Jesús de Nazaret, en realidad acompañamos a un hermano con el que estamos comprometidos y con el que compartimos una misma experiencia, una misma perspectiva, unos mismos valores y en gran medida, las mismas actitudes básicas desde las que iniciar el proceso de decisión.

En esa base común que es creer en Jesucristo muerto y recitado, Hijo de Dios y Salvador universal, hay dos experiencias que afectan, a mi juicio y desde mi experiencia, de modo muy importante al proceso de decisión moral en situación de enfermedad.

Caminantes, no vagabundos

El Dios creador es un Dios que crea un proyecto llamado a la plenitud. Crea la realidad y su posibilidad de hacerse más plena.

Por eso la creación es una creación abierta, histórica, dinamizada por el Espíritu de Dios y llamada a la plenitud. La realidad es una realidad en camino desde su inicio.

Cada uno de nosotros es una historia personal y forma parte de la historia común de toda la humanidad.

Toda historia encierra cambios, encuentros, aprendizajes, idas y vueltas, crecimiento y deterioro, equivocaciones y aciertos; en definitiva movimiento. Ser histórico significa también vivir la fragilidad y la provisionalidad, significa despedirse, decir adiós y morir.

Nadie puede decir “hola” sin decir “adiós”. Nuestra vida está llena de “adioses” a cosas, personas, capacidades, acontecimientos, lugares, aprendizajes, deseos,...

Pero ser histórico no significa obligatoriamente ser caminante. Se puede ser vagabundo en lugar de peregrino. Ser peregrino supone tener punto de partida y punto de llegada. Ser caminante supone que la marcha tiene sentido, que se va a algún sitio, que la vida tiene etapas porque existe una meta que se anhela. Cuando la vida es camino, la historia, cada historia personal y la historia de la humanidad, tienen futuro.

Los que creemos que hemos sido llamados a la vida por el Dios de Jesús, somos caminantes porque anhelamos un futuro en plenitud para nuestra vida y para la historia humana.ç

Hemos decidido creer que vamos a algún sitio, que decir “adiós”, puede ser decir “hola”, que perder una capacidad puede ser ganar una oportunidad.

El modelo es Abraham que comenzó a caminar en su vejez cuando escuchó las palabra “sal de tu tierra y ponte en camino”; en su vejez encontró un nuevo sentido, un nuevo “por qué” para vivir y morir.

Así comenzó una historia que todavía no ha terminado de escribirse.

Ser caminante supone saberse parte de esta historia, supone residir en un lugar que no es el tuyo, creer en la promesa de una tierra verdadera capaz de saciar anhelos infinitos, y marchar hacia ella con la confianza de encontrar tras el desierto tierra prometida.

Seres habitados por el Espíritu de Dios

El de acuerdo “conmigo mismo” para una persona que confiesa creer en Jesús de Nazaret es

de acuerdo con el Espíritu que me habita, que me ha creado y constituido tal y como soy: hijo-hija de Dios.

La experiencia de ser habitado por el Espíritu es la experiencia de ser amado.

Ser amado expresa la verdad más profunda de nuestra existencia. Somos amados.

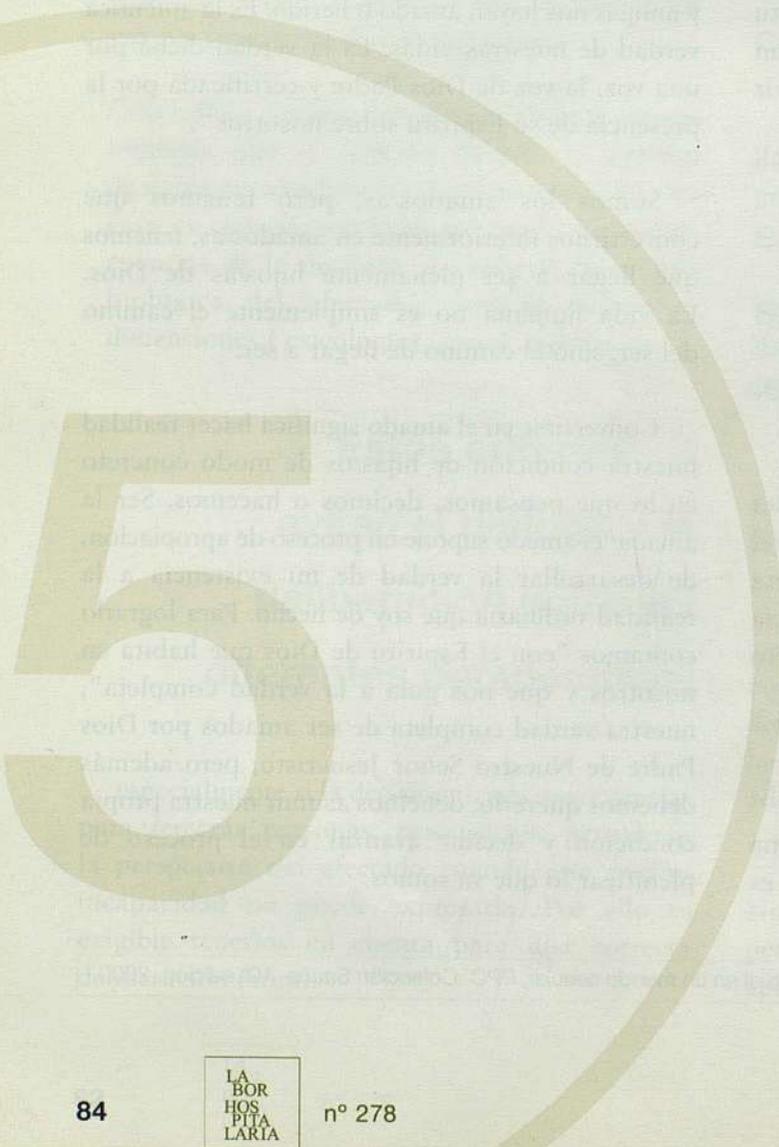
Hemos sido amados íntimamente mucho antes de que nuestros padres, profesores, esposos, hijos y amigas nos hayan amado o herido. Es la auténtica verdad de nuestras vidas. Es la verdad dicha por una voz, la voz de Dios Padre y certificada por la presencia de su Espíritu sobre nosotros²⁵.

Somos los amados/as, pero tenemos que convertirnos interiormente en amados/as, tenemos que llegar a ser plenamente hijos/as de Dios. La vida humana no es simplemente el camino del ser, sino el camino de llegar a ser.

Convertirse en el amado significa hacer realidad nuestra condición de hijas/os de modo concreto en lo que pensamos, decimos o hacemos. Ser la amada/ el amado supone un proceso de apropiación, de desarrollar la verdad de mi existencia a la realidad ordinaria que soy de hecho. Para lograrlo contamos “con el Espíritu de Dios que habita en nosotros y que nos guía a la verdad completa”, nuestra verdad completa de ser amados por Dios Padre de Nuestro Señor Jesucristo; pero además debemos quererlo, debemos asumir nuestra propia condición y decidir avanzar en el proceso de plenificar lo que ya somos.

25- Henri J. M. Nouwen: Tu eres mi amado. La vida espiritual en un mundo secular. PPC. Colección Sauce. 10ª edición. 2000.

La identidad de caminante que se dirige a un buen lugar guiado por el Espíritu del mismo Dios que le habita y le conduce, "relativiza" por un lado y "da seguridad" por otro, a la hora de tomar decisiones morales en situación de dificultad, como puede serlo la enfermedad. Relativiza, en cuanto que tenemos asegurado que decidamos lo que decidamos, la consecuencia no va a ser fatal sino que la tierra prometida está asegurada por el mismo Dios que es fiel a nosotros y a El mismo; y "asegura" en cuanto a sentirnos capacitados para asumir cualquier responsabilidad, como lo es decidir y elegir entre el bien y el mal, pues somos, nada más y nada menos, que Hijos e Hijas amados de Dios.



Salud de cuerpo y mente. Hacia una Bioética integral.

> Juan Masiá Clavel

Director Cátedra de Bioética. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

El autor ha querido mostrar una bioética integradora de la corporalidad y la espiritualidad a través de la obra de un monje budista del siglo VI, en la que se trata precisamente el tema de la salud del cuerpo y la mente, fundamental en una bioética que aspire a ser mediadora entre Oriente y Occidente.

Los lemas del manual budista son por un lado, para curar el cuerpo hay que calmar la mente y por otro, para pacificar la mente, hay que cuidar el cuerpo. Durante años hemos reducido la asistencia sanitaria al cuidado del cuerpo y la asistencia espiritual al cuidado del alma cuando en realidad ambas han ido siempre de la mano. Se ha separado en exceso el cuidado de la persona enferma y la curación de la enfermedad. Las manos tienen que servir siempre tanto para curar como para cuidar.

Las palabras claves de la exposición son pausa, para respirar hondo; y contemplación, para ver la realidad sin engañarse. ▶



Juan Masía Clavel.

En el marco de unas Jornadas en torno al tema del acompañamiento médico y humano de la enfermedad, particularmente de las situaciones terminales, se me pedía un punto de vista que abarcara las tradiciones orientales y occidentales sobre el acompañamiento espiritual, así como sus rasgos comunes y diferenciales. Pero es obvio que un tema así es demasiado amplio, además del peligro que conlleva todo estudio comparativo cuando se hace con brevedad y quedándose en la superficie. Por eso, reduciendo el tema, he optado por limitarme a comentar algunos rasgos de la tradición budista, tal como se muestran en una obra de un autor budista, preocupado al mismo tiempo del cuidado higiénico del cuerpo y de la salud espiritual de la mente. Es una referencia que puede inspirar una bioética integradora de la corporalidad y la espiritualidad, precisamente por tratar el tema de la salud de cuerpo y mente. Por otra parte, esta unidad del cuerpo y el espíritu es fundamental en una bioética que aspire a ser mediadora entre Oriente y Occidente.

Tomaré como referencia la versión japonesa de un opúsculo escrito en chino por un monje budista en el siglo VI. Es un manual de espiritualidad del fundador de la rama conocida con el nombre de **Tendai** en japonés, y **Tien Tai** en chino. Es el nombre de la montaña donde estaba emplazado el templo en que practicaba su vida ascética el **monje Chigi**.

Este libro es un manual de espiritualidad, pero hay que tener en cuenta que la espiritualidad,

en Oriente, es corporalidad. Estamos ante una obra que es, a la vez, un manual de meditación y un vademécum de salud. Equivalía a lo que llamaríamos ejercicios espirituales o, más exactamente, corpóreo-espirituales. Al monje Chigi le preocupaba a la vez la higiene corporal y la mental.

Llama la atención en este manual su insistencia en dar consejos concretos sobre cuidado corporal cuando trata sobre prácticas ascéticas, meditación y contemplación. Pero, por otra parte, llama también la atención que, cuando trata sobre salud y enfermedad, insiste en recomendar la meditación y contemplación como terapia. Al monje que va a meditar le recomienda que cuide primero la higiene de garganta, nariz y oídos; que haga gárgaras, limpie bien sus cavidades nasales y se ejercite en respirar bien; que no se precipite a sumergirse en el mundo del espíritu sin dar antes importancia a los preparativos del cuerpo. También lo hacía así **San Ignacio de Loyola** en las adiciones y anotaciones de sus *Ejercicios espirituales*. Pero cuando el monje Chigi se pone a dar consejos para prevenir o curar enfermedades, insiste en que la meditación y contemplación son magníficos recursos de prevención y terapia. Repite a menudo que hay siempre algo psíquico en toda dolencia o achaque somático.

No voy a resumir aquí la obra entera. Baste presentar los dos temas emblemáticos que resumen su pensamiento y las dos palabras clave que constituyen el eje de sus métodos de espiritualidad y de sus métodos de higiene y terapia corporal y mental.

Los dos lemas emblemáticos son: 1) **Para curar el cuerpo, calmar la mente** 2) **Para pacificar la mente, cuidar el cuerpo**.

Las dos palabras clave son:

1) **Pausa** y 2) **Contemplación**. Pausa, para respirar hondo. Contemplación, para ver la realidad sin engañarse.

En la asistencia sanitaria moderna y actual (no sólo en Occidente, sino también en Oriente que, olvidando sus tradiciones, nos ha imitado)

arrastramos el lastre de una excesiva separación de lo corporal y lo espiritual (mental, anímico).

Se han separado demasiado, como estamos saturados de repetir, el cuidado de la persona enferma y la curación de la enfermedad.

En reuniones de bioética de los años setenta se solía citar en broma el episodio del médico y el cura de un pueblecito pequeño. Eran muy amigos, pero el cura presumía de no ir nunca al reconocimiento médico y el médico se jactaba de no ir nunca a misa. Un día salen juntos en auto, sufren un accidente y son conducidos en coma a la misma sala de urgencias de un hospital en la capital más cercana. Se despiertan del coma al mismo tiempo. ¿Cuáles fueron las primeras palabras de cada uno? Dijo el cura: "Llamen pronto a un médico, que me muero". Dijo el médico: "Llamen pronto a un cura, que me muero".

Tras este chiste hay una triste realidad: la tendencia a reducir la asistencia sanitaria al cuidado del cuerpo y a limitar la asistencia espiritual al cuidado del alma. Se han dado mucho ambos extremos, como sabemos. Por ejemplo, el asistente religioso que se pone a sermonear a un enfermo con fiebre y dolores, diciéndole que va a ganar mucho cielo con sus sufrimientos. Y, en el otro extremo, el médico que decía: ya no hay nada que hacer, este enfermo está desahuciado, que se lo pasen al capellán.

Hay, sobre este tema, un cuadro emblemático de Picasso, *La ciencia y la piedad*: una mujer enferma en la cama del hospital; a la derecha, el médico tomándole el pulso, y a la izquierda, la hermana de la Caridad, que lleva en brazos al hijo de la enferma. Lo peor de ese cuadro es el título, "la ciencia y la piedad". Lo mejor del cuadro, las manos. El título sugiere que la ciencia cura el cuerpo y la piedad consuela el ánimo; es decir, el dualismo que estoy criticando desde el comienzo y que criticaré a lo largo de toda mi exposición. Las manos son lo mejor del cuadro, porque al estrechar la mano se junta el tacto físico y el contacto humano en esa frontera inseparable del curar y el cuidar.

El no separar la atención asistencial al cuerpo y el cuidado de la persona en el acompañamiento espiritual ha sido un rasgo común a las tradiciones, tanto occidentales como orientales, anteriores a la medicina moderna. Un rasgo diferencial, según nos dicen los monjes budistas preocupados hoy día del acompañamiento espiritual de personas enfermas o moribundas, es que en Occidente ha habido una mayor institucionalización de dicho acompañamiento en forma de capellanes y asistencia espiritual en hospitales o pastoral sanitaria en equipo. Sobre esto diré algo al final, en forma de apéndice, tomándolo de las reflexiones de un monje budista que trabaja en el hospital de la Facultad de Medicina, a la vez que enseña bioética en la Universidad de Keio, en Tokyo.

1. Para curar el cuerpo, calmar la mente.

Hay un refrán japonés muy conocido que dice así: *yamai wa ki kara*, que significa, *las enfermedades provienen del KI*, es decir, del ánimo. Hay, en toda enfermedad un componente anímico, psíquico.

En la tradición budista se dice que todos somos, desde que nacemos, enfermos por naturaleza, que nacemos siendo portadores de 404 enfermedades. El ser humano es un ser enfermo que nace y ha de convivir con las enfermedades. Esas 404 enfermedades están ahí dentro de nuestro cuerpo, pero son como una red de iluminación con los interruptores desconectados. Se conectan cuando surge alguna ocasión o condición para ello, (lo que los budistas llaman en japonés un EN, una relación condicionante). Y ahí entra el papel de lo anímico, de lo psíquico, desencadenando el proceso, conectando el interruptor.

En los monasterios del Zen, para referirse a una persona que se ha puesto enferma, dicen que está intranquila o inestable (en japonés, *fuan*,

es decir, sin calma o angustiado). Se rompió el equilibrio del cuerpo (en japonés *taichô*) y salió a flote una de esas 404 enfermedades. ¿Qué hacer? ¿Luchar contra ella? El ánimo de lucha quizás le pone uno más tenso y empeora la enfermedad.

Para una medicina que vea la enfermedad meramente como un ataque desde el exterior, la reacción será defenderse contraatacando y hablará, con metáforas bélicas, de “bombardear el tumor”, “vencer a la infección”, etc. En cambio, la mentalidad holística o de totalidad insistirá más en escuchar la voz del cuerpo para ayudarle a recuperar el equilibrio y serenar el ánimo intranquilo.

**Más aún, se insiste
en la necesidad de lucidez
para asumir que las
enfermedades, muy a
menudo, no se curan.
Entonces de lo que se
trata es de conocer y
asumir la propia limitación**

(como dice el refrán budista: *taru wo shiru*, percatarse del límite, no empeñarse en traspasarlo). Me doy cuenta de que la enfermedad va a seguir estando ahí, no se va a curar, he de convivir con ella, familiarizado con ella. Una palabra típica para esto en japonés es *dôji*, compuesta de dos caracteres que significan respectivamente “acompañar y curar”.

La persona enferma convive o camina acompañando y acompañada por su enfermedad. La persona que acompaña a la persona enferma camina junto a ella. Para curar hay que acompañar, acompañar es curar. Por eso, a la medicina se la

llama tradicionalmente el arte de la benevolencia, del *jin* (En japonés, *i wa jinjutsu*).

Este enfoque influye también en una manera de cuidar la salud, que se llama en japonés “cultivar la vida” (*yôsei*). Es el equivalente, quizás, de lo que llamaríamos medicina preventiva: cuidar de tal modo el equilibrio del cuerpo, la alimentación, el ejercicio físico, etc., que se evite la aparición de alguna de esas 404 enfermedades que llevamos dentro.

