



## 06/El acompañamiento pastoral

**Consuelo Santamaría,**  
Profesora.  
Centro de Humanización de la Salud.  
Tres Cantos (Madrid)

Para poder hablar del acompañamiento pastoral hay que partir del significado mismo de la denominación “pastoral de la salud” tan acertadamente designada, ya que el objetivo de dicho acompañamiento es procurar la salud en la enfermedad, no sólo en el enfermo, sino en la familia y en el mismo agente de pastoral.

De no ser así hablaríamos de la “pastoral de la enfermedad”. Sentirse y ser agente de pastoral implica entender y asumir que la enfermedad es un estado, mientras que la salud es una disposición, una condición, una conformación y configuración personal.

Por ello se puede decir que la salud es total, holística, integral y la enfermedad es parcial.

*Palabras clave: Pastoral de la salud, Acompañar, Familia, Salvación.*

In order to be able to speak of pastoral accompaniment it is necessary to begin with the correct meaning of Health Pastoral, since the objective of such accompaniment is to seek health in the illness, not only of the sick person, but of the family and the pastoral agent.

Otherwise, we would speak of the “disease pastoral”. Feeling and being a pastoral agent imply understanding and assuming that illness is a state, while health is a disposition, a condition, a personal structure and configuration.

Therefore, we can say health is total, holistic, comprehensive, and disease is partial.

*Key words: Health Pastoral, accompanying, family, salvation*

El acompañamiento pastoral tiene una triple justificación:

- En primer lugar una **justificación teológica**, porque hablar de salud es hablar de salvación. Salud y salvación tienen la misma raíz etimológica. Ambas vienen del latín *salus*, que significa plenitud, realización, totalidad, incluyendo los conceptos de integridad y entereza. La vocación del hombre, enfermo o no, es alcanzar una existencia plena y la existencia plena conecta de manera inequívoca con la salvación, que desde el plano teológico es el acto por el que Dios sale al encuentro del hombre, sea cual sea su estado físico.

Por ello, la salud que ofrece Jesús es la salvación, la cual va dirigida a todo hombre para liberarle. Dentro de esta justificación teológica no podemos olvidar el matiz que San Pablo presenta en su carta a los Corintios:

“Si un miembro sufre, todos los demás sufren con él” (1Co. 12,26).

Si una familia sufre, todos sufrimos con ella y si siente la plenitud, la existencia plena, todos la alcanzamos en una buena medida. No podemos negar el valor teológico de la salud-salvación, lo cual va más allá de la curación tal y como la entendemos hoy día.

- En segundo lugar una **justificación evangélica**,

ya que la atención a los enfermos es la evangelización misma,

“Curad a los enfermos, resucitad a los muertos, limpiad a los leprosos, expulsad a los demonios; gratis lo recibisteis, dadlo gratis” (Mt 10, 8).

La salvación es ofrecida por Jesús como acción sanadora. El acompañamiento pastoral no es un derivado de la evangelización, es la evangelización propiamente dicha, luego la acción terapéutica de la pastoral de la salud tiene su raíz en el mensaje evangélico y tomar conciencia de esto es vivir con conciencia de curar y ser curados, es generar salud.

Jesús pasó haciendo el bien y curando a los oprimidos (Hc 10, 38) porque se conmueve ante el dolor,

“Y al ver las multitudes, tuvo compasión de ellas; porque estaban desamparadas y dispersas como ovejas que no tienen pastor.” (Mt, 9, 36)

y más adelante hace referencia a la compasión y la sanación:

“Y saliendo Jesús, vio una gran multitud, y tuvo compasión de ellos, y sanó a los que de ellos estaban enfermos” (Mt, 14, 14).

El sufrimiento es vencido por el amor y el amor es salvífico, es sanador. El acompañamiento pastoral ha de ir en esta línea, salir al encuentro del que sufre desde la compasión, no pasar de largo, ser sensible al dolor de las familias y

compartirlo, comprendiendo cada situación, reconfortando e infundiendo consuelo y sobre todo **esperanza**... palabra clave para entender la sanación.

- En tercer lugar una **justificación ética** que va más allá del criterio nosológico, es decir, de la explicación puramente patológica, estadística, científica y sociocultural, puesto que la dimensión ética de la salud se centra en el deber de curar y curarse. La salud es un valor y en consecuencia está dentro de la ética de los valores. Implica un **derecho**, el de ser agente y paciente de la salud-salvación y presupone un **deber**, el de procurar la salud-salvación propia y de los demás.

En el “Diccionario de Pastoral de la Salud y Bioética” dirigido por Alvarez, F. y Bermejo, J.C. (2009) muchos de los autores que desarrollan diversas materias hablan de nuevos caminos de la salud, diferenciando la “medicina de las necesidades” cuya respuesta está dentro de la prevención-diagnóstico-asistencia-tratamiento-rehabilitación, de la “**medicina de los deseos**” que entra en el terreno de la aspiración para alcanzar el bien-estar y de la “medicina de la salud plena” que es la salud que salva, es la salud-salvación, es la salud de la esperanza.

Otra palabra clave es la de “acompañar”, hacer **compañía**, que viene del latín *companĭa* y ésta de *cum-panis*, “con pan”. Acompañar es gustar del pan con otros, participar en la mesa del dolor, en la mesa de las emociones, del equilibrio, de la aceptación, del miedo, teniendo muy claro que para recorrer el camino del sufrimiento del enfermo y de la familia para entrar en ese lugar sagrado, hay que entrar descalzos, como Dios mandó a Moisés, porque el santuario de la enfermedad es un lugar sagrado al que se debe acceder de puntillas para poder acompañar y gustar de ese pan.

Descalzarse de juicios, de imposiciones, de manipulaciones, descalzos de decir lo que la familia debe hacer con relación al enfermo, descalzos de moralizar, descalzos de preguntas,

descalzos de frases hechas que lejos de consolar provocan rabia y desconfianza. Entrar descalzos como signo de humildad y de posicionamiento ante lo sagrado.

El agente de pastoral, por lo tanto, en su acompañamiento entra descalzo en el santuario del dolor como signo de respeto, pero también como signo de **tocar tierra**, es decir, de humildad, porque ha de ubicarse, situarse y manifestarse con humildad ante lo sagrado. Descalzarse es signo y símbolo de adoración y sumisión ante lo sagrado.

Si junto a este “acompañar descalzo” el agente de pastoral se reviste de **empatía**, actitud que implica movimiento, abandonar la perspectiva propia, para poder entender la perspectiva del otro, para comprender y acoger el mundo emotivo del enfermo y la familia, con el objetivo de comprender y transmitir comprensión, si se reviste de **aceptación incondicional** actitud que implica la disciplina de no permitirse juicios moralizantes con relación al otro, lo cual comporta la mirada confiada hacia el que sufre y su familia, dirigiendo siempre una mirada positiva hacia el otro, confiando en sus posibilidades y recursos para afrontar la enfermedad y si se reviste de **autenticidad**, esa coherencia entre lo que el agente de pastoral piensa, siente, dice y hace, liberándose de máscaras y en armonía entre lo que vive interiormente y lo que expresa de manera externa, entonces, solo entonces tendremos las bases para generar comunión (unión con) y solo desde la comunión se podrá generar salud integral, salud holística. En definitiva, sólo desde la humildad y las tres actitudes básicas de la relación de ayuda se puede generar salud en el acompañamiento.

En el proceso de enfermedad, en este gustar el pan de la mesa del dolor, no podemos olvidar que la familia es el principal núcleo de apoyo al enfermo. En el acompañamiento hay que estar muy atento a la forma en que se da ese apoyo. Como muy bien sabemos la respuesta de la familia depende del tipo de enfermedad, de quién sea el enfermo (marido, esposa, hijos...),

del contexto externo, de los recursos personales del enfermo y por supuesto de las lecturas que el enfermo y la familia hagan de la propia enfermedad.

Por ejemplo, si unos padres ven la enfermedad del hijo como un “castigo”, porque el hijo ha abusado de sustancias, las respuestas de la familia podrían ir dirigidas a “te lo has buscado, asume las consecuencias”. El acompañamiento pastoral al percibir esta lectura deberá dirigirse a trabajar la compasión con la familia y con el propio enfermo.

Si la familia considera la enfermedad como una “prueba”, la respuesta podría ir encaminada a la aceptación resignada en la que el enfermo se sienta a contemplar su propio dolor esperando que Dios actúe. En esa espera pasiva, la persona no asume su propia responsabilidad para afrontar su enfermedad. En este supuesto el acompañamiento debería dirigirse a la aceptación como proceso activo.

Si la familia es catastrofista y fatalista, podría convertir al enfermo en una “víctima”. En este caso el acompañamiento debería dirigirse a trabajar la responsabilidad de todos.