El manual de espiritualidad del budismo de *Tendai*, que cité antes, dedica uno de sus diez capítulos a las enfermedades. Se recopilan en ese capítulo diez métodos de concentración mental como terapia, doce métodos de ordenar la respiración, también como terapia, 72 métodos de curarse mediante la meditación, etc. Todo esto tomado de la tradición que se refleja desde antiguo en textos de los sutras o escrituras sagradas budistas.

Dice el autor de este manual (*Chi-i* o *Zhi-yi*, chino del siglo VI) que hay unas causas externas y otras internas de las enfermedades. En las externas pone la ruptura de equilibrio entre los cuatro elementos: tierra, agua, fuego y aire. Entre las internas, las afecciones de los órganos, como el corazón, el hígado, el riñón, etc.

Pero a estas causas se unen las condiciones, es decir, la manera como nuestro ánimo intranquilo, disperso, tenso, etc. condiciona el desencadenarse de las enfermedades. Para curarse, recomienda que, así como el ánimo ha influido en la aparición de la enfermedad, influya también para ayudarnos a hacerla desaparecer, si se puede, o a convivir con ella, si no se la puede hacer desaparecer.

Y aquí propone los dos métodos que vertebran su manual: la pausa para respirar bien y la pausa para contemplar bien la realidad. Con otras palabras, saborear y saber.

“Detente un poco, párate a respirar; haz una pausa para ver las cosas como son, no exageres y párate a contemplar”. Así nos aconseja el monje

budista desde hace catorce siglos. Hoy día vamos casi siempre corriendo, sin tiempo para pensar. Nos bombardean con informaciones y desinformaciones excesivas, sin margen para discernir.

Por eso puede tener tanta relevancia para nosotros la invitación que nos hace el maestro **CHIGI** (538-597; en chino **CHIH-I**, o también **ZHI-YI**; en japonés, **CHIGI** o **CHISHA**), fundador en China de la escuela de **T'ien-tai** (en japonés, **Tendai**), para que nos detengamos a saborear la vida y aprender a mirarla desde otros ángulos y, consiguientemente, a vivirla también de otro modo más saludable, menos enfermizo.

Este monje chino aprendió de sus mentores en la escuela del Zen el arte -no mera técnica, ni mucho menos- de sentarse en postura de loto a respirar y meditar; de ahí brota, nos dice, un conocimiento sapiencial acerca del rostro auténtico de la realidad, a la vez que una fuente de salud corporal y psíquica.

La tradición, oriunda de la India, en la que él se inspira para su manual (que es un manual de meditación y a la vez de salud corporal y mental,) se resumía en dos palabras sánscritas: *samatha*, que significa apaciguamiento o calma, y *vipasyana* que se traduce por lucidez, clarividencia, sabiduría.

Es decir, calmar los altibajos de la mente agitada y observar el mundo de las apariencias con conocimiento sapiencial, desengañándose de los espejismos que nos ocultan la realidad.

La traducción china, con la verticalidad y visualidad de su escritura, y la práctica del Zen enriquecieron esta espiritualidad, plasmada en dos caracteres ideográficos que significan respectivamente "parada" y "mirada", detenerse y contemplar. Leídos con pronunciación japonesa: shi-kan (En chino, chih-kuan o zhiguan).

Shi: detenerse, pararse a respirar, concentración.

Kan: mirar de otro modo, mirar de nuevo, mirar al fondo, contemplación sapiencial.

Se podría traducir como "pausa contemplativa". Dos caras de esta postura son: saborear y saber. Parafraseando al maestro **CHIGI**, saborear sin saber es huero; saber sin saborear es frío.

Sin respirar bien, no hay sabiduría; sin sabiduría, sabe a poco el respirar. Ni el saber de muchas palabras satisface, ni el silencio ignorante alimenta el espíritu. La espiritualidad empieza por el apaciguamiento de la corporalidad y el cuerpo humano pide hacerse espíritu.

En el capítulo noveno, en que trata sobre las enfermedades y su tratamiento, dice que cuando estamos agitados, tensos, nerviosos, la mente se nos sube a lo alto de la cabeza y nos la calienta.

Pero al pararse a respirar y contemplar bien la realidad, la mente se baja, primero hasta el vientre o las entrañas y luego hasta la planta de los pies y entonces nos serenamos, nos pacificamos. La consecuencia es curarse corporal y mentalmente.

**Recomienda no
obsesionarse con los
síntomas, sino pararse
a respirar bien y mirar
cara a cara la enfermedad
sin asustarse por
ella ni empeñarse
en atacarla de un
modo forzado;**

ni huir ni atacar descontroladamente. Así se evita lo que él llama la escalada de condiciones psíquicas que empeoran el desequilibrio corporal y agudizan la enfermedad.

2. Para pacificar la mente, cuidar el cuerpo

Parecería, por lo que acabamos de ver, que se le da una importancia muy grande a lo mental, como si con el control mental fuésemos a curarlo todo. Tampoco es eso. En efecto, para pacificar la mente hace falta, a su vez, mucho control del cuerpo, concretamente de la respiración.

En todas las tradiciones orientales de entrenamiento, desde las artes marciales a la meditación, pasando por la estética del adorno floral, de servir un té, o de esmerarse en la caligrafía, se le da una importancia extraordinaria a la respiración. Como he mencionado antes, el autor de este manual cita doce métodos de respirar como terapia de cuerpo y mente.

Nos decía un monje budista que está dedicado al acompañamiento de enfermos terminales en el Centro hospicial de cuidados paliativos de la provincia de Niigata, en el norte de Japón, que es muy importante para él, tanto en el acompañamiento de la persona moribunda antes del fallecimiento como en la atención al cadáver después, el cuidado del cuerpo.

Concretamente, nos decía, mi acompañamiento religioso no consiste en predicar sermones a la persona moribunda, ni siquiera en recitar unas plegarias, si no es el momento oportuno para ello, sino en enjugarle el sudor, estrechar su mano o acercar un pañuelo humedecido a sus labios.

Hay también en ese centro unas salas-oratorio para que pueda orar o meditar la persona enferma que lo desee, según su religión (budista, cristiana, etc.), o para celebrar tras el fallecimiento unos ritos funerales. Pero este monje budista no se limita a prestar ese servicio, sino que se ocupa de lavar el cadáver, introduciéndolo en un baño caliente antes de amortajarlo. Todo ese cuidado de la corporalidad forma parte para él de su misión espiritual, que no es meramente espiritual.

El Ars moriendi y el Ôjô (El arte de pasar a la otra orilla) budista

Comentaré, a continuación, como complemento algunos ejemplos de la tradición budista sobre el duelo, para completar lo dicho sobre la integración de lo corporal y lo espiritual.

En Oriente como en Occidente, ha sido costumbre fijarse en el cese de la respiración para determinar la muerte. Leemos en el *Taishûkyô* (compilación budista china del siglo VI, conocida con el nombre de *Sutras de la gran asamblea*) que la duración de la vida se mide por el “entrar y salir del hálito con que inspiramos y expiramos”. Es una formulación antigua de lo que hoy llamamos controlar espontáneamente la respiración mediante el funcionamiento del tronco cerebral.

En el *Makashikan*, citando el texto anterior, se lee: “Cuando no se expulsa el aire inspirando decimos que ha acabado la vida”. En japonés se dice que la persona moribunda recogió o retuvo su aliento, es decir que dejó de respirar, dejó de expirar el aire inspirado. En castellano el verbo expirar, además de significar la expiración del aire, se usa como sinónimo de morir, ya que al morir se expira el último aliento. En cambio, en japonés el término de referencia no es la última expiración, sino la última inspiración. Pero en ambos casos, tanto en la metáfora de entregar el espíritu como en la de recogerlo hacia dentro, la manifestación de la muerte es, en definitiva, el paro respiratorio.

Hay también en Oriente una tradición de ars moriendi. En sus Notas para prepararse a morir (*Rinjû Yôjinshû*) escribe Nichiren (budista japonés del siglo XIII): “*La vida es fugaz, como gota de rocío indefensa ante el viento. No deja tiempo siquiera para aguardar la expiración del aire inspirado. Por consiguiente, antes que otro aprendizaje, ejercitémonos en aprender a morir*”. En esta obra da Nichiren consejos sobre el acompañamiento de la persona moribunda. Para comprobar si ha cesado la respiración aconseja aplicar un algodón a la nariz. Si no hay respiración, las fibras de algodón no oscilan. Para referirse al momento

de la muerte usa precisamente la expresión “momento de aplicar el algodón”.

Nichiren recomienda que cuando llega el “demonio del corte final” (*danmatsuma*) ni siquiera se toque a la persona moribunda. Se temía que cualquier intervención exacerbaría los últimos dolores. En cambio recomienda que le digan a la persona moribunda que se acerca el final. No deben decirse ni demasiado pronto, ni demasiado tarde. Deben decirle que se acerca el momento de que le salgan los santos al encuentro y de encontrarse con Buda.

Recomienda que entonen como plegaria trozos de las escrituras sagradas, incluso que se las repitan al oído hasta dos horas después de cerciorarse de la muerte. Dice que aún queda en esos momentos un “fondo del corazón” (*teishin*). Recomienda el respeto al cadáver, colocándole con el rostro hacia Occidente (expresión simbólica para estar “de cara al paraíso”), que no se lo mueva durante unas diez o catorce horas y que se sigan entonando los sutras de las escrituras sagradas.

Por otra parte, junto a estas recomendaciones para el entorno de la muerte, da Nichiren mucha importancia a la presencia de la muerte en la vida. El creyente vive asentado en la Vida (con mayúscula), vive la muerte a diario asentado en esa Vida, sintiéndose unido a Buda. Tener presente de este modo la muerte conlleva no considerarla como un mal a evitar. No se separan muerte y vida; no se percibe la muerte como negación de la vida.

Ni se teme la aniquilación, ni se evade uno a imaginar como sería la inmortalidad de un alma separada. La iluminación percibe vida y muerte como dos caras de la vida, en la que estamos muriendo y reviviendo a cada momento. No nos hacemos budas al morir, sino que ya lo somos. El momento de morir es cada momento y también el de hacerse buda, percatándose de que lo somos, porque llevamos dentro semilla de budeidad.

En la corriente de budismo amidista (*Secta de la Tierra Pura, Jôdôshinshû*) esta espiritualidad

del *ars moriendi* se ha concretado en expresiones de devoción popular. Al momento de la muerte se le llama “la venida de Amida (*go-raigô*)”. Colocan junto a la persona moribunda un cuadro con la imagen de Amida, con una cinta colgante de varios colores en sus manos, a cuyo extremo se agarran las manos de la persona moribunda para entrar así en el paraíso, donde espera le salga Amida al encuentro. Me impresionó, al visitar un museo de esta secta en Kyoto, ver el orificio abierto en las manos del cuadro de Amida, como consecuencia de haberlo usado en muchas ocasiones para que la persona agonizante se agarrase a esa cinta.

Los funerales y la educación para la enfermedad y la muerte, según un monje budista

En una reunión con un grupo de monjes budistas muy concienciados en temas de bioética, salud y enfermedad, cuidados terminales, etc. me resultaron particularmente interesantes las siguientes reflexiones hechas por ellos desde su experiencia en ese campo en Japón. Resumo a continuación algunas de sus observaciones:

- Se encontraban incómodos con la división entre reducir la asistencia sanitaria al cuerpo enfermo y la asistencia religiosa a officiar funerales por los difuntos. Se encuentran incómodos con un budismo de funerales. No están de acuerdo con que el médico se ocupe de los vivos y el bonzo de los muertos.
- Querrían ofrecer atención espiritual de acompañamiento y se encuentran con los siguientes obstáculos: el paciente lo que está necesitando es hablar con alguien y los usan para preguntarle por lo que no les dicen los médicos o el personal de enfermería; para algunos la presencia del bonzo es de mal agüero porque la asocian con la muerte; la dirección del hospital, por su parte, teme que se haga proselitismo de una determinada religión;
- Han visitado hospitales en Europa y USA y les ha impresionado el ver cómo se lleva por parte

de cristianos la pastoral en equipo, el counseling y la atención de los capellanes y religiosas a los pacientes en forma de acompañamiento humano y espiritual.

Este monje llega a la conclusión de que se debe empezar a tratar el tema de la enfermedad y la muerte cuando la gente está sana y se pone a organizar cursillos en su templo.

Epílogo

Ahora, para concluir, una alusión a un tema de bioética: los trasplantes de órganos. Cuando se tiene como telón de fondo la mentalidad oriental que acabo de exponer no es de extrañar que surjan dificultades y reacciones de rechazo en el tema de los trasplantes. Así ha ocurrido en Japón, donde el debate hasta aprobarse la ley de trasplantes se prolongó más de una década.

Ha sido una postura exagerada y no soy yo quien la defiende. Pero reconozco al mismo tiempo que donde Oriente se pasó por carta de menos, quizás nosotros nos pasamos por carta de más. No queríamos caer ni en la mentalidad de piezas de recambio ni en la separación exagerada de cuerpo y espíritu.

Como en el juego de las siete y media, ante el dilema de "o te pasas o no llegas", habrá que buscar el equilibrio. Para ello, un mutuo intercambio de Oriente y Occidente y un mutuo corregirse ayudará a evitar las respectivas exageraciones. Si nuestra Bioética lo hace así estará a tono con lo que piden hoy los signos de los tiempos que invitan a buscar la comunión y alianza de culturas para evitar el choque de civilizaciones.

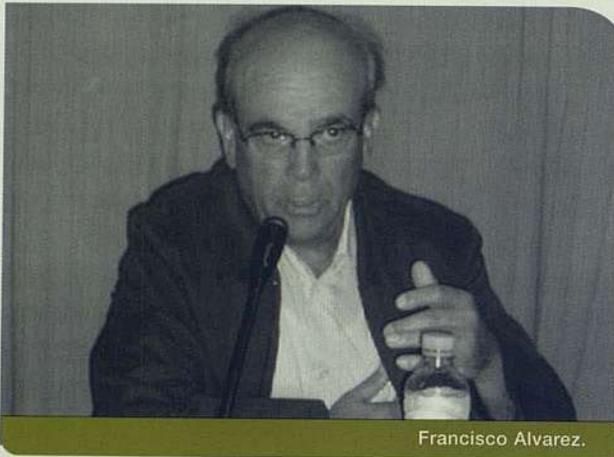
Formar los acompañantes. Memoria e itinerarios.

> Francisco Alvarez

Delegado Diocesano de Sant Feliu de Llobregat. Barcelona.

El P. Alvarez abordó el tema de la formación en Pastoral de la Salud de manera global. Un tema preocupante, en su opinión, pues cree que los años dorados de la formación en pastoral de la salud pasaron ya. Desde un punto de vista no muy optimista nos plantea, eso sí, una serie de objetivos y posibles soluciones para afianzar el tema de la formación en el ámbito que nos ocupa desde una perspectiva pluridisciplinar adecuada a los tiempos que nos toca vivir: más cercana, más relacional, más de acompañamiento, más vivida y experimentada.

En definitiva, el autor propone recuperar el Evangelio de la salud por parte de la Iglesia y de las comunidades cristianas para redescubrir la dimensión saludable de la salvación. ▶



Francisco Alvarez.

1. Datos para un “diagnóstico”/evaluación.

La formación en pastoral de la salud en la historia reciente de la Iglesia en España

“Probablemente sean pocos los sectores de la pastoral de la Iglesia en España que hayan operado un cambio tan importante y hayan puesto a disposición de los agentes de pastoral unas reflexiones teológicas y unas orientaciones prácticas tan bien fundadas como las contenidas en los documentos doctrinales y las propuestas operativas emanadas de los organismos responsables de la pastoral de la salud”.

“Los rasgos que, a mi entender, explican la calidad de estos documentos radican en el hecho de que proceden de personas en contacto muy estrecho con el mundo al que se dirigen y están elaborados más desde la experiencia que desde principios doctrinales abstractos; dan muestra de proceder de personas que han aplicado la sensibilidad que procura el contacto con el dolor a la lectura de la Escritura y a la reflexión sobre la fe; han contado con análisis precisos de la realidad a la que se refieren, elaborados con la ayuda de las

ciencias humanas en un diálogo interdisciplinar; y parecen tener su origen en grupos de cristianos de toda condición que han superado el siempre empobrece-dor clericalismo”.

En estos términos laudatorios se expresaba **Juan Martín Velasco**, en el Congreso Iglesia y Salud, celebrado en Madrid en 1994¹. En este testimonio de autoridad se apuntan unas claves que ayudan a situar el desafío de la formación. Sobre ellas volveremos.

La formación ha sido una preocupación constante, alimentada desde el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal, y ha conocido momentos de verdadero entusiasmo y hervor...

Hacer un elenco de sus concreciones no es posible. Recordemos, sólo a modo de flash, y ateniéndonos a las iniciativas más relacionadas con la formación: La creación y multiplicación de Escuelas de PS en diócesis y vicarías (de Sevilla a San Sebastián, de Madrid a Barcelona, pasando por Zaragoza); las instituciones y/o iniciativas promovidas por Congregaciones Religiosas (como el CEHS, de cuya abundante actividad somos conocedores), los Institutos de bioética (comenzando por el pionero Borja de Sant Cugat, ahora en colaboración con San Juan de Dios), la formación impartida en colaboración con la FERS por toda España; los cursillos para capellanes (primero), luego abiertos a los agentes de pastoral, y, finalmente, para seminaristas; las Jornadas Nacionales, que llegan ahora al cumplido número treinta; y Jornadas regionales; la aportación de teólogos y pastoralistas de otros sectores; las revistas específicas como “Labor Hospitalaria” y “Humanizar”; la cantidad ingente de materiales producidos y distribuidos desde el Departamento²; el aumento progresivo de publicaciones sobre una amplia red de temáticas relacionadas con el mundo de la salud y de la enfermedad; la apertura de la

1- MARTIN VELASCO J., Mundo de la salud y evangelización, Congreso Iglesia y salud, Madrid 1994, p. 220.

2- Una buena prueba de ello puede ser el libro 25 años de Pastoral de la Salud en España – Memoria de un largo camino, Edice, Madrid 1999.

formación a otros ámbitos de la pastoral de la salud o relacionados con ella, como las parroquias y las asociaciones de voluntariado.