Así podríamos ir analizando todos los tipos de familia, sus respuestas, sus estilos de afrontamiento para poder entender las diferentes demostraciones y estilos de apoyo y en consecuencia determinar los diferentes objetivos del acompañamiento pastoral.

Es necesario tener muy claro que no hay un patrón de acompañamiento; lo que sí hay y debe haber es una adaptabilidad a cada tipo de familia para poder moverse con esa cautela, respeto y prudencia característica del que se descalza para entrar en los diferentes espacios sagrados, cada uno peculiar y único para que abandonando las interpretaciones subjetivas se pueda ser realmente testigos de la esperanza.

Al no haber un patrón predefinido del mismo, el arte de adaptarse al momento que vive la familia

y el enfermo, a sus recursos, a sus necesidades, a las lecturas que el enfermo y la propia familia hacen de la enfermedad, sin forzar la marcha, es la garantía de un buen acompañamiento.

Desde la consideración sagrada al enfermo y su familia, el agente de pastoral puede ayudarles a comprender el impacto de la enfermedad en cada uno de sus componentes, a analizar con ellos las consecuencias del sufrimiento en las relaciones personales, familiares y sociales y a verbalizar el conflicto entre las expectativas y la realidad, así como la pérdida o no de esa confianza originaria en el Dios de la vida y, sobre todo, la ayuda ha de ir encaminada a facilitar la aceptación, único camino para generar salud.

No podemos obviar que salud es capacidad de aceptación, es integrar la propia muerte, es vivir el momento con pasión, es la actitud humilde del que se sabe vulnerable y frágil, débil y pequeño y actúa en consecuencia.

Por ello la salud es una disciplina, no solo a los tratamientos farmacológicos y diagnósticos, sino en la tarea de cuidar las actitudes “sanas” ante la enfermedad para superar todas las actitudes “enfermas” que tenemos ante la salud, tales como la autosuficiencia, la arrogancia, el desprecio, la falta de humildad, entre otras.

Es fundamental en el acompañamiento contribuir a que la familia y el enfermo entiendan que la salud es el arte de ser persona en la felicidad y en el dolor, en la vida y en la muerte. Hacer esto es acompañar facilitando la reflexión y el cuestionamiento por el propio sentido de sus vidas y con ello el agente de pastoral pasa a ser un promotor de esperanza.

Es muy frecuente ver en nosotros mismos y en los demás que cuando gozamos de salud física tenemos demasiada confianza en nosotros mismos, lo que anteriormente llamábamos actitudes “enfermas” ante la salud, tal como un exceso de confianza en nuestras fuerzas, donde casi sin darnos cuenta nuestro ego se infla más y más, nuestra autoestima se desajusta por exceso,

Es fundamental en el acompañamiento contribuir a que la familia y el enfermo entiendan que la salud es el arte de ser persona en la felicidad en el dolor, en la vida y en la muerte

confiamos demasiado en nosotros mismos, pero cuando llega la enfermedad grave, el enfermo siente como un tsunami que arrasa con esa confianza, fuerza o autoestima arrogante.

En ese tsunami la enfermedad y el sufrimiento desencadenan crisis de confianza. El agente de pastoral ha de estar muy atento a esto para acompañar desde la salud. En esta situación de riesgos y peligros para la vida, la persona y la familia cifran toda la confianza en el médico y en las fuerzas personales. El acompañamiento eficiente, moviéndose desde el respeto más sagrado a las creencias y procesos personales de cada familia, determinará el momento oportuno para ayudar a que cambien el escenario de confianza.

Confiar en el potencial de cada persona, y más confiar en el médico es maravilloso y necesario, confiar en sus recursos, en sus fuerzas está muy bien, pero hay un momento en la vida que hay que desplazar esa confianza personal en uno mismo o en los demás a las manos de un Dios creador que nos ama. Poner la enfermedad en manos de Dios no es sinónimo de inactividad, sino todo lo contrario, es sinónimo de aceptación de la vulnerabilidad. No podemos olvidar que:

“Lo que no es asumido no es curado”.

En el acompañamiento a las familias es fundamental vivir la Presencia en su sentido más profundo, lo cual implica llegar a la familia con mirada limpia, para poder ver en la unidad familiar a “Alguien”.

Si miro a la familia del enfermo con mis ojos varados en un cuerpo sano mi mirada puede nublarse por mi propia suficiencia o incompreensión, si mi mirada tiene la limpieza del que se sabe necesitado de sanación-salvación entonces se produce el encuentro con la Presencia en el que sufre y se expresa como un manantial de ternura tan potente que es capaz de sanar.

Por todo esto, la razón de ser del acompañamiento pastoral es la **Esperanza y la Trascendencia**.

La sola presencia del agente de pastoral es ya un certificado de esperanza. Porque donde muchas personas ven ocaso, debemos y se puede ver auge espiritual, donde algunos ven terminalidad, podemos ver comienzo de sentido, donde la enfermedad hace que se vea una concatenación progresiva de crisis, podemos ver oportunidades, donde muchos ven ausencia, podemos ver presencia esperanzadora, donde las familias ven impotencia, nosotros podemos ver fortaleza, donde muchos ven duda, nosotros podemos ver certezas, donde algunos ven solo muerte, nosotros podemos ver Vida y un larga lista referencias de supuestos evidentes que ya son en sí mismo razones para la esperanza.

El acompañamiento pastoral se torna esperanza cuando el agente escucha a la familia sin juzgar, condición fundamental de la aceptación incondicional, cuando da su opinión y expone sus criterios sin aconsejar, cuando despierta intimidad y da seguridad a enfermos y familias sin exigir ni imponer, colaborando, ayudando y acompañando sin decidir por ellos, cuando atiende y cuida reflexivamente sin menospreciar, anular, invalidar o inutilizar a los demás, cuando mira con limpieza sin proyectar en el enfermo sus propias heridas y miserias, abraza y contiene sin oprimir, fortalece y estimula sin empujar a nada, sostiene y mantiene a la familia en los momentos difíciles sin adueñarse de ella, protege y apoya sin mentir, se acerca de puntillas sin invadir y cuando se entrega sin condiciones porque sabe que el enfermo y su familia son lugar sagrado.

La esperanza se vitaliza desde la gratitud. Sin gratitud no hay esperanza. La espera es el denominador común de la familia del enfermo, y ha de estar cimentada en una entereza íntegra y tranquila, una honradez leal y fraterna, una serenidad firme y responsable, un valor resolutivo y sensato, un miedo ajustado y compartido y sobre todo, como signo de esperanza, ha de

estar cimentado en la fe en ellos mismos, en las posibilidades de resistencia y la fe en todos los que están unidos con ellos para no dejarles desfallecer. Esto es lo fundamental de la esperanza. El hombre, al entrar en relación con los demás recibe por ósmosis la energía, la fe y la resistencia que él solo no podría tener. Esta certeza confiere confianza y seguridad al agente de pastoral ya que desde esta certidumbre, en el acompañamiento **no confía en sus fuerzas sino en las fuerzas de todos los que le rodean.**

Esperanza que no es ni mero deseo, ni optimismo ingenuo o superficial, ni simple vitalidad biológica, porque cuando hablamos del valor sanante de la esperanza, o de la esperanza como fuente de salud, nos situamos en una perspectiva holística, integral, universal, solidaria, de modo que el concepto de salud es considerado en estrecha relación con el de vida, libertad-liberación, paz, equilibrio, armonía, salvación, sanación...

La esperanza, finalmente, es opuesta a una actitud de resignación pasiva y conformista en la vivencia de la enfermedad. Quien se resigna no camina, no avanza. La resignación es aceptar como irremediables e insalvables determinados estados o realidades molestas o perjudiciales, generalmente después de haber intentado y luchado por superarlas y no haberlo conseguido. Entonces viene la desilusión, la decepción, el desencanto, la desesperanza.

La esperanza es terapéutica si impide la resignación pasiva, la cual puede llevar al dolorismo, a dejarse llevar o a **“tirar la toalla”**. La resignación pasiva es la apropiación y la confiscación personal del propio fracaso bañado de desilusión, amargura, frustración y despecho. Esto está muy lejos de la aceptación, que es un proceso activo, donde el enfermo y la familia incorporan, acogen y admiten la realidad de la enfermedad en su escenario personal, familiar y social. Es un acuerdo, un trato, un convenio con la realidad para asumirla de forma activa y positiva considerando la dolencia como una ocasión para reordenar la propia vida.

La esperanza no es hermana de la seguridad, sino de la confianza. **Santo Tomás** decía de manera contundente que:

“La seguridad no pertenece a la esperanza”.

Por ello la esperanza conlleva también inseguridad, ya que la confianza y la inseguridad se articulan de modo armónico en quien espera.

En un sentido radical, esta dimensión de la esperanza, se convierte en abandono. No se trata de un abandono indiferente, frío o pasivo, sino que supone confiar activamente en Alguien, sabiendo que en lo que está de nuestra mano, nunca se llega a cumplir lo deseado de una manera total.