Factor de renovación y de cambio

Detrás de los cambios más positivos y enriquecedores siempre ha habido el fuego de la formación. Ésta, nacida, como dice Martín Velasco, al calor de la experiencia humana y pastoral, ha tenido normalmente una buena repercusión sobre la praxis. Ha generado vida y creatividad, ha tenido en muchos casos un efecto multiplicador. Con todos los matices que da la perspectiva del tiempo (que también juega al olvido), se puede decir que la PS en España dio, sobre todo en los años de mayor entusiasmo, un verdadero vuelco, traducido en “transiciones” muy significativas con respecto al pasado y en apuestas decididas en relación con el futuro³. En el paso de una Pastoral a otra, se han ido viendo nuevos enfoques teóricos y prácticos, nacidos de convicciones bien fundadas. Y ¿al día de hoy?

Realidades relativamente nuevas y ciertamente complejas

Mi percepción no es tan optimista, sobre todo en relación con ciertos frentes de la PS. A veces tengo la impresión de que cuando la lección estaba bien aprendida y los cimientos eran razonablemente sólidos, no se han renovado de igual modo “profesores” y “alumnos”, la sed de formación se ha ido diluyendo en no pocos, y al edificio le están faltando elementos importantes. Se echa de menos la savia y el vigor de otros tiempos... A todo esto no son ajenos algunos cambios muy importantes.

- *Dentro del mundo de la salud y de la enfermedad*

Reflejo de la sociedad, con la que prácticamente coincide, ese mundo ha conocido y conoce todo un proceso de cambio impresionante. En él se hace

mucho más patente su substrato cultural (por tanto filosófico, ideológico, moral/ético, existencial), por tanto los modos de vivir la salud y la enfermedad, la vida y la muerte... Hoy resulta más evidente que ayer que esos “acontecimientos fundamentales de la existencia”⁴ apelan más a la responsabilidad del sujeto (“tratamiento personal”) que al “tratamiento institucional”. Se percibe mejor qué significan la secularización y el secularismo, la subversión y perversión de valores, la ruptura entre Evangelio y cultura, la complejidad estructural de la sociedad... Ese mundo es cada vez más extenso, sin confines.

La pastoral, por tanto, ya no puede encerrarse en ámbitos concretos. Ni puede limitarse a una estación de la vida. Pensemos, por ejemplo, en la extensión/profundización del concepto de enfermedad.

¿Hay una PS para las “miserias psicológicas” del hombre de hoy, para el “vacío existencial”, para la “patología de la abundancia”, para las “enfermedades del alma” (por ejemplo la dependencia del alcohol), para la “medicina del deseo”, para la “vivencia saludable del cuerpo”, para el “burn out” de los agentes de salud...?

Formarse para estar presentes ahí, de forma significativa, es cada día más complejo. Hay que plantearse de nuevo: *¿De dónde surge (punto de partida) y cuál ha de ser hoy la PS?*

- *Dentro de la Iglesia y de quienes, en su nombre, viven y trabajan en el mundo de de la salud y de la enfermedad.*

Hay fenómenos que saltan a la vista; unos de claro signo positivo, otros, en cambio, abiertamente problemáticos o incluso negativos. Entre los primeros: La extensión de la PS a sectores antes más descuidados, como las parroquias; la progresiva participación y corresponsabilización

3- Cf. 25 años de Pastoral de la Salud en España..., p. 59-74.

4- Cf. DolHom 3..

de seculares en diferentes frentes; la existencia de equipos mixtos de pastoral de la salud en instituciones; la formación en bioética; los cursillos para seminaristas...

Entre los segundos, parece cada vez más clara (y peligrosa) la progresiva difuminación de la presencia de la Iglesia en las instituciones de salud, la caída en una pastoral más de mantenimiento que de misión; los déficits de formación en los nuevos agentes y en los equipos de pastoral de salud de las comunidades cristianas; el creciente distanciamiento de la Iglesia de la compleja problemática ética que se mueve en el mundo de la salud; la falta casi total de un plan de formación por parte de la Iglesia de nuevos agentes de pastoral

2. Cuando hablamos de "formación"...

Algo básico o elemental a tener en cuenta: El mundo de la salud y de la enfermedad no es objeto nunca de una sola disciplina. La interdisciplinariedad y la pluridisciplinariedad se imponen, con el riesgo consiguiente de fragmentación y de pérdida del centro o de una visión de conjunto.

Pero son inexcusables. Esto mismo se ha de aplicar a lo que comúnmente llamamos "Pastoral de la Salud". Lo recordaba la cita inicial. No puede prescindir, pues, de los aportes de otras disciplinas. De entrada, por tanto, habrá que decir que la formación de agentes de PS ha de conjugar lo general con lo específico, lo común con lo particular: condición indispensable para la realización de una misión que requiere especialistas.

Un segundo dato, no menos básico, pero a

menudo más olvidado: El mundo en que actúan los agentes de pastoral de la salud y el carácter específico de dicha pastoral requieren también un tipo de formación. Ésta no puede reducirse a unos contenidos a aprender puntualmente, sino que ha de consistir en un verdadero itinerario; por tanto un proceso que se va desgranando en el tiempo, alimentado por la experiencia reflexionada y compartida, por la renovación y la apertura, por realimentación frecuente.

Concretando ulteriormente estos criterios genéricos: La formación en PS ha de tener en cuenta la perspectiva en la que se coloca, el marco referencial, y los objetivos que pretende. Tres elementos que no siempre se dan o no siempre se respetan.

Con respecto a lo primero: La PS es un sector concreto de la misión/acción evangelizadora de la Iglesia, que necesita, por tanto, las herramientas de una formación teológica de base y una preparación pastoral específica. Cualquier programa formativo ha de tener esto suficientemente en cuenta, de lo contrario se sitúa fuera de órbita.

En cuanto al marco referencial, la formación será tanto más integral y encarnada cuanto más tenga en cuenta las realidades dentro de las cuales actúa. El mundo de la salud y de la enfermedad no es un simple "lugar de trabajo" sino una verdadera mediación evangelizadora, una especie de "lugar teológico", "tierra de Evangelio", como la llama J.M.R. Tillard⁵. Por tanto, el agente ha de ser especialista en lo que ahí se vive, y que puede ser afrontado de diferentes maneras. Una lectura creyente y sapiencial llevará al agente a "perforar" la realidad, a ir más allá de lo que comúnmente se percibe, a encontrar los indicios y señales de la dimensión espiritual de la condición humana, a menudo adormecida, sofocada o "aparcada"... Condición indispensable: que la pastoral sea encuentro, que recorra el camino del hombre, que lo alcance en lo que tiene de más íntimo y profundo.

5- Cf. En el mundo sin ser del mundo. La "vida religiosa apostólica", Sal Terrae, Santander 1982, p. 120139.

De ahí la importancia de ciertas disciplinas, que van de la sociología a la psicología, y, no menos importante, de la antropología de la salud y de la enfermedad a la pastoral específica.

Finalmente, los objetivos. Quizás haya sido éste uno de los puntos más débiles de nuestros programas o iniciativas de formación. ¿Qué pretendían? ¿Para qué preparaban? ¿Cuál era el horizonte final?

3. Un objetivo fundamental.

Al hilo del tema de estas jornadas, me propongo subrayar un objetivo que tiene una relación muy directa con el "acompañamiento espiritual". La PS, como toda la acción pastoral y sacramental de la Iglesia, es y será siempre relacional, es decir, una concreción (no siempre eficaz) de la dimensión dialógica de la Iglesia, sacramento de salvación por serlo del encuentro de Dios con los hombres. La perspectiva del acompañamiento no puede prescindir de esa dimensión básica. Vista desde ella, la PS coloca en el centro de todo al hombre, en cuyo camino se sitúa el agente de pastoral para recorrer algún trecho juntos.

Más aún, en todo el recorrido, en cualquier forma de acción evangelizadora siempre habrá de estar presente el objetivo relación/encuentro. Lo mismo cabe decir de las disciplinas que preparan al agente. En todas ellas, sea cual fuere, ha de estar activa esta dinámica. ¿De qué valdrían si no formaran para la vivencia y oferta de una relación, que ha de ser al mismo tiempo salvífica y saludable?

Por eso no dudaría en repetir hoy exactamente lo mismo que en 1995 dije con ocasión de la inauguración de la Escuela de PS de Madrid, Nuestra Señora de la Esperanza⁶. Allí recalca que, en razón

de la misión propia de la PS, el primer objetivo ha de ser éste: Que el agente de pastoral aprenda y profundice en su capacidad relacional, en las diferentes dimensiones sobre las que se asienta la PS. Hoy añado dos datos más.

El primero: puede decirse que el acompañamiento es la primera necesidad espiritual del enfermo. Y ello por diferentes razones, cuya exposición supera con creces el tiempo y espacio de estas reflexiones. Baste una breve referencia: La enfermedad (como otras adversidades) pone al descubierto la soledad radical de todo hombre/mujer, su carácter irremediamente único, original e irrepetible. Lo introduce, además, en el misterio (en este caso amargo) de la vida, en el "agujero negro" de la condición humana. De esa soledad radical (verdadero indicio de la condición espiritual del hombre) no se sale..., pero necesita ser acompañada, pues tan radical como ella es la sed/capacidad de relación. En definitiva, de comunión.

El segundo: No basta la adquisición de técnicas y habilidades, ni tampoco la puesta en juego de los recursos propios de toda relación pastoral de ayuda. La relación, sobre todo cuando está guiada por la voluntad de acompañar humana y espiritualmente, no puede hacerse al margen de los contenidos, o bien relegándolos a un segundo lugar. El verdadero agente de la PS es el que, además de poseer las herramientas para la relación y para el acompañamiento, tiene algo importante que comunicar. Hoy se corre el peligro de "fabricar" profesionales de la pastoral, ricos en técnicas y pobres de experiencia de fe. Nunca dejará de ser actual aquello de "contemplata aliis tradere".

La PS necesita de hombres y mujeres que han experimentado y experimentan en sus vidas la acción salvífica y saludable del Espíritu y que, por tanto, han integrado en sus propias vidas el Evangelio de la salvación y de la salud. Si no fuere así, el agente de pastoral se situará fuera de la

6- Pastoral sanitaria, un desafío a la formación, en "Dolentium Hominum", n. 32, XI, 1996, p.18-26.

órbita de la misión que la Iglesia confía a ese sector tan importante de la evangelización

4. Lo que está en juego, a corto y medio plazo.

Partamos de un dato, seguramente cierto: La gran valoración o estima que la sociedad actual reserva a la salud. Ésta y la enfermedad se han convertido en los conceptos más “interesantes”. Más aún: la cultura actual gira en buena medida en torno a la salud, en sus diferentes dimensiones. Se ha hecho prácticamente omnipresente: como ideal social y como generadora de cultura, como valor que ocupa la cúspide de la escala y como objeto de consumo, como objetivo a alcanzar en todos los órdenes y actividades de la vida y preocupación constante, como reguladora de los comportamientos y, al mismo tiempo, como realidad cada vez más frágil y escurridiza, como producto de la ciencia y, al mismo tiempo, como modo de vivir inseparable del estilo de vida, de los valores y creencias.

Un segundo dato, la recuperación del Evangelio de la Salud por parte de la Iglesia y de las comunidades cristianas significa, entre otras cosas, el redescubrimiento de la dimensión saludable (incluso terapéutica) de la salvación, y, por tanto, la promoción de la salud salvífica en todos los frentes donde se actúa la Iglesia.

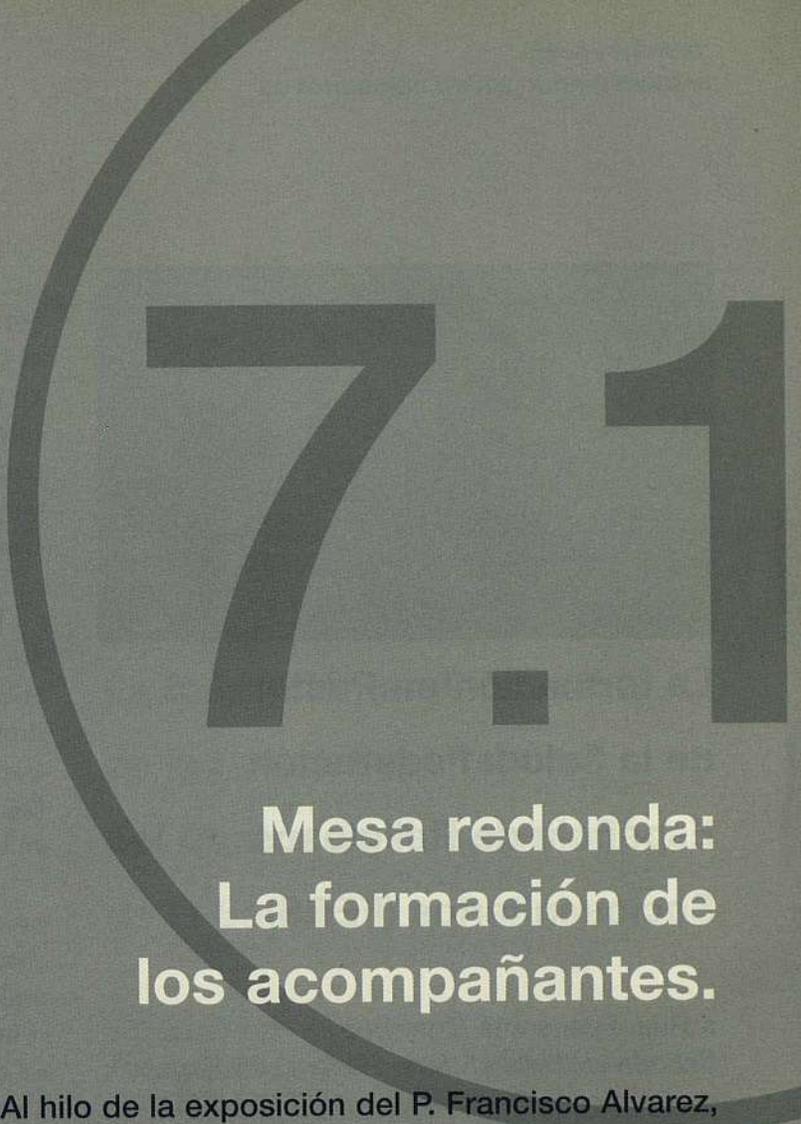
Ya no se trata, pues, únicamente de hacer PS en determinados ámbitos, sino de recuperar el mensaje evangélico sobre la salud y de prolongar en el tiempo la misión saludable y terapéutica de Cristo. En definitiva, que la salud vuelva, de alguna manera, al centro del anuncio y de la comunicación del mensaje cristiano.

Si ha de ser así, es evidente que es mucho lo que está en juego. Y mucho me temo que esto todavía

no forma parte del repertorio de las convicciones dentro de la Iglesia, especialmente de sus pastores. La formación de los nuevos pastores (no sólo de los agentes de PS) habría de tener esto en cuenta. Seguramente es pedir mucho.

De forma más concreta, lo que está en juego es nada menos que el porvenir de la acción evangelizadora en el mundo de la salud y de la enfermedad; más señaladamente, dentro de las instituciones y en las comunidades cristianas. Habrá que trabajar para ello por lo menos en los siguientes frentes:

- Preparación de nuevos agentes de PS, con un programa formativo que los habilite para el ejercicio de su misión y que, oficialmente, vaya avalado por la acreditación de una DEI específica. Además de los recursos formativos existentes para ello (sobre todo el Camillianum), habrá que promover programas formativos por regiones eclesiales...
- Formación de agentes de PS en las parroquias, con programas adaptados a la tipología de los mismos y, obviamente también, a la misión que desempeñan o puedan, preparados, desempeñar.
- Promoción y extensión de la formación en bioética. Ahí radica una de las urgencias más palpables, que merecería incluso una reflexión a fondo parte de la Conferencia Episcopal y, como no podría ser de otro modo, por parte del Departamento de PS.
- Apoyo efectivo a las instituciones formativas existentes.



7.1

Mesa redonda: La formación de los acompañantes.

Al hilo de la exposición del P. Francisco Alvarez, tuvo lugar una mesa redonda en la que, desde los diferentes ámbitos que integran la pastoral de la salud, se expusieron las realidades y carencias a las que se enfrentan en cuanto a la formación. ▶



Fuensanta Gonzalez.

La formación en Pastoral de la Salud: Federación Española de Religiosos Sociosanitarios (FERS).

> Hna. Fuensanta González

Secretaria General de la Federación Española de Religiosos Sociosanitarios (FERS). Madrid.

Quiero aportar unos datos que pueden situar el hacer de los Religiosos/as en el campo socio-sanitario. Todos somos conscientes de la situación del descenso de vocaciones a la vida religiosa en Europa, concretamente en España, y de la edad de los mismos. Con esto quiero apuntar la necesidad cada vez más urgente del trabajo en colaboración de todos los que nos dedicamos a la Pastoral de la Salud y la necesidad de la formación.

Son 66 Congregaciones las que en el 2005 están federadas. 6.416 Religiosas y 281 Religiosos los que en activo prestan sus servicios en los siguientes Centros:

Hospitales y Clínicas	189
Hospitales y Centros de día	65
Residencias de Ancianos	524
Casas para enfermos de Sida	27
Enfermos terminales	63
Servicio a Domicilio	85
Enfermos mentales	49
Alberguès y comedores	45
Psíquicos profundos	21

Durante el año 2005, se han tenido las XXII Jornadas de FERS, los días 3 y 4 de febrero, con el tema "Los Comités de Bioética" se celebraron en los locales de CONFER, abiertas a todos los interesados en el tema, tanto religiosos como laicos, con una muy buena acogida por todos los participantes, destacando la calidad de las ponencias y talleres que se realizaron.

En la Escuela de Pastoral de la Salud "Nuestra Sra. de la Esperanza", que tiene su sede este curso en la Casa Provincial de las Hijas de la Caridad, Provincia de Sta. Luisa, en la C/ Martínez Campos, 18. Se tienen los cursos presenciales del Bienio de Actualización en Pastoral de la Salud, en las modalidades de:

- Curso de invierno, que está la inscripción abierta hasta el 30 de septiembre, y comenzarán las clases el martes 11 de octubre, el horario es todos los martes de 16,30 a 20,15 horas.
- Curso de verano: se imparte la primera quincena de julio con horario de mañana y tarde. Este verano han sido 24 los alumnos que han participado en el mismo.
- En colaboración con los Religiosos Camilos, la FERS imparte el segundo curso a DISTANCIA de expertos en Pastoral de la Salud. Unas 70 personas son las que están realizando esta modalidad de estudios.
- El Curso Seminario en Bioética, se realiza durante cinco fines de semana en la sede de la Escuela, este año se ha centrado en los siguientes módulos:

- 1.- Fundamentación y metodología de la decisión moral.
- 2.- La ética de las relaciones asistenciales.
- 3.- Ética del inicio de la vidaç
- 4.- Ética del final de la vida. Casos prácticos.
- 5.- Bioética Global.

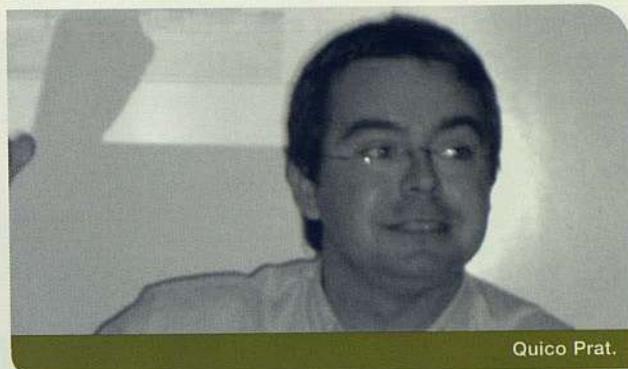
En las FERS Autonómicas también tienen sus actividades formativas, a veces con grandes dificultades por falta de medios y alumnos, hay que aprovechar al máximo lo que existe y abrirnos e invitar a las personas que trabajan con nosotros para completar su formación.

En la nota de prensa que ha publicado la revista Humanizar, el director de la Escuela José Carlos Bermejo apunta:

“...Porque en la actualidad se requiere una formación especializada. Formarse en “Ntra. Sra. de la Esperanza” da, por un lado nuevas motivaciones para intentar ayudar a los enfermos y, por otro, abre nuevos caminos.

Caminos en los que experimentamos tener recursos válidos para la ayuda y, a la vez, la sensación de pobreza, porque todo recurso, aunque provenga de la fe, nos da la impresión de que se queda pequeño al contemplar el gran Misterio del dolor humano.

Esta Escuela es una plataforma excelente desde donde adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para hacer efectivas las sanas actitudes de los cristianos ante los que sufren”.



Quico Prat.

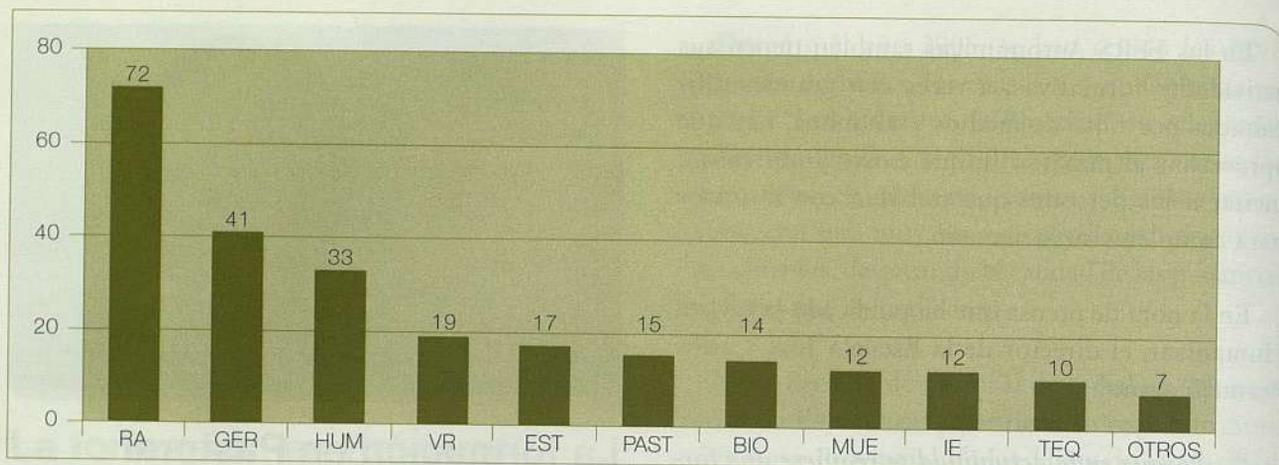
La formación en Pastoral de la Salud: Experiencia del Centro de Humanización de la Salud.

> Quico Prat

Responsable Dpto. Formación Religiosos Camilos. Madrid.

La formación en Pastoral de la Salud ha sido una constante desde el nacimiento del Centro. Como el Centro imparte los cursos que otras entidades nos solicitan (institutos religiosos, hospitales, residencias de personas mayores, entidades de acción social, asociaciones, etc.) tenemos un escenario privilegiado para pulsar por dónde va el interés de las personas dedicadas a la atención de personas enfermas ó marginadas. Y resulta evidente que, en los últimos años, la demanda de los profesionales y voluntarios ha ido generando nuevas áreas de interés que, a su vez, hemos ido tratando de responder con creatividad. O, mejor, la pastoral de la salud se ha ido abriendo a otros campos de formación más allá del meramente pastoral.

A medida que la pastoral en el mundo de la salud ha ido ampliando su horizonte y tornándose más interdisciplinar, las demandas formativas de los agentes de salud han ido ampliándose. Así, por ejemplo, el año pasado, las áreas en las que hemos impartido cursos son las siguientes:



RA: Relación ayuda y Counselling en el ámbito sanitario, de la acción social o sociosanitario

HUM: Humanización de la asistencia sanitaria y de la intervención social

GER: Gerontología, atención a personas mayores, manejo del deterioro cognitivo, preparación a la jubilación, etc.

EST: Prevención y manejo del estrés, el cuidado del cuidador, etc.

MUE: Acompañamiento en procesos de muerte, elaboración del duelo, cuidados paliativos, etc

TEQ: Trabajo en Equipo, comunicación interdisciplinar, gestión de equipos de trabajo, etc.....

BIO: Bioética, aspectos éticos de la atención sanitaria, bioética en residencias, etc

PAS: Pastoral de la Salud, acompañamiento espiritual, etc

IE: Inteligencia emocional

En el ámbito específico de la formación en pastoral de la salud hemos caminado y caminamos de la mano de la Federación de Religiosos Sanitarios y Sociosanitarios (FERS). Al bienio de actualización en Pastoral de la Salud que imparte la Escuela de Pastoral de la Salud “Nuestra Señora de la Esperanza” en modalidad presencial, hay que añadir, ahora, la iniciativa de la FERS de impartir un curso a distancia. Al Centro de Humanización se nos encomendó la tarea de coordinar e impartir este Curso de Extensión Universitaria a distancia de Pastoral de la Salud.

Un modelo de autoaprendizaje.

La formación a distancia consiste en el estudio acompañado de diferentes bloques temáticos. Aún tratándose de formación a distancia, el alumno participa en una sesión presencial al inicio y una al final de cada año, durante la formación dos años lectivos (de octubre a junio).

- El alumno participa al inicio en una sesión presencial, un sábado de primeros de octubre.

- Recibe el material de estudio (libros, guías didácticas y fichas de evaluación continuada) en su domicilio y las va enviando según calendarización anual, recibéndolas posteriormente corregidas.
- El alumno cuenta con la posibilidad de hacer consultas telefónicas (tutorías) durante su estudio, en horario fijado previamente.
- El curso concluye con una sesión presencial en la que el alumno presenta un caso de acompañamiento, sometiéndolo a la supervisión.

La iniciativa pretende ser una alternativa de calidad a la formación presencial, tanto por la calidad de los materiales empleados (publicaciones), como por la fluidez en la comunicación entre alumno y tutor. El curso aborda cuatro áreas de aprendizaje.

Un área **antropológico-teológica**, que aborda la fundamentación antropológica y teológica, enfermedad, sufrimiento y muerte en la Sagrada Escritura., teología de la salud del sufrimiento, de la enfermedad y de la muerte; espiritualidad del agente de pastoral de la salud e historia de la acción de la Iglesia en el mundo de la salud.

La segunda área de conocimientos, titulada **área de humanización y bioética**, aborda la relación pastoral de ayuda, la bioética en la pastoral de la salud, la psicología del enfermo y los cuidadores y la humanización de la salud.

La tercera área **-área pastoral-** está compuesta por la pastoral de la salud, liturgia y sacramentos en la enfermedad, pastoral con enfermos terminales y acompañamiento en el duelo, los servicios religiosos en el hospital y la acción pastoral en determinadas situaciones

Por último, la cuarta área **-praxis pastoral-** tiene un carácter eminentemente práctico. Consiste en el análisis de casos de acompañamiento, reflexión de la propia experiencia pastoral, ejercicios de autoconocimiento y, por último, proyectualidad pastoral.

El Centro de Humanización de la Salud está abierto a todas aquellas personas e instituciones que deseen formarse en cualquier lugar de España, Portugal y América Latina. Nuestra propuesta es impartir formación en el lugar donde se nos pida, para acercar los cursos a las personas interesadas. Con los cursos "a medida" que nos solicitan y las iniciativas de formación a distancia, pretendemos contribuir a una atención a la persona enferma más humanizada, cercana, profesional y de calidad.

Para más información sobre las actividades del Centro, les invito a visitar www.humanizar.es y a leer la revista Humanizar. Seguramente encontrarán en nuestro Centro algún curso que pueda resultar de su interés. Para ello trabajamos.

BancSabadell





Proyecto de formación para los Servicios de Asistencia Religiosa Católica (SARC).

> **Marcel·lí Carreras**

Coordinador del Secretariado Interdiocesano de Pastoral de la Salud (SIPS). Barcelona.

La formación en pastoral de la salud ha sido una preocupación constante para las diócesis de la Tarraconense y para el Secretariado Interdiocesano de Pastoral de la Salud (SIPS). Cursos, seminarios, temas entorno a las Campañas del Día del Enfermo han servido para sensibilizar y formar a los agentes de pastoral de la salud.

A lo largo de estos años hemos desarrollado un proceso de formación que procuraba atender unas necesidades concretas de cada diócesis o comunes a todo el ámbito de la Tarraconense.

Sin embargo, los cambios producidos en el mundo de la salud y las exigencias actuales aconsejaron profundizar sobre el tema de la formación.

Había llegado el momento de plantearnos una formación específica que permitiera abordar la presencia y evangelización en el campo de la salud de forma adecuada a las nuevas necesidades y al momento actual.

La situación social y eclesial actual piden avanzar en una línea que permita a nuestros

agentes de pastoral y a los animadores de pastoral de la salud de nuestras diócesis poder afrontar con capacidad, recursos y sentido las interpelaciones y las preguntas que giran en torno al sentido frente al sufrimiento, la enfermedad y la muerte. La animación pastoral y el diálogo feciencia necesitan de unos interlocutores válidos y representativos sobre lo que aporta el acompañamiento pastoral en el campo de la salud para quienes viven sus momentos difíciles y necesitan afrontarlos con garantías.

La experiencia del Instituto de Ciencias Religiosas de Lérida sobre la formación en el campo de la pastoral aplicada nos anima a abordar el tema. Hay que valorar la aportación que la FERS ha hecho en Barcelona desde la Escuela de Pastoral Sanitaria. Por tanto, disponemos de recursos institucionales que nos permiten afrontar con garantías el proyecto de formación en Pastoral de la Salud: Facultad de Teología de Cataluña, Los Institutos Superiores de Ciencias Religiosas de las diversas Diócesis de la Tarraconense, la Escuela de Pastoral Sanitaria.

Estos itinerarios formativos nos ayudarían a mejorar la calidad de nuestra acción pastoral y a definir mejor lo que queremos ofrecer des de las Delegaciones Diocesanas de Pastoral de la Salud.

Inicio del proyecto.

En una reunión del Secretariado Interdiocesano de Pastoral de la Salud se toma la decisión de preparar un proyecto sobre formación que contemplase dos niveles de formación. Un primer nivel dirigido a las Delegaciones de Pastoral de la Salud y un segundo nivel destinado a preparar personas idóneas -sacerdotes, religiosos y religiosas, laicos y laicas- para trabajar en los servicios religiosos de los hospitales, centros sociosanitarios y centros de salud mental del sistema integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT).

Se formó una comisión de trabajo para elaborar el proyecto. En ella han participado **Mn. Ramón Prat**, director del Instituto Superior de Ciencias Religiosas (IREL) de Lleida, **Mn. Josep M^a Forcada**, Delegado de Pastoral de la Salud de Barcelona, **P. Francisco Álvarez**, camilo y Delegado de Pastoral de la Salud de Sant Feliu de Llobregat, **Hno. Jesús Etayo**, de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y responsable de pastoral de la provincia de San Rafael y **Mn. Marcel·lí Carreras**, coordinador del SIPS.

Por la importancia del tema vamos a describir esta parte del proyecto de formación referido a los servicios de Asistencia Religiosa Católica en los Centros Sanitarios.

La necesidad de este curso específico para los agentes de pastoral de la salud responde a diversas causas:

- Somos conscientes que los agentes de pastoral de los centros sanitarios deberían disponer de una acreditación que avalara su adecuada preparación para llevar a cabo su labor. ¿Podríamos hablar de una acreditación parecida a la DEI en el campo de la enseñanza religiosa en los centros públicos?
- Somos conscientes que hay que preparar nuevas generaciones de agentes de pastoral para los centros sanitarios que nos permita hacer la renovación de personas con garantías y de acuerdo con los cambios que la evolución sanitaria requiere. Seguramente que ha llegado el momento de recuperar el documento sobre las personas idóneas para disponer de la riqueza de posibilidades y de recursos humanos que nos ofrece el mismo. Con los años hemos avanzado en esta línea aunque los avances sean tímidos. Hoy la realidad nos exige saber aprovechar todos los recursos humanos a nuestro alcance para poder avanzar en el servicio pastoral y terapéutico que se nos pide.
- Somos conscientes de los cambios que ha experimentado el campo de la salud en el ámbito de los centros sanitarios. Hemos cubierto una primera etapa desde la aplicación del Acuerdo

Marco. Los nuevos desafíos nos piden iniciar una nueva etapa en la que hay que definir mejor los objetivos de los servicios religiosos católicos en una sociedad plural civil y religiosamente y con unos nuevos retos y debates en el campo asistencial.

- Somos conscientes que la mejora en capacidad, cualidad y presencia en el ámbito sanitario debe responder a nuestra voluntad de servicio junto al enfermo y su familia en los momentos donde se plantean grandes interrogantes y búsquedas para afrontar el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, acontecimientos significativos de la vida humana.

Objetivos específicos:

- Dar a conocer las realidades del mundo de la salud y de la enfermedad como espacio vital de su ministerio.
- Ofrecer instrumentos que ayuden a cada agente a formular una síntesis personal que le permita situarse como agente en el mundo de la salud.
- Capacitar a cada agente para que pueda situar, profundizar y mejorar su acción pastoral.
- Favorecer que cada agente descubra su espacio dentro del complejo marco institucional y su aportación específica.
- Ayudar a descubrir la amplitud de la pastoral de la salud y su contenido saludable y terapéutico.
- Enriquecer la dimensión eclesial y comunitaria de la pastoral de la salud.

Propuesta de Plan de estudios:

Requisitos para el curso específico

Presupone que la persona tiene una formación teológica de base y hay una disposición positiva

a trabajar en un servicio religioso de un hospital previa capacitación y posterior concesión de la idoneidad por parte del obispo diocesano.

Áreas de formación

Bíblica:

El sufrimiento, la enfermedad y la muerte en la historia de salvación.

Teológica:

Visión cristiana del hombre (Antropología)

Teología de la corporeidad

Teología de la salud

Teología pastoral de la salud

Pastoral:

Pastoral de la salud

Evangelización y sacramentos en pastoral de la salud

Relación pastoral de ayuda

Sociológica:

Sociología sanitaria

Histórica:

Historia de la acción de la Iglesia en el mundo de la salud

Psicológica:

Psicología de la salud y de la enfermedad

Espiritual:

Espiritualidad del agente de pastoral de la salud

Ética:

Ética de la vida y de la salud

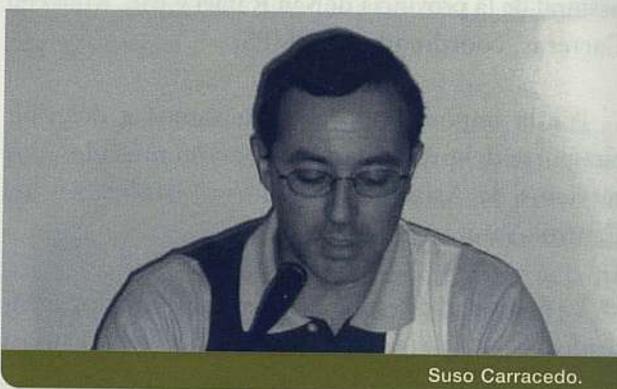
Práctica:

Curso de formación pastoral clínica

Se podrían incorporar algunos seminarios para ampliar algunos temas o para iniciar una formación permanente, necesaria para todos los que trabajan en el campo de la salud.

Actualmente estamos en la recta final del proyecto. Vamos a tratarlo en una reunión del SIPS para debatir, consensuar y ratificar el documento.

Una vez aprobado por parte de los Delegados diocesanos de Pastoral de la Salud se va a presentar a la Conferencia Episcopal Tarraconense para que emita su veredicto. Una vez aceptado y aprobado por los obispos de la Tarraconense empezará la cuenta atrás que nos permita poner en marcha la experiencia.



Suso Carracedo.

Formación profesional de la salud.

> Suso Carracedo

Director Secretariado Regional de Pastoral de la Salud. Santiago de Compostela.

Dividiríamos esta breve reflexión en dos apartados:

- Ortodoxia (teoría)
- Ortopraxis (práctica)

Ortodoxia.

El ministerio sacerdotal no es otro que el hacer presente en nuestras vidas a Cristo. Si -para El- el servicio preferencial fueron los pobres y enfermos ¿puede tener sentido (se puede entender) un sacerdote que no se acerque ni acompañe al enfermo?

Desde los evangelios (manantial de la vida pastoral y espiritual del pastor) pasando por el

Cristo Médico patrístico hasta los últimos documentos de la Iglesia, todos nos recuerdan y estimulan a ese servicio ineludible.

Pío XII, con su incesante interés y respuesta a todos los problemas que surgían en la medicina de su época, dice en la exhortación apostólica "Menti nostrae" (23-IX-1950): "Deseamos aquí ante todo recomendar que la cultura literaria y científica de los futuros sacerdotes sea por lo menos no inferior a la de los laicos".

Juan XXIII a la cabeza del Primer Sínodo Romano (1960) codifica la pastoral de los enfermos, en sus artículos 154 a 157 (tanto hospitalaria como parroquial).

En el Concilio Vaticano II, decreto "Presbyterorum ordinis" (sobre la formación sacerdotal) dice "el sacerdote debe tener una especial solicitud para con los enfermos, visitando y consolando en el Señor a los enfermos y moribundos" (P.O., 8).

Pablo VI recuerda a los misioneros (sacerdotes, religiosos/as y laicos) la prioridad -en la evangelización- de la solicitud para con los que sufren (exh. Apos. "Evangelii nuntiandi").

Y de **Juan Pablo II** ya conocemos, no sólo "Dolentium hominum", "Salvifici doloris" y tantos otros documentos referentes a esta prioridad pastoral en la vida del sacerdote, sino también su propia vida y ejemplo junto a los enfermos, y en los últimos años de su vida, su testimonio como enfermo y moribundo. Entre sus muchos escritos resaltaría este tan explícito del Angelus del 12-Agosto-1990 "El sacerdote es llamado a seguir el ejemplo de Cristo y a llevar a los enfermos toda la simpatía del Salvador... A diferencia de Cristo, no tiene el poder de curar a los enfermos, pero puede procurarles un alivio moral y espiritual que los sostendrá en la prueba y hasta podrá facilitar la cura".

El Congreso "Iglesia y Salud" (referencia base en Pastoral de la Salud para España) nos dice: "La pastoral de la salud ha sido, con frecuencia,

una pastoral secundaria que no ha recibido la debida atención. Empobrecida en sus objetivos, impulsada por cristianos de muy buena voluntad, pero privados a veces de formación y apoyos suficientes, infravalorada en el conjunto de las actividades pastorales" (...) "nos parece de gran importancia para la orientación pastoral de la diócesis introducir, en su debida medida, la pastoral de la salud en los planes de formación del seminario, los institutos de pastoral y la formación permanente del clero" (Congreso "Iglesia y Salud", pon. 3ª, pág. 152).

Y esto no sólo como documentos de reflexión, sino también de trabajo. Este pequeño libro titulado precisamente "Formación sacerdotal y pastoral sanitaria" formó parte de los documentos de trabajo que los obispos estudiaron y concretaron en el Sínodo de Obispos de 1990. Con la sugestiva e inquietante frase introductoria: "No conocemos plenamente a nuestro hermano si no conocemos su sufrimiento".

Ortopraxis.

¿Cómo se concretó todo esto? ¿Conocen plenamente nuestros seminaristas y sacerdotes jóvenes a sus hermanos sufrientes?

Salvo raras excepciones, y con la experiencia que vivo entre ellos como profesor de seminarios (Vigo, Santiago y Mondoñedo-Ferrol) así como cura joven, afirmaríame claramente NO. Nuestros futuros sacerdotes saben mucha teología, estudia muchos campos y cada día más específicos, pero aman poco, sienten y viven poco; como nuestros jóvenes, huyen del sufrimiento. Están suficientemente formados en su dimensión intelectual y pastoral, pero no en la afectivo-sentimental-vivencial. Parafraseando a Job diría que "le conocen de oídas, pero aún no le han visto sus ojos". Necesitan conocer al hermano que sufre, encontrarse con Dios en el enfermo, en las personas en crisis, con el hombre y la mujer de hoy; el real, no el aparente. Les veo desganados, sin

fuerza ni alegría (no sólo hacia la Pastoral de la Salud, sino en casi todos los órdenes de su vida). Les sorprende el ejemplo y testimonio de vida de aquellos que somos felices en nuestros ministerios y vida, sin embargo es difícil que les llegue adentro, no les cuestiona. Me recuerdan la escena típica del Telediario de mediodía cuando la familia come mientras te muestran las horribles imágenes de hambruna en cualquier lugar del mundo. Se sienten unos segundos de silencio respetuoso, pero en ese momento la vista nos vuelve al plato y aquí todo sigue igual; no me cuestiona.

Creo que la radiografía, el diagnóstico y el tratamiento a tal enfermedad lo expresaba alguien con una actualidad sorprendente: *“los obstáculos a la evangelización son la falta de fervor que se manifiesta en la fatiga y desilusión, en la acomodación al ambiente y en el desinterés, y sobre todo en la falta de alegría y de esperanza. (...) Conservemos la dulce y confortable alegría de evangelizar, incluso cuando hay que sembrar entre lágrimas. Hagámoslo -como esa multitud de admirables evangelizadores que se han sucedido a lo largo de la historia de la Iglesia- con un ímpetu interior que nadie ni nada sea capaz de extinguir. Y ojalá que el mundo actual pueda así recibir la Buena Nueva no a través de evangelizadores tristes y desalentados, sino a través de ministros del Evangelio, cuya vida irradia el fervor de quienes han recibido, ante todo en sí mismos, la alegría de Cristo”*. Estas palabras tan actuales han sido dichas cuando yo sólo contaba con 3 años de edad: **Pablo VI Evangelii nuntiandi**, 80 (8-XII-1975).

¿Qué hacer?

- No desanimarse. Predicar a tiempo y a destiempo.
- Sed personas alegres y esperanzadas, y transmitidlo a vuestros seminaristas.
- Los seminaristas no nacen aprendidos ni la imposi-

ción de manos nos hace eficaces ni sabios. Haced un camino de encuentro y crecimiento humano, espiritual y pastoral con ellos. Llenadlos con vuestra fe, con vuestra experiencia y con vuestra riqueza interior. Aunque no lo creáis, tenéis mucho que enseñarles.

- Aprovechad la mínima oportunidad que tengáis de invitación a los seminarios de vuestras diócesis para transmitirles vuestra labor y testimonio de vida. Conscientes de que *“el hombre contemporáneo escucha más a gusto a los que dan testimonio que a los que enseñan, o si escuchan a los que enseñan es porque dan testimonio”* (Pablo VI, Discurso a los miembros de ‘Consilium de Laicis’ 2-X-1974).
- Pedir a las Comisiones del Clero y de Seminarios de la Conferencia Episcopal Española que trate en profundidad el tema y ponga solución al problema de la salud física, psicológica y espiritual (de la fuerza del Espíritu) del clero español y de sus seminaristas.

Y con S. Pablo os digo: *“Estad siempre alegres, os lo repito, estad siempre alegres”* aun en el dolor y el sufrimiento.

Experiencias en el acompañamiento espiritual:



8.1

El acompañamiento a familiares y la formación.

> Cristina de Palacios

Delegada Diocesana Pastoral de la Salud. Mondoñedo-El Ferrol.

Cristina de Palacios expone lo que hace en su diócesis juntamente con su experiencia personal en el acompañamiento a las familias o personas cercanas a los enfermos y la formación que realiza el equipo de la delegación de su diócesis para este fin.

Diferencia tres acompañamientos diferentes según su punto de vista: acompañamiento en Parroquias, en Hospitales y en un CAMF (centro de asistencia a minusválidos físicos). La exposición termina comentando la formación que reciben y que realizan. ▶

Mi labor en Pastoral de la Salud empezó en mi parroquia como agente de pastoral de la salud, visitando a enfermos en sus casas, en aquel momento solamente acompañábamos al enfermo, no teníamos relación con la familia, más adelante me fui dando cuenta y pude ver claro que la familia también necesitaba nuestro tiempo de escucha.

Hoy como delegada junto con **Magdalena**, responsable de parroquias en el equipo de la delegación y perteneciendo también ella al grupo de su parroquia intentamos dar formación a los agentes de Pastoral de la Salud, para que las visitas a las casas no sean solo al enfermo sino que se amplíe la escucha a los familiares y personas cercanas.

El acercamiento a la familia se va haciendo poco a poco al mismo tiempo que visitamos al enfermo.

Nuestro acompañamiento es estar ahí para lo que nos necesiten

bien sea para escucharles o para orientarles, en algún tipo de ayuda para el cuidado del enfermo.

Si percibimos un cansancio en la familia por el cuidado del enfermo, les sugerimos que sería bueno que alguien viniera a ayudarles, si existen problemas económicos les decimos dónde pueden dirigirse para solicitar ayudas sociales para este cuidado. Hacerles ver que esta ayuda les proporciona un descanso y que disponer de un rato libre es imprescindible cuando la enfermedad es larga. Muchas familias al principio no quieren ni oír hablar de ese tiempo libre, las razones son muchas, pero hay que animarlas, para que lo hagan, ya que es muy necesario para la persona que está al cuidado de un enfermo que se cuide también ella, después cuando han entendido que es importante cuidarse están más relajadas y todo va mejor.

En otros casos es todo lo contrario, tenemos que intentar que sepa la familia que el enfermo necesita de su tiempo y de su cariño. Nuestra labor de escucha a la familia consiste, a veces, en escuchar lo que no se atreven a decir; en momentos de enfermedad larga afloran sentimientos que resultan difíciles de manejar. El enfermo a veces es egoísta debido a su enfermedad y el carácter empeora, y la familia se cansa, reaccionando en algunos momentos, podíamos decir que con cierta desgana y aparecen las culpabilidades.

Lo que necesitan en ese momento es un hombro en el que llorar y decir todo lo que sienten dentro, después se encuentran mejor, nosotras solo tenemos que escuchar, que ellas sientan que estamos a su lado y que de verdad les estamos escuchando sin prisas y lo que es muy importante que sientan que las entendemos y que por supuesto no las juzgamos.

El acompañamiento en el hospital.

En el HOSPITAL el acompañamiento a las familias es diferente que el que realizamos en sus casas, ya que aquí no se va conociendo a la familia poco a poco, aquí es de golpe, entras en una situación complicada de lleno sin conocerles ni a ellos, ni al enfermo y hay que saber reaccionar y estar tranquila.

Es importantísimo que el Servicio religioso del hospital nos considere a los agentes de pastoral una persona más del servicio religioso si se logra esto, se facilitan mucho las cosas.

En nuestra diócesis, con algunos capellanes, lo hemos logrado y ellos nos llaman cuando ven algún caso en que la familia nos necesita. Entonces me pongo en contacto con un pequeño grupo de agentes de Pastoral, del que también formo parte junto con **M^a Pilar**, que está también en el equipo de la delegación como subdelegada y

que tanto nosotras como las otras agentes de Pastoral de la salud nos hemos ido formando para realizar esta labor en el Hospital.

Nos encontramos con situaciones en que el enfermo tiene a su lado poca familia y los turnos para estar al lado del enfermo son largos. Otras veces la familia esta muy nerviosa debido a la situación que están viviendo y les es difícil pensar con claridad.

Si la estancia en el hospital se alarga están cansados moral y físicamente, nosotras nos ofrecemos a quedarnos un rato con el enfermo mientras ellos se van a su casa a descansar, a dar un paseo o a tomar un café.

Otras veces lo que necesitan es hablar con alguien que les escuche, contar las angustias que tienen, lo solos y desorientados que se encuentran, la tristeza que sienten; en los casos de muerte inminente, el miedo al momento de la muerte, a estar solos y no saber cómo van a soportarlo.

Nosotras intentamos que nos sientan cerca y lo que hacemos junto con un escuchar activo es estar un rato largo todos los días con ellos.

Si son creyentes, el capellán les atiende espiritualmente, nosotras les preguntamos si quieren rezar, si el enfermo está en condiciones de poder hacerlo, sugerimos hacerlo juntos, esto les suele ayudar, pues muchas veces la familia no se atreve a preguntar al enfermo si quiere rezar.

Si les apetece vamos a tomar un café con ellos a la cafetería o les traemos el café a la habitación. Intentamos enterarnos si su situación económica les permite comer y cenar caliente cuando el ingreso del familiar se alarga y procuramos solucionarlo en cada caso de la manera más delicada posible.

Otras veces les hacemos algún recado de la calle, o nos piden que hablemos con el médico, pues tienen dificultad para entender lo que les dicen y se ponen muy nerviosos y quieren que nosotras se lo expliquemos despacio.

**Procuramos estar
ahí de la manera que
ellos nos necesitan
intentando que se
sientan acompañados
y lo más tranquilos
posibles**

dentro de la situación en que se encuentran ya que si ellos están tranquilos, el enfermo también se sentirá más tranquilo y la situación mejora para todos.

Si todo sale bien y se van de alta a casa, el grupo de la parroquia al que pertenece con el que ya nos hemos puesto anteriormente en contacto, les sigue visitando si lo desean.

Si fallece, solemos ir al tanatorio y si son creyentes y quieren, rezamos con ellos, unos desean rezar un rosario, otros una oración corta.

En otros momentos simplemente estamos a su lado la mayoría de las veces en silencio, creemos que el silencio junto con el abrazo, acompañan en estos momentos a veces más que las palabras.

Posteriormente en algunos casos les seguimos un poco el proceso de su duelo, pero en este acompañamiento del duelo a los familiares, tenemos grupos de pastoral de la salud de parroquias y párrocos, grupos de pastoral de la salud de hospitales y capellanes, bajo mi punto de vista, todos juntos tenemos mucho que aprender y después ponerlo en practica.

El acompañamiento en el Centro Asistido para Minusválidos Físicos.

En el CAMF, centro asistido para minusválidos físicos, llevamos haciendo el acompañamiento unos 7 años. Nos costó que confiaran en nosotros tanto la dirección como el personal, pero ahora hemos conseguido una buena relación valorando todos el trabajo que realizamos allí. Formamos parte del grupo de acompañamiento M^a Pilar, la subdelegada, y yo coordinándolo.

Un día a la semana hablamos con la trabajadora social, trabajamos de forma organizada, en contacto también con el médico y la responsable de planta. Si necesitan nuestra ayuda en algún momento ya sea para algún residente o familiar, fuera de las actividades que realizamos normalmente en el centro, nos llaman al móvil que tiene la delegación y acudimos cualquiera de los voluntarios que formamos el grupo de acompañamiento en ese centro y vemos la manera de actuar conjuntamente.

Los que ingresan por accidente en el centro o ya ha transcurrido tiempo desde el accidente y tanto ellos como la familia no les ha quedado mas remedio que asimilar que la situación es esa y más o menos no va a variar, tomaron juntamente la decisión de ingresar en el centro.

Algunas familias tienen miedo de que no se adapten a vivir en el centro y se agobian un poco al principio, pero lo superan y no necesitan demasiado de nuestra escucha.

Las que si necesitan de nuestro acompañamiento son las familias de los que padecen enfermedades degenerativas, que duro es para ellas, ver cómo se deterioran sus seres queridos y qué reacciones tan distintas tienen, unos actúan como si no pasara nada y no tocan realidad hasta que no les queda más remedio y entonces se hunden, otros están tan agobiados que les es muy

difícil enfrentarse a la enfermedad de su familiar y necesitan ayuda, en ese momento es donde el grupo de voluntarios estamos a su lado.

A estas familias, que por diversos motivos no visitan muy a menudo y tardan meses en ver a los pacientes, o solo vienen en los múltiples ingresos que tienen pues siempre piensan que el enfermo puede morir y la dirección del centro se lo comunica a la familiares, aunque el medico y la trabajadora social les comentan y les preparen para afrontar el deterioro físico y/o psíquico de su familiar, cuando los ven se hunden.

Una voluntaria suele estar ya en el hospital con el enfermo, nosotras vemos la angustia de la familia al llegar al hospital, hay veces que la familia ha salido corriendo de la habitación porque no han podido soportar ver el deterioro físico o no se atreven a entrar. ¡Cómo lloran esas familias, qué inseguras y angustiadas se sienten!

Nuestra labor en ese momento es abrazarlas y transmitir lo mejor posible que los entendemos y que estamos allí para ayudarles,

no saben cómo acercarse a ellos. Con algunos familiares la relación se ha ido enfriando y no saben cómo romper el hielo. Algunos enfermos es difícil entenderlos por la dificultad que tienen al hablar, debido a su enfermedad o ya no pueden hablar, en el centro nos enseñaron al voluntariado cómo comunicarnos, por lo que intentamos que ellos vean como lo hacemos para que la familia también puedan comunicarse, esto les tranquiliza bastante.

Si el enfermo supera la crisis, la familia suele seguir en contacto con nosotras preguntando cómo les vemos a pesar de que el médico del centro se comunica con ellos siempre que es necesario,

hemos observado que al enfermo le gusta saber que hablamos con su familia.

En el caso de que en el enfermo fallezca, acompañamos a la familia en el tanatorio, pues al vivir de lejos de Ferrol, no conocen a mucha gente y están bastante solos.

En estos momentos muchos se desmoronan y afloran todos los remordimientos que tenían dentro, pensando que no se ocuparon demasiado del familiar.

Otros familiares que han estado cerca durante toda la enfermedad y que al voluntariado nos han enseñado mucho sobre lo que es un buen acompañamiento, están tristes pero como nos decía una madre al morir su hija que sentía una alegría rara pues estaba triste porque no volvería a ver a su hija, pero alegre porque su hija y ella habían dejado de sufrir.

En el seguimiento del duelo a la familia hacemos algo pero como he dicho anteriormente hay que mejorarlo bastante.

La formación.

El equipo de la DELEGACIÓN intentamos seguir formándonos así como facilitar la formación al voluntariado para realizar un buen acompañamiento haciendo lo siguiente:

Todos los años tenemos un curso de formación con el Centro de Humanización de los Religiosos Camilos, este año haremos el 7º curso y se hablará sobre el acompañamiento en la muerte y el duelo, en Ferrol, y cuidarse para cuidar, en Mondoñedo.

Todos los primeros miércoles de mes tenemos una charla de formación unas veces el tema es sanitario y otras religioso. Alguna vez vemos una película y luego hay un coloquio.

Tenemos anualmente una Jornada Diocesana, que solemos traer a un ponente que previamente alguien del equipo de la delegación le haya escuchado en alguna ponencia y piense que puede ser una buena formación para el voluntariado de nuestra diócesis y que esté dispuesto a desplazarse a Ferrol, que todos dicen que está muy lejos y no es fácil conseguir que vengan allí.

Asistimos al Cursillo Regional Gallego que se celebra todos los años con el tema que el Departamento Nacional de Pastoral de la Salud sugiere. Cada año lo hacemos en una de las 5 diócesis gallegas, este año será el 28 Cursillo regional Gallego y le corresponde a la Diócesis de Orense.

El equipo de la delegación asiste a la jornada de convivencia y formación para capellanes y delegados gallegos que organiza Suso Cariacedo el delegado regional gallego en Santiago, este año será la jornada el 30 de Enero del 2006.

Todo el equipo de la delegación intentamos estar al lado del voluntariado, acompañándoles en sus primeros pasos hasta que se sienten seguros y en lugar de exigir todas esas cualidades que dicen algunos que tiene que tener un agente de pastoral de la salud, nosotras les animamos a descubrirlas, como hicieron con nosotras, las tres voluntarias que estamos en el equipo de la delegación, que nos fuimos formando poco a poco y tuvimos aciertos y desaciertos pero siempre tuvimos a alguien cerca que creyó en nosotras y nos dió la mano para seguir caminando y supo transmitir esperanza y ánimo cuando lo hemos necesitado.

Ahora nos toca hacerlo a nosotras con las voluntarias nuevas intentando transmitir esperanza para que las cosas vayan saliendo bien y ánimo para superar los fracasos y los malos momentos.

Es muy importante sentirnos cerca todo el voluntariado y cuando aparecen los "bajones" o "malos momentos", tanto si es motivado por nuestra actividad en Pastoral de la Salud o por nuestra vida personal, sentir que estamos unidos

en una gran familia en la que todos necesitamos sentirnos acompañados, para después poder acompañar nosotros y algo muy importante,

**tenemos que saber
cuando nosotros
necesitamos ayuda
y aprender a pedirla,
y estar seguros de
encontrarla en esta
gran familia.**

Todo el voluntariado intentamos seguir formándonos para realizar un buen acompañamiento, tanto al enfermo como a las familias, teniendo presente a Dios en todo lo que hacemos, intentando que nuestro acompañamiento sea un servicio autentico a los demás siempre con respeto y pidiéndole a Dios que aumente cada día mas, nuestra capacidad de amar.

8.1

8.2

Necesidades Espirituales del ser humano.

> M^a Dolores Sánchez
Asociación Española contra el Cáncer. León.

La autora en su aportación expone brevemente las necesidades espirituales del enfermo para, a continuación, presentar cómo realiza el acompañamiento espiritual el Voluntariado de la Asociación Española contra el Cáncer. ▶

La Organización Mundial de la Salud afirma que lo *“espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales”*. No es lo mismo que “religiosos” aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso.

El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos y sociales. A menudo se percibe como vinculado con el significado y el propósito y para los que están cercanos al final de la vida, se asocia comúnmente con la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación de los valores.

Spek, en el Manual de Oxford de Cuidados Paliativos, describe la espiritualidad desde tres dimensiones: la capacidad de **trascender** lo material, la dimensión que tiene que ver con los fines y valores últimos, el significado existencial que cualquier ser humano busca especialmente cuando se acerca el final de su vida -porque antes ha estado muy ocupado en la lucha por sobrevivir, por conseguir otras realidades más cercanas, más terrenas o simplemente por disfrutar al máximo de lo que la vida le ofrece-.

Lo espiritual incluye lo religioso pero no lo agota, no son sinónimos, la espiritualidad es la capacidad absoluta humana de vincularse con valores, esta capacidad abre la capacidad de lo auto-trascendente.

El término religioso se refiere a la necesidad de poner en práctica la propia expresión natural de lo espiritual.

La muerte se percibe como intolerable cuando significa el fin de nuestra existencia individual, pero podemos aceptarla incluso reconciliarnos con ella si transcendemos al plano espiritual. Las personas no creyentes son capaces de aceptar su ciclo vital y aceptar su propia muerte, siempre que puedan prolongar su existencia a través de sus obras o de sus hijos.

La dimensión espiritual cruza transversalmente la experiencia del paciente en todos los ámbitos, físico, social, emocional.

Habitualmente se ha confundido, la espiritualidad con la religión, generándose un vacío ante las personas con necesidades espirituales no religiosas.

“Antropólogos e historiadores han probado desde hace tiempo que todas las culturas han creído y creen de modos muy diversos que la muerte es un proseguir y no un fin de esta aventura que es vivir”. Así pues podríamos enumerar las necesidades espirituales de un paciente, si además le añadimos el apellido de terminal nos encontramos en un momento de la vida del paciente en que las vivencias adquieren una enorme intensidad y cuyas características la convierten en el último periodo de crecimiento personal.

Las personas que cierran su ciclo vital deben ser miradas, no como un hombre enfermo en su lecho, sino como una persona en su medio ambiente familiar, con su trabajo, sus relaciones, sus amigos, sus alegrías y temores, sus esperanzas y miedos. Quizás así podamos comprender mejor lo que son sus necesidades espirituales.

Vamos a enumerarlas.

1ª. Ser reconocido como persona. La necesidad de ser reconocido como persona, se expresa en la necesidad de ser nombrado, de ser designado por algo más que el lugar de su tumor o su número de habitación. Ser reconocido como persona es también sentirse partícipe de las decisiones terapéuticas, porque participando tengo la sensación de controlar la situación y ser capaz de tener iniciativa a pesar de la enfermedad.

2ª. Releer la propia vida. La enfermedad grave provoca la urgencia de palabras verdaderas, es como una necesidad vital de que esa palabra sea recogida y escuchada. El paciente tiene la necesidad de hablar de su vida pasada de hacer un balance a la hora de cerrar su biografía de manera armoniosa y serena.

3ª. *La necesidad de encontrar sentido a la existencia y su devenir.* La cercanía de la muerte se presenta como la última crisis existencial del ser humano. Algunos la definen como una especie de renacer. Maslorr lo describía, desde el proyecto personal, como necesidad de autorrealización.

4ª. *La necesidad de perdonar y ser perdonado.* Esta necesidad se expresa en lo que llamamos "poner en orden sus asuntos". Arreglar cuestiones pendientes. A estas alturas de la enfermedad, nosotros no podremos curarle, pero si podremos cooperar en sanar la relación profunda consigo mismo, con los otros y con Dios.

5ª. *La necesidad de una continuidad.* La sensación de que alguien o algo tome el relevo de algo importante. Lo más frecuente será que el paciente intensifique su relación con el pasado, el presente y el futuro. Con el pasado será terminar proyectos inacabados, con el presente encontrar sentido al sufrimiento, crecer personal y espiritualmente a través de su enfermedad, con el futuro ser amado, no ser abandonado recorrer el camino lo mas confortablemente posible.

Acompañamiento espiritual al enfermo en el voluntariado de hospital.

Brevemente expuestas las necesidades espirituales del paciente vemos cómo realiza el acompañamiento espiritual el Voluntariado de la Asociación Española contra el Cáncer. Siempre bajo los criterios de nuestra Asociación y formando a los Voluntarios antes de iniciar la tarea.

En primer lugar el objetivo de nuestra tarea es el enfermo y la familia como un todo. Como dice el programa de estas jornadas, acompañar no es fácil.

**Acompañar quiere
decir acercarse al
otro acompañar
nuestro paso al del
otro, o sea ponerse
en su lugar.**

Aquí nos encontramos con el primer ejercicio de adaptación de nuestros Voluntarios, un ejercicio de empatía hacia la persona que queremos acompañar. En este primer momento a mi me gusta decir al enfermo y su familia "que no están solos"

En esta etapa de su vida en que la enfermedad les sitúa van a encontrar un equipo de profesionales de la medicina que van a luchar por su vida y también un equipo de personas que les van a atender en sus necesidades psicológicas, sociales, espirituales, religiosas, etc.

**Situados al lado
del enfermo hay un
segundo momento,
es el momento de la
escucha, una escucha
activa, atenta que
favorezca la expresión
de sentimientos.**

Nosotros los Voluntarios vamos a llevar a la habitación noticias de lo que pasa por ahí fuera del hospital, le vamos a dar referencias del mundo

exterior, del sol que hace o del frío, de qué día es, de noticias, entretenimientos, nos vamos a interesar por su descanso, su comida, le vamos a llevar el periódico.

Pretendemos que nuestra visita sea una bocanada de aire fresco, queremos iniciar un dialogo que nos permita descubrir cuáles son sus necesidades, sus deseos, sus sentimientos, qué le preocupa.

En nuestra relación con el enfermo vamos a intentar descubrir cuál es la llave que abre su corazón.

No siempre la vamos a encontrar, sin embargo siempre va a ser el paciente, quien elija a su confidente.

Es él quien

decide a quien
cuenta su vida.

No sabemos en función de qué lo hace, quizás de una sonrisa abierta, franca de un gesto, de una actitud del Voluntario, pero desde luego él elige a quien cuenta su historia personal y cuando lo hace, nosotros vamos a escuchar con el máximo respeto, con discreción y secreto profesional, y después de escuchar y conversar con el paciente **nunca, nunca** nos vamos a olvidar de interesarnos por el cuidador, vamos a preguntar a quien le acompaña, ¿cómo se encuentra, cómo lo lleva, cómo está?.

Cuando entras en una habitación y preguntas a la esposa de un paciente y ¿tú cómo estás?

Las respuestas inmediatas son:

- Las lagrimas rodando por las mejillas
- O una sonrisa de tristeza infinita
- Todas las preguntas y atenciones son para el paciente, a ella nunca la pregunta nadie nada a pesar de que está tragándose las lagrimas,

aguantando el tipo, tomando decisiones, con las piernas hinchadas, sin dormir y con todo el peso del mundo en sus espaldas.

Por estas razones y muchas más debemos tener siempre palabras de consuelo y de ánimo para los que cuidan y acompañan al enfermo.

La escucha... José Carlos Bermejo ha escrito:

Nadie nos dijo nunca que regalar escucha es un gesto de amor refinado, que la actitud de escucha es tan difícil como preciosa, tan preciosa que se puede convertir en un don. Dentro de la escucha, nos vamos a encontrar con una dificultad importante y frecuente en los enfermos de cáncer, la llamada conspiración del silencio.

El cáncer por desgracia

sigue siendo una
enfermedad de la que

es mejor no hablar
ni nombrar.

Las familias en la consulta le hacen gestos al médico por detrás para que no le diga al paciente lo que tiene. Sin embargo hoy día es muy difícil sustraerse a la realidad y cuando te llevan a una consulta, donde lees Radioterapia, o bien el médico te habla de un tratamiento llamado QT, con el que se te va a caer el pelo, todos sabemos de que estamos hablando.

Así nos encontramos en la sala de espera, con un paciente cabizbajo, pensativo, en silencio... su familia por temor a no saber qué hacer, qué decir también guarda silencio y entre ambos comienza a levantarse un muro que va a impedir, algo tan hermoso, tan útil, tan necesario en la lucha contra el cáncer, como es **la comunicación.**

- Al tiempo que va a privar al paciente:
- de tomar decisiones que afectan de manera importante a su vida.
- de tomar una actitud de lucha contra la enfermedad.
- de no poder arreglar asuntos pendientes...

Ante esta situación ¿qué hacemos nosotros?

- Intentar derribar ese muro para poder acercarnos al paciente y ayudarlo.
- Intentar favorecer el dialogo, hablando con las familias.
- Facilitar y favorecer la relación M - P no siempre buenas a veces difícil, e incluso hostil.
- Invitar a las familias a aparcas sus diferencias e incluso superarlas, ya que con frecuencia tienen conflictos que están ahí latentes y la enfermedad los hace aflorar.
- A mi me gusta decir a los familiares que este tiempo es un tiempo intenso, tiene otra duración, transcurre más lento, más profundo y merece la pena hablar y escuchar al corazón, y como dice **Ramón Bayés** *"La vida no importa su duración, merece vivirse tratando de apreciar la tenue hermosura que nos trae cada instante"*.

En el acompañamiento espiritual al enfermo hemos hablado de la **empatía** de la **escucha**, pero yo quisiera retomar, reivindicar la palabra CUIDAR, esto supone dedicación, tiempo, afecto, presencia, dar lo mejor de sí mismo cuando el otro más nos necesita, cuando la vida es más frágil.

CUIDAR es algo que hacen mucho y bien nuestros Voluntarios.

- Cuidar nuestra presencia, nuestro aspecto.
- Cuidar el ánimo del enfermo.

- Cuidar la conversación.
- Cuidar la esperanza, como dice Pilar Barreto ensanchar la esperanza.
- Cuidar al cuidador ¡muy importante!

Tenemos que pasar de la sociedad del bienestar, que ha demostrado hacer infelices a muchas personas a la **sociedad del cuidado**, de la preocupación por los que nos rodean.

Cuidar de nuestros seres queridos, es algo que nos va a dejar muy buen sabor en el corazón, cuando ya no están con nosotros. Cuando ya no podemos curar, siempre podemos cuidar, este principio forma parte de la filosofía y el fundamento de los Cuidados Paliativos.

Los Cuidados Paliativos no pretenden prolongar la vida sino llenar de contenido el momento presente, mejorando el grado de satisfacción del paciente y su entorno. Constituyen un referente para todos los que nos dedicamos a la tarea de acompañar.

Creo que el Voluntariado en el acompañamiento espiritual tiene un lugar.

Tiene capacidad para promover cambios, transformar la realidad.

Su presencia humana, su actitud de disponibilidad, escucha y tiempo libre para dedicárselo al otro aportan a la atención integral del paciente calidad y calidez y forman un nudo más dentro de la red que a modo de soporte pretendemos tejer en torno al enfermo y su familia.

Necesitamos personas que quieran hacer esta labor:

- Tolerantes con la diversidad, percibiéndola como una riqueza y no como una amenaza.
- Con capacidad para no huir y afrontar la angustia existencial y el desierto espiritual que en ocasiones inunda la situación de enfermedad.
- Dispuestos a trabajar en equipo.
- Testigos de la impotencia cuando a la pregunta que no tiene respuesta se le ofrece una presencia humana.
- Una persona sencilla, capaz de desvelar la pequeñez de las cosas grandes y la grandeza de las cosas pequeñas, en un momento como el de la enfermedad terminal, en el que se puede recuperar lo esencial.
- Testigo de la esperanza desde una dimensión trascendente de la vida.
- Y necesitamos sobretodo personas capaces de celebrar la vida lo sencillo, lo que nos trae cada día, como decíamos antes la tenue hermosura que nos trae cada instante. Celebrar la vida en medio de tanto sufrimiento y muerte.

8.2

8.3

El acompañamiento espiritual al enfermo mental.

> Mariano Galve Moreno
Sacerdote y Psicólogo clínico. Zaragoza.

Seguimos al P. Mariano Galve en una de sus jornadas de trabajo como capellán de un hospital psiquiátrico. A medida que va pasando el día, el P. Mariano nos desvela las claves para acompañar a este tipo de pacientes, los enfermos mentales, y a los profesionales que están al cuidado de ellos.

Para este capellán, el acompañamiento espiritual exige, por un lado, una exigencia de modestia y humildad; por otro, una exigencia de autenticidad, y por último, una exigencia interior de “estar vivos” y “alegres de vivir”. ▶

Tomando Juan la palabra dijo: Maestro, hemos visto a uno que expulsaba demonios en tu nombre, y se lo hemos impedido, porque no es de los nuestros. Pero Jesús le dijo: "No se lo impidáis, pues el que no está contra nosotros, está por vosotros"

Luc. 9, 49-50

1. El Necesario punto de partida.

1.1. Aspectos característicos de la enfermedad mental

La enfermedad mental no es la enfermedad de uno de sus órganos. Es un "mal-estar", un "mal-ser". Muy a menudo es, también, una enfermedad "de relación".

Los enfermos mentales son siempre hombres sufrientes; son, con mucha frecuencia, "semi-muertos" o "semi-vivos". De ahí que los enfermos mentales nos molesten porque ellos nos interpelan en nuestra propia finitud y vulnerabilidad.

1.2.- Aspectos peculiares del "lugar" donde viven

A diferencia de los Hospitales Generales, en donde el enfermo ocupa una cama de **modo provisional**, las camas del Hospital Psiquiátrico son ocupadas por enfermos que presentan un carácter más o menos definitivo y vitalicio en su modo de enfermar. La enfermedad, no es una modalidad pasajera, sino una **condición permanente del modo de ser**. En su interior ocurre que es normal de ser **anormal**; es lo corriente estar enfermo.

También, por eso, es corriente que yo, previamente, ya los haya juzgado, etiquetado y definido. Si esto ocurre, lo que pierdo, cuando entro en relación con ellos, son los modos individuales de asistencia.

2. Exigencia de una asistencia personal.

Si tenemos en cuenta lo compleja que es la experiencia religiosa como vivencia totalizante del ser humano, que sobre todo es una experiencia simbólica y emocional, comprenderemos lo arriesgada que es su expresión. Por fuerza, por el misterio que comprende, y por vehicular deseos humanos tan polimorfos, uno de nuestros clásicos en magisterio espiritual, Teresa de Ávila, ya advertía del peligro que supone entrar en la experiencia religiosa.

Jordi Font. Religión, psicopatología y salud mental

A la hora de plantearnos, en serio, una asistencia personal, que necesariamente conlleva la entrada en relación con el enfermo mental, debo de hacer, por adelantado, una profilaxis en mis modos equivocados y nocivos.

Son tres las exigencias que, a mi modo de ver, deben de ser atendidas antes de establecer una relación con el enfermo mental:

2.1. Una exigencia de modestia y de humildad

No debo esperar curaciones por el mero hecho de entrar en relación. Los intercambios no producen frutos espectaculares. Debemos contentarnos, con que nuestra presencia, sólo alcance para una ayuda para poder vivir, en muchas ocasiones sólo a sobre-vivir, que puede ser un tiempo, acaso unos años, antes de que todo se acabe, en ocasiones -y desgraciadamente- por un suicidio más o menos previsible o, en la mayoría de veces, por el embotamiento y embrutecimiento emocional... porque no hay otra salida.

El trabajo con los enfermos mentales es incluso peligroso. Con la mayor buena voluntad, podemos establecer una relación enfermiza, que tiene graves consecuencias tanto para el paciente como para nosotros mismos. El enfrentamiento, el cuerpo

a cuerpo con el enfermo, no permite actitudes que ingenuamente dimanarían de nuestro precepto de caridad: en este caso no podemos identificarnos empáticamente con ellos. Sus problemas son sus problemas. Mis problemas son mis problemas. Además, no somos ni super-hombres, ni ángeles, ni Jesucristo. No podemos cargar ni con el pecado del mundo, ni con la enfermedad mental, ni siquiera con el propio enfermo mental. Sólo podemos, y es lo que nos es permitido, tenderle una mano y caminar con él.

Una primera exigencia, que nos obliga a admitir los límites y nuestra propia impotencia.

2.2. Una exigencia de verdad y autenticidad

Los enfermos mentales tienen un “olfato” extraordinario. Saben discernir sobre la autenticidad entre nuestra relación y nuestra vida. Ellos nos obligan, con mucha frecuencia a descubrir nuestros comportamientos superficiales y las actitudes cómodamente convencionales.

A ellos no les interesa la interacción con un personaje sino que buscan, detrás de él, a la persona humana. Como los niños, el “loco” descubre nuestras trampas y manifiesta, con sencillez, aquellas cosas evidentes que nuestra cultura y adiestramiento han disfrazado. Lo mismo que de cara a la muerte, ¡se acabó la comedia humana! Los enfermos mentales exigen una interacción en la verdad de su vida y, por tanto, también en la verdad de la nuestra.

2.3. Una exigencia interior de “estar vivos” y de “apetencia y opción por la vida”.

En su dolorosa búsqueda de vida humana, los enfermos mentales reclaman y solicitan de nosotros que estemos -y seamos- plenamente vivos, alegres de vivir, contagiadores de vida.

Seguramente éste será el único contenido que podamos transmitirles como verdad evangélica: un modo de testimoniarles nuestra Fe en un Dios vivo, que da la vida y manda que vivamos.

3. Desarrollo práctico.

La religión y la fe del creyente son experiencias vitales basadas en la confianza en alguien que no es objetivable externamente. Entran en juego experiencias muy variadas y de sentido contrario. Por una parte puede haber tempranas y egocéntricas expresiones mágicas y, por otra, afectos de un amor maduro y totalizante como el místico. Se pone en juego la capacidad pulsional de búsqueda apasionada y conflictiva y, asimismo, se puede obtener la paz interna y profunda de la satisfacción espiritual. Por un lado la función simbólica religiosa da paso al crecimiento y a la creatividad y, por otro, supone la aceptación de una dependencia total y lucida de un Otro. Hay máxima libertad de conciencia en la búsqueda de la verdad personal y social -y por tanto capacidad de duda- y al mismo tiempo se tiene la firme convicción interna de la fe en alguien invisible, que es la raíz misma de la propia certeza en la creencia. He aquí, pues, la complejidad y la ambivalencia propias de la expresión de los deseos más profundos, como es el caso del deseo religioso.

Jordi Font. Religión, psicopatología y salud mental

Esta triple exigencia -sencillez, verdad y deseos de vivir- debo de mantenerlas actualizadas en esta mañana, 15 de julio, martes, del año 1986, decimoquinta semana del tiempo ordinario en nuestro calendario litúrgico, memoria de S. Buenaventura, obispo y doctor de la Iglesia.

3.1.- La Comunidad y los Sacramentos

He celebrado la Misa con los Hermanos, a las 7,15, y me ha llegado, como siempre, la Palabra de Dios. En Is. he aprendido “como el heredero de David, cercado en Jerusalén por el rey de Damasco” a no tener miedo: “¡Vigilancia y calma!. No temas, no te acobardes ante esos dos cabos de tizones humeantes”. Y, en el Evangelio, se ha solicitado de mí la conversión: “en aquel tiempo, se puso Jesús a recriminar a las ciudades donde había hecho casi todos sus milagros porque no se habían convertido”.

En el Sacramento he encontrado Mesa y Pan, muerte y vida, misterio y anuncio.

3.2.- La calle

Recorro siempre el mismo camino. Por la calle central que muy pocos saben se llama, curiosamente, Ntra. Sra. de los Dolores, me dirijo a la Unidad Psiquiátrica de Agudos. A la altura del Bar me sale al encuentro a José., enfermo crónico. Siempre me ha provocado angustia y hubiera preferido no me hubiera visto. José habla sin parar, y habla siempre. Me ha interpelado tantas veces que ya sé lo que me va a decir. Es un paciente que nadie escucha, porque -creo yo- él mismo no quiere ser escuchado, ni es capaz de escucharse a sí mismo. Debo de actuar mi espíritu y para no dar cabida al prejuicio. Me detengo a escuchar, por ver si, en su discurso, hay algo nuevo. Intento estar disponible para ver si el día de hoy lo puedo aislar como un día diferente del día de ayer.

Se excita hablando, grita y gesticula. Me señala sus tarjetas escritas, y reescritas, a bolígrafo. Son las mismas que me enseñó la semana pasada, hace un mes, el pasado año...Intento intercalar, en su discurso, mi propia palabra; pero esto le excita más. Es imposible el diálogo. Echo a andar, y él a mi lado... y, en el largo camino, voy pensando en mi incapacidad y mi pobreza. También pienso en que, tal vez, José haya establecido, en un rincón muy hondo, un embrión de diálogo conmigo.

3.3. El Pabellón de Ingresos

Tras los 16 años de capellán en este Hospital, conozco perfectamente este Pabellón: sus médicos, cuidadores y la mayoría de sus pacientes. Este conocimiento me capacita para ser sintónico con el Equipo. La sabiduría acumulada, mediante el roce y la experiencia, me convierten en un interlocutor hábil.

3.3.1.- Este Pabellón exige de mí, en primer lugar, un gran respeto

Aquí, lo más corriente es la angustia, la agresión y la prisa. La enfermedad mental no ha tenido

tiempo de remitir ni hacia una curación ni hacia una derivación defensiva de tipo crónico.

La enfermedad está activa, virulenta, agresiva. Por eso, siempre he mantenido una actitud respetuosa: respeto que nace del reconocimiento a la dificultad e ingratitud de su trabajo. Espero al jefe del Servicio que está arriba, en la Sección de Vigilancia. Lo espero porque he percibido el alboroto de todos ellos y supongo que habrán tenido que intervenir frente a una actuación destructora. En efecto, uno de los auxiliares me pone en conocimiento que Antonio ha prendido fuego a la almohada... Cuando entro en su Despacho puedo decirle: "tranquilo y respira hondo, porque te espera un largo día". Me cuenta lo inmediato, lo del intento de suicidio. Le hago notar la dificultad de su trabajo y le ofrezco la ayuda que como capellán sé que tengo: bendecir y gratificar su trabajo: "Sé que nadie os dice que hacéis las cosas bien. Me imagino que sólo recibís demandas angustiosas. Pues bien, déjame que sea yo el que os agradezca todo lo que estáis haciendo".

3.3.2.- Actitud de discreción y modestia

Este pabellón, y su Equipo, exigen de mí, en segundo lugar, una actitud de discreción y modestia: Debo reconocer que ellos saben más que yo sobre el enfermo mental. Durante toda la semana son ellos "los que toman a su cargo" a los enfermos concretos. Debo ser discreto y, aunque hubiera podido "asomar las narices" en el piso de arriba, en el lugar del intento de suicidio, de poco hubiera servido mi presencia. Al contrario, pienso que hubiera sido un estorbo más de cara al abordaje del paciente y de su "acting" de pirómano. Mi puesto está aquí, abajo, al lado de la alumna de prácticas, que espera como yo. Allí, mientras espero, puedo pensar en todo el mal que hacemos los capellanes por nuestra tendencia a ser inoportunos. Unas veces invadimos espacios ajenos y otras veces estamos ausentes. Pienso que somos productores de confusión ya que no sabemos establecer límites ni respetar distancias. Me vuelve a dar vueltas por la cabeza ese pensamiento persistente: en psiquiatría son muy importantes los conceptos

de distancia y los conceptos de dosis. Dosis y distancia, que tienen mucho que ver con la ayuda discreta.

3.3.3.- Colaborar con ellos

Por último, debo mantener, de cara a ellos, una actitud que implique la voluntad de colaborar con ellos. Creyentes, cumplidores o no, sé que su trabajo diario va en la misma línea del dinamismo que nos marca el Evangelio: hacer vivir, ayudar a vivir, cuidar -si no es posible curar- a los enfermos. Pienso: "Mi ministerio, ¿no va en la misma dirección?. Incluso aunque yo pueda ir un poco más lejos de cara al sentido de la vida en la que está enredado Dios, me parece esencial comenzar a respetar lo que ellos han descubierto sobre el "sentido" y el "servicio" del hombre. Sólo así, pienso yo, podré articular con ellos una relación sólida y transparente: relación en la que yo pueda aprender de ellos y, a la vez, se me permite ofrecer mi ayuda, en la medida en que la necesiten, les sea útil y la soliciten.

3.4. Los Pabellones de Crónicos

El médico de la Unidad de Agudos me ha abierto un espacio sobre el que trabajar. La paciente María, que ha quedado de nuevo embarazada, deberá ingresar, seguramente, en la Primera Unidad de los Pabellones de Crónicos. Es un Pabellón mixto, a medio camino entre enfermos agudos y crónicos. Son enfermos con verdaderos problemas de integración social, pero que todavía no están institucionalizados. Su estancia es más prolongada; incluso puede durar meses. Me encuentro, en el pasillo, con Carlos., un paciente joven, tremendamente autista, de muy difícil tratamiento. Parece que lleva una temporada contenido, viviendo en el Pabellón durante el día, marchando a dormir a su casa. El Equipo admite su ritmo de Hospital de Día y, por tanto, yo también debo de respetarlo. Incluso sé que vendrá el próximo domingo a Misa de 10,30, aunque ese día sólo haga eso de Hospital de Día. Vendrá a la hora de Misa y marchará a su casa. Me reconforta este comportamiento de un autista que toma la Misa como algo terapéutico. Respecto a este

paciente el tratamiento espiritual consiste en que no puedo invadirle, que debo quedarme a la puerta de su intimidad, por mucho que lo conozca a fondo por dentro, pues se me abrió con toda su amplitud e intensidad en una de sus crisis. Este conocimiento y el que tome la Misa del domingo como espacio terapéutico no me legitiman para traspasar los límites que él mantiene y que, en esta época, son muy estrictos. Sé perfectamente cuál es la medida de lo que él me permite ofrecerle y pasar más allá sería como arriesgarse a un rechazo masivo. El insight con él es muy simple. La conversación se limita a un: "Hola, Carlos, ¿cómo estás?". Y esto muy de pasada, sin esperar me conteste, ni mucho menos que me cuente su vida. Es un saludo sencillo que me permite no haber roto definitivamente el vínculo. Es como una inversión a largo plazo que puede -o no- servir algún día.

Con los Equipos de Crónicos mi actitud, añado dos nuevos elementos:

1º. Una actitud de atenta observación. Si en el Pabellón de Agudos las conductas suelen ser aparatosas y exageradamente evidentes, en el Pabellón de Crónicos, los síntomas y las conductas están como dormidos o enterrados. Como el camaleón, el paciente va perdiendo, con el tiempo, su pigmentación personal, y va adquiriendo el color gris de lo cotidiano y lo banal. Mi mirada no debe embrutecerse ni quedarse en esta elemental lectura de color. Yo sé que la vida late en el interior de cada paciente, y que esta vida ha sido, en todos ellos, una vida desgraciada. Sé que, como Carlos, la paciente Luisa, la paciente Isabel y el paciente Manuel tienen su peculiar biografía personal. De esa vida puedo hablar con cada uno de ellos, a veces; otras, me remiten a mis límites y se me escamotea, porque, pienso que incluso se escapa a cada uno de ellos.

2º. Actitud de animación: Debo, en segundo lugar, expresar al Equipo o a cualquiera de sus miembros, una actitud de animación. Médicos y cuidadores de este Pabellón están haciendo una tarea de chinos. Me explico. La enfermedad

mental, una vez instalada en una persona, lleva a cabo aquello de los “demonios de Gerasa” del Evangelio de Marcos. Si alguna vez fueron echados los demonios de la enfermedad, y fue barrida la casa, si regresan de nuevo, se instalan en ella con una pertinacia impresionante. Jesús, uno de los mejores psicólogos, ya lo dijo: “La suerte de esta persona viene a ser peor que antes”. Pues bien, si es difícil echar el demonio de la locura en sus primeras posesiones, es un “trabajo de chinos” echarlo cuando se ha acomodado, durante tiempo, en una persona. Por eso, el Equipo que trabaja en un Pabellón de Crónicos, a la corta o a la larga, experimenta el fenómeno del cansancio y su consiguiente apatía, que se puede expresar así: “He llegado al límite. Ya no puedo más. Tienen razón quienes decían que aquí no hay nada que hacer”. Este sentimiento entrecomillado casi nunca es expresado verbalmente, y a veces ni siquiera accede a la conciencia; sin embargo, está, con frecuencia, implícito, como verdad, en toda esa actitud pasiva de los que trabajan con este tipo de enfermos. Y, sin embargo, ¡qué peligroso es este momento de desesperación en el agotamiento y la sensación de inutilidad!. El Equipo, que ha perdido su tiempo, sus mejores ilusiones, hace la experiencia de que “no ha servido para nada”. Se puede establecer, entonces, el triunfo de las actitudes más evacuativas y descalificadoras; esas actitudes que son tan habituales de cara a la enfermedad mental. Está agotada la familia, exhaustos los recursos terapéuticos; incluso el mismo enfermo, con su actitud pasiva, viene a decirnos: “no se preocupen por mí. Ven, yo no tengo remedio”. Es el señorío de la enfermedad. El triunfo descarado de las instancias más mortales y agresivas. La enfermedad mental, como un virus resistente, encontrará pronto el ambiente propicio para su inexorable tarea destructiva. En este caso, si llego en el momento apropiado de la instalación de esa desesperación agotadora, puedo ser más útil al Equipo. Porque, como Capellán de Hospital Psiquiátrico, ya he hecho el duelo de las presencias omnipotentes. Sabiendo que es un campo estéril e improductivo, debo animar a los Equipos de

Crónicos a que sigan cavando, haciendo surcos, plantando, regando y...esperando. El fruto, grande o pequeño -casi siempre escaso- debe de ser registrado en las imprentas del sentido de la trascendencia, antes de ser almacenado en los graneros de nuestra memoria. Este registro hará cambiar el producto, pues sabemos que el Señor no descuida ni ignora la tarea paciente del siervo “que hace lo que tiene que hacer”.

3.4. Los Pabellones de Enfermería y de Ancianos

El enfermo mental, además de su enfermedad psíquica, también envejece, enferma somáticamente, y muere. Por eso, si el Servicio Religioso debe ser cuidadoso en la asistencia, debe de extremar este cuidado en estos Pabellones. La enfermedad mental bloquea la comunicación y la enfermedad somática, a ella sobreañadida, puede desinhibirla o bien agudizarla. Cuando un enfermo mental enferma somáticamente enfoca este nuevo hecho de modo peculiar. Confieso que siempre me han llamado la atención los fenómenos que este hecho desencadena. La vivencia del peligro de muerte, la experiencia de que la enfermedad es un peligro, incluso el mismo dolor no se manifiestan de la misma manera en el enfermo mental. Yo he visto cánceres de garganta, de pulmón y de intestino, que en cualquier persona normal conllevan un tremendo dolor, no necesitar en ellos recurrir a calmantes ni a analgésicos. Es, como si en ellos, las vías sensitivas por las que asciende el dolor y el gozo estuvieran bloqueadas. Este es un tema que merecería un largo y ponderado estudio. Yo confieso que me atrae y opino debería reflexionarse.

Con los enfermos y el Equipo de Enfermería mi actitud, además de las ya señaladas para Agudos y Crónicos, se enriquece en una triple vertiente:

1ª.- *Proporciono un nexo de conexión*

El enfermo somático proviene de otros Pabellones. El Equipo de Enfermería, además de atender a las necesidades corporales, debe de tener en cuenta la problemática mental y social. Estos enfermos suelen estar muy desligados de sus familiares y, a

raíz de su enfermedad orgánica, vuelven a conectar con ellos. Es un momento delicado porque se abren viejas heridas. Estar al lado del Equipo, recabar alguna información útil, poner en contacto al médico que conoce perfectamente la patología mental con los miembros de la asistencia somática, es una de las principales tareas pastorales.

2ª.- Cercanía corporal

Además, y en segundo lugar, la Enfermería es el lugar en donde se desarrolla la mayor cercanía corporal. Médicos, enfermeras y cuidadores deben de palpar, limpiar, drenar, alimentar, ayudar a evacuar, proporcionar medicación, controlar constantes, etc. Y, además, con enfermos mentales. En un Hospital General también se hace esto; pero, a excepción de las UCI, hay familiares. Con enfermos mentales, todo recae sobre el propio Equipo. Es este un aspecto que el Servicio Religioso debe gratificar a sus miembros y, sin sustituirlos, ayudar en lo que él pueda.

3ª.- Lugar cercano al desenlace y a la muerte

Por último, y en tercer lugar, la Enfermería es el lugar más cercano al desenlace y a la muerte. Un hacerse cargo, emocional de estos enfermos debe de contemplarse como algo común para una tarea Pastoral. Los Sacramentos de la Penitencia, Eucaristía y Unción deben de administrarse sin prisas, de modo comunitario y con una preparación adecuada del enfermo.

3.5. De nuevo la calle

Voy bajando hacia mi Despacho por el mismo camino, por la calle de Ntra. Sra. de los Dolores. Ya cerca de él, a la altura de la Farmacia, veo correr a un auxiliar de la Segunda Unidad de Deficientes. Corre deprisa y angustiada, e intuyo que algo grave está sucediendo.

Me dirijo a su Pabellón y me encuentro con un enfermo, Alfonso, tirado en el suelo y a todo el Equipo intentando sacarle la comida que se le ha deslizado por la tráquea. Estamos ante una aspiración. Son momentos desagradables para todos. Se intenta todo lo posible: bombas de aspiración, presión en

estómago, introducción de la mano... No reacciona y va adquiriendo el clásico color morado. Yo asisto al lado del Equipo, en silencio, sin estorbar.

El médico de guardia y el enfermero del pabellón sudan en la tarea. Pero ya no hay nada que hacer. La muerte llega a este pabellón como un visitante estúpido e inoportuno. El paciente sigue tendido en el suelo, y es el momento para que yo intervenga. Solicito permiso del Equipo, le signo la frente con la señal de la cruz, y le doy la absolución sacramental. Después, ya de pie, les propongo rezar una oración a todos los presentes. Rezamos juntos el Padrenuestro. Acompaño al Equipo hasta que el paciente está amortajado, y bajo con el médico de guardia a las Oficinas de Administración para empezar el papeleo. En Oficinas miramos su historia, que no puede ser más triste y desgraciada. Sólo tiene a su madre, ingresada también en el Hospital Psiquiátrico de al lado. En su protocolo de ingreso, en la casilla que corresponde a su profesión, dice que Alfonso era relojero. En realidad, vivía miserablemente en una chabola con su madre soltera.

3.6. Datos para el día siguiente

La historia clínica de A.O. y el acontecimiento de su muerte marcan, ya de antemano, mi recorrido pastoral de mañana.

3.6.1.- Debo acercarme a la Unidad Segunda de Deficientes, cuando haya pasado un día, e interesarme cómo está cada uno de los miembros del Equipo. Debo, además, agradecerles todo el esfuerzo hecho, y estar atento por si existe algún sentimiento de malestar o de culpa. Debo plantear el problema de lo que ha ocurrido y de por qué ha ocurrido. Pero también debo de estar dispuesto a no plantearlo mañana, si me encuentro con un Equipo deshecho.

3.6.2.- También pasaré al Hospital de al lado, para hablar con su madre y, dada la pobreza social y familiar, insistiré en mi hospital y en el de al lado para un acompañamiento digno y cariñoso en las exequias.

4. Trabajo, estudio y oración.

4.1. Trabajo

Ya es mediodía del martes, 15 de julio. Esta tarde va a ser una tarde dura. En mi programación tengo tres psicoterapias: un caso de neurósis celotípica, un pequeño brote esquizofrénico que he podido abortar sin ingreso y un concienzudo trabajo de reconstrucción de una personalidad esquizoide. Me llevará toda la tarde, pero será un trabajo que valdrá la pena.

4.2. Estudio

Durante largas horas me dedicaré a escuchar, como se debe escuchar en psiquiatría: con disponibilidad y poniendo, con agrado, toda la energía mental disponible. En la intimidad de mi Despacho podré ayudar, aprender y orientar. Los misterios más profundos del espíritu humano saldrán de nuevo a flote; los conflictos internos y las emociones contenidas podrán abrirse paso a través de la palabra. Y todo ello sin ninguna curiosidad por mi parte. Hace tiempo que los núcleos pulsionales profundos y esas zonas negras donde se agazapa el miedo, la vergüenza y el deseo, no tienen secretos para mí.

4.3. Oración

Mi oración siempre ha tenido una fuerte motivación en el sufrimiento humano. Me es fácil conectar todo lo vivido -en un día y en una hora concreta- con la Palabra de Dios. No tengo dificultad para que, naciendo del corazón, llegue a la garganta todos los gritos de hombres y mujeres que se dirigen a Dios.

En realidad, todo ese día del 15 de julio lo he vivido en la presencia de Dios. Lo encontré en la calle Ntra. Sra. de los Dolores en las tarjetas de José y me acompañó hasta el Pabellón de Agudos donde lo pude encontrar, de otra manera, en la larga espera y en el espeso silencio con la alumna de prácticas, mientras una vida humana se decidía

en una habitación de arriba. Me topé con Él, como si estuviera inaccesible y airado, en el muro de Carlos, el autista.

Siempre lo encuentro, discreto y paciente, en ese color gris del Pabellón de Crónicos donde los enfermos van perdiendo su rostro individual entre la monotonía, el humo y la desesperanza. Lo puedo sentir cuando, en la Enfermería, toco -si me lo permiten- la frente o sondeo los ojos huidizos o vacíos de enfermos mentales que ya están cansados de luchar y abandonan su cuerpo a los cuidados médicos.

Me es imprescindible contar con Él cuando la muerte -como visitante inoportuno y estúpido- siega la vida Alfonso, el relojero.

Ahora, en solitario -dejada fuera la prisa, los nervios y la angustia- puedo recoger en mi corazón y articular en mi boca ese vocabulario mínimo, pero intenso y constante, de la oración que es vivido -pronunciado o no- en todo hombre visitado por el sufrimiento: ¿Por qué? ¿Qué te hemos hecho? ¿Por qué guardas silencio?

Y en la oración, que es evocación y misterio, recuerdo a Mari Mar que el otro día se dirigía a mí con otra plegaria: "Padre, ¿cómo puedo dejar de ser mala?...Padre, ¿es que yo podré dejar de ser mala?". Detrás de esta pregunta yo veía abismos inmensos con horribles pesadillas. ¿Qué equivocación pasar al lado de estas preguntas sin detenerse en ellas y sopesarlas en toda la densidad del mal! Sé que, detrás de esa pregunta, está la vivencia horrible del mal, y que M^a del Mar se vive así: como mala. Sé, también, que sus preguntas no pueden ser despachadas por la tranquilizadora respuesta del tipo: "no es así, M^a del Mar.". Me está abriendo su intimidad y me está diciendo que existe, en ella, un poder que la tiene cautiva en la cualidad más abyecta de la malignidad. Me está pidiendo que contra ese poder debemos combatir el médico -hablé después con él, sobre ella-, su equipo, la paciente y yo. Decidí, Dios mío, rezar por ella y, cuando el domingo venga a tu Templo, la bendeciré y le comunicaré que, en tu

Nombre, está perdonada y que, por tanto, es buena. Y si la experiencia del mal persiste, trataré de ayudarla a ver en ella un intruso que se ha adueñado de su conciencia y le hace pensar cosas horribles. Si te parece bien, procuraré que el cariño del tu Pueblo -pecador y bueno- llegue a su corazón y sea capaz de evocar otros sentimientos más sanos e intentaré darle un sentido de pertenencia a ese mismo Pueblo, que no es malo, sino Santo.

En la oración de la tarde, busqué intercesores como Antonio que, antes de suicidarse, me dijo un día: cuando llegue allá arriba le preguntaré a Dios por que me hizo sufrir tanto.

Oración que -creo yo- además de intercesión y memoria es también celebración. Te doy gracias, Dios mío, por ese puñado de médicos y ayudantes que se atreven a estar en contacto con el mal, batallan contra él, a veces ganan, otras pierden pero siempre están en esa trinchera al lado de los buenos -al lado de la salud, el gozo y, sin saberlo muchas veces, al lado de Ti-.

8.3

Orientaciones:

Tema: El acompañamiento espiritual.

Lema: “... y caminó con ellos”

La Pastoral de la Salud procura “recorrer el camino del hombre en el cumplimiento de su misión” (RH 7, 14, 21), especialmente cuando en su vida hace la experiencia del sufrimiento (SalvD 3), de la enfermedad o de cualquier otro límite. Como pastoral de vida se sitúa siempre allí donde la vida se manifiesta frágil o amenazada y donde las personas sienten con mayor intensidad el deseo de vivir.

El tema para la Campaña de 2006 es “El acompañamiento espiritual al enfermo” con el lema: “... y caminó con ellos” (Lc. 34,15).

Creemos que es un tema de actualidad y de una gran trascendencia para seguir avanzando en la tarea de prestar una asistencia integral al enfermo en todas las dimensiones de su ser humano, y que, de alguna forma, han impulsado las Campañas celebradas desde 1985. ▶

1. El enfermo necesita y anhela ser dignamente acompañado.

La enfermedad, que afecta a la persona en su totalidad, suscita la experiencia de la propia limitación y fragilidad y marca y moldea siempre su vida, modifica su mundo relacional y lo convierte en un ser necesitado, biológica, psicológica, social y espiritualmente.

“Su situación reclama una atención integral para poder restablecerse o para asumir sanamente la enfermedad, para luchar contra la muerte o para poder aceptarla y vivirla con dignidad cuando llega”. (ARH. n. 8)

2. El ser humano está dotado de una dimensión espiritual que lo diferencia de los otros seres de la creación y lo abre a la trascendencia.

La dimensión espiritual y la dimensión religiosa, íntimamente relacionadas e incluyentes, no son necesariamente coincidentes entre sí. Son diferentes, pero siempre complementarias.

La dimensión espiritual es más vasta. Abarca, como elementos fundamentales, el mundo de los valores, la pregunta por el sentido último de las cosas, las opciones fundamentales de la vida y las experiencias.

Cuando los valores, las opciones fundamentales, las preguntas por el sentido, cristalizan en una

relación con Dios, dentro del grupo al que pertenece como creyente y en sintonía con modos concretos de expresar la fe y las relaciones, entonces hablamos de dimensión religiosa.

En la enfermedad, la dimensión espiritual cobra una particular relevancia y requiere una atención por todos y, en especial, por los agentes de pastoral.

3. La atención integral al enfermo incluye acompañarlo espiritualmente.

El mundo de la salud y de la enfermedad es ante todo y por encima de todo un espacio humano. En él vivimos acontecimientos importantes de la existencia y las experiencias más radicales y determinantes de la vida: deseo de vivir y de vivir en plenitud, la búsqueda de la salud y del bienestar, el “instinto” de solidaridad y de cercanía, de socorro y auxilio al débil, la fragilidad y vulnerabilidad...

Podemos definirlo como lugar de encuentro, por el que todos pasan y donde a todos les suceden cosas más o menos parecidas, donde es frecuente que se planteen los mismos interrogantes.

Es el camino que, con diferencias y semejanzas, recorremos todos los humanos.

Es también un lugar de alianza, de conjunción de esfuerzos y voluntades, dirigidos todos ellos al mismo fin y destinatario: el cuidado y la atención integral al enfermo.

En este espacio humano que favorece el encuentro y la alianza, fácilmente aflora la espiritualidad; por ello, es especialmente idóneo para el acompañamiento espiritual, como respuesta a sus necesidades básicas.

4. Acompañar al ser humano, misión de la Iglesia.

La Iglesia es llamada a recorrer el camino del hombre, especialmente cuando pasa por la experiencia del sufrimiento y de la enfermedad (Cfr. RH 7, 14, 21; Salv Dol 3). La Iglesia es sacramento de la presencia salvífica de Dios en la humanidad dolorida. Lo es de diferentes formas: mediante una presencia discreta, incluso de incógnito y hasta anónima, y sobre todo mediante una presencia explícita por parte de los que han sido y se sienten enviados por ella a ese mundo.

"El acompañamiento pastoral -como leemos en el Ritual de la Unción y de la Pastoral de Enfermos- comienza mucho antes de la situación de crisis, se desarrolla dentro de la misma y, en caso de salud recuperada, se prolonga tras la enfermedad" (nº 46, 55, 57)

5. Acompañar en clave evangelizadora.

El acompañamiento ha de realizarse en clave de evangelización, en un camino por tanto a recorrer, en un proceso con diferentes etapas, de anuncio y de celebración sacramental, y de acompañamiento (Cfr EN). Sentirse acompañado en la enfermedad en el nombre del Señor y de la comunidad cristiana constituye un alivio y una fuente de consuelo y salud global para la persona.

El acompañamiento evangelizador conoce al enfermo, le respeta y le atiende en todas sus necesidades, incluidas las espirituales. En este acompañamiento, la oración y, de forma especial, los sacramentos de la Eucaristía, del Perdón y de la Unción constituyen el momento culminante del camino de la fe, del encuentro con Dios en Cristo

misericordioso, a través de la mediación humana del acompañante espiritual.

La pastoral de la salud ha de potenciar hoy el acompañamiento evangelizador. Ha de hacer frente a dificultades y rutinas: una "pastoral" de mantenimiento más que de misión; las crisis por las que están pasando las capellanías, debido al debilitamiento de la presencia pastoral; la falta de personas preparadas -sacerdotes y laicos- para un acompañamiento cualificado; la progresiva complejidad de las estructuras sanitarias...

6. Acompañar de forma cualificada.

Acompañar en clave evangelizadora entraña una pedagogía necesitada siempre de aprendizaje, de actitudes de empatía, de escucha activa y respetuosa, de capacidad de compartir. No basta la buena voluntad. La teología pastoral o práctica nos facilita reflexiones y recursos que pueden cualificar el acompañamiento pastoral centrado en la persona.

El acompañamiento es un servicio de mediación a la persona que busca el sentido de su vida desde la coherencia interna, la interiorización de significados y las propuestas de futuro. Estos tres caminos pueden ser vividos desde una ética, común a todos, o desde unos valores religiosos, donde Dios es el Sentido.

Los agentes de Pastoral de la Salud estamos llamados por el Señor a hacer ese doble acompañamiento, como Jesús con los dos discípulos de Emaús: acompañarlos espiritualmente a dar sentido a los acontecimientos de sus vidas, para terminar culminando religiosamente (catequesis, celebración, misión, anuncio).

Objetivos de la Campaña

- Promover dentro de la Iglesia, especialmente entre quienes trabajan en el mundo de la salud y de la enfermedad, una reflexión sobre la pastoral del acompañamiento espiritual, que les ayude a descubrir el valor y las exigencias de una presencia evangelizadora, sensible al itinerario espiritual de los enfermos y de quienes sufren.
- Dar a conocer la importancia de la espiritualidad en la vida del ser humano y la obligación de prestarle atención
- Proporcionar elementos de reflexión y de aprendizaje de la relación pastoral de ayuda.
- Ayudar a detectar, secundar y responder a las necesidades espirituales de las personas, especialmente en la experiencia de la enfermedad, del deterioro y de la dependencia.
- Animar a las comunidades cristianas a multiplicar los signos de presencia de la Iglesia en el mundo de la salud y de la enfermedad.

Destinatarios de la Campaña

- Los enfermos y sus familias.
- Las instituciones sanitarias y sociosanitarias, especialmente las de la Iglesia.
- La jerarquía de la Iglesia, los Organismos de promoción y decisión pastoral y las Instituciones docentes de la Iglesia en el campo de la Pastoral.
- Los servicios de asistencia religiosa de los hospitales.
- Las comunidades cristianas y equipos de pastoral de la salud.
- Las congregaciones religiosas sanitarias.
- Las congregaciones de vida contemplativa.
- Los Profesionales de la Salud
- Las instituciones sanitarias y sociosanitarias.
- La sociedad en general.

Materiales de la Campaña

- Cartel
- Estampa/oración.

- Mensaje de los Obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral.
- Temas de Formación.
- Guión de la Liturgia del Día.
- Número monográfico de Labor Hospitalaria.

Actividades para el desarrollo de la Campaña

En el ámbito nacional:

- Dedicar al tema las XXX Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud (Septiembre 2005)
- Abordar el tema en las Jornadas o Encuentros que organizan las Comisiones del Departamento:
 - Jornadas de formación de capellanes y agentes de pastoral.
 - Jornadas de pastoral de la salud en las parroquias.
 - Jornadas de pastoral de la salud mental.
 - Encuentro Nacional de Responsables Diocesanos de PROSAC.
- Difundir el tema en los medios de comunicación social de ámbito estatal (prensa, radio y televisión).
- Evaluar al final la marcha y los resultados de la campaña.
 - En el ámbito Diocesano e Interdiocesano
- Elaborar el "Proyecto concreto de la Campaña en la diócesis".
- Implicar en el desarrollo de la Campaña a todos los Sectores de la Delegación.
- Interesar a las comunidades cristianas de la diócesis, empezando por sus pastores, e implicar a todos en las actividades de la Campaña.
- Motivar sobre la importancia y los objetivos de la campaña a los Servicios de Asistencia Religiosa de los hospitales y a las comunidades parroquiales y ofrecerles sugerencias prácticas sobre actividades para desarrollarla en su medio.
- Dedicar al tema las Jornadas Diocesanas (e Interdiocesanas) de Pastoral de la Salud.
- Dedicar al tema las Jornadas Regionales de PROSAC
- Organizar un encuentro de oración.
- Difundir el tema en los medios de comunicación social de ámbito diocesano (prensa, radio y televisión).

www.sanjuandedios.net