La esperanza, no cambia el diagnóstico, pero ayuda a aceptarlo y en algunos casos a superarlo y a seguir viviendo. Es verdad que hablar de la esperanza cuando el agente goza de salud y el enfermo está en procesos terminales no es fácil. La dificultad aumenta cuando se habla de esperanzas irreales e inalcanzables, por ello ser agente de pastoral de la esperanza es un desafío, un reto, es una decisión, es una elección que se concretiza cuando se facilita la verdadera esperanza. Desde aquí la ayuda se puede convertir en una búsqueda en la que cada familia puede asumir el rol de explorador de sus propias vidas y constructor de sus propios sentidos.

**Herbert Plügge** médico alemán del siglo pasado, hizo un estudio en la Clínica Universitaria de Heidelberg, sobre dos tipos de enfermos, los enfermos cuya esperanza se derrumbaba por ser enfermos incurables y los enfermos suicidas, es decir, aquellos enfermos que habían intentado suicidarse pero por alguna circunstancia el suicidio no se consumó, con el fin de ver su posición de conciencia con relación a la esperanza. Observó que en estos enfermos se daba lo

que él llamaba una **“esperanza diferente”**, una **“esperanza verdadera”** y **“fundamental”**.

Plügge habla de la esperanza en singular, mientras que lo común en el ser humano es tener muchas esperanzas (esperar sacar las oposiciones, tener la esperanza de que mi hijo se cure, esperar con todas las fuerzas conseguir un trabajo...). Es decir, tener esperanzas en plural.

Pues bien todas estas esperanzas desaparecen con la enfermedad y más con la enfermedad grave. Plügge dice que la enfermedad grave destruye todas estas esperanzas cotidianas que dinamizan nuestra vida y cuando todas ellas desaparecen por la enfermedad, se da paso a la **“esperanza fundamental”**.

Por ello, en su investigación Plügge dice que cuando todas las esperanzas comunes e ilusorias del hombre son destruidas por el sufrimiento, de una forma muy misteriosa aparece otra esperanza, la que él llama esperanza **“fundamental”**, con la particularidad de que es experimentada del modo más convincente cuando el hombre ha alcanzado el estado de la falta de esperanzas, en plural. Es decir, cuando desaparecen las esperanzas, incluso la de ser curado, aparece la verdadera esperanza.

Aunque puede ser dramático, desde una perspectiva de **“no enfermedad”** el pensar que la terminalidad destruye todas las esperanzas más valoradas como puede ser, la esperanza de curarse, sin embargo esa realidad dolorosa es la que esconde, en sí misma, la posibilidad de llegar a la verdadera esperanza.

Por ello la esperanza nacida de la desilusión del enfermo terminal y la de la familia es la base, dice Plügge, de una libertad frente a la prisión de la enfermedad, que antes de la destrucción de las esperanzas no se podía conseguir.

Plüge añade que el objeto de la esperanza, en singular, es difícil de definir y determinar porque según él, es algo **“indeterminado”**, **“nebuloso”**, **“falto de contorno”**, lo que sugiere que está

hablando de algo espiritual. La investigación deja algo muy claro y es que esa esperanza fundamental hace que el enfermo entre en una especie de **“estado de confusión”** que permite al enfermo ser todo esperanza.

Es interesante ver como Plügge al referirse al objeto de **“la esperanza verdadera y fundamental”** habla de la **“autorrealización en el futuro”** y del **“estar sano de la persona”**, es decir está afirmando que se alcanza algo que objetivamente no se puede **“tener”**, ya que en fase terminal, desde el punto de vista objetivo ¿A que podemos reducir el futuro? Desde la perspectiva temporal se puede reducir a semanas o meses, y ¿por qué hablar del **“estar sano de la persona”** cuando está en proceso terminal, cuando la salud se ha perdido radicalmente?

Sin embargo es completamente posible coincidir con la conclusión de Plügge al entender el objeto de la esperanza como la autorrealización en el futuro, lo cual no solo correlaciona con la necesidad más sublime del hombre, según la pirámide de Maslow, la de autorrealización, sino porque tiene que ver con lo que se **“es”**, con las actitudes, con la aceptación de la enfermedad.

El agente de pastoral es promotor de la salud y ese **“estar sano de la persona”** tiene que ver con lo que se es, con la actitud. En esos momentos en que ya nada se espera, la persona se abandona y por ello cuando parece que todo se ha perdido nace la verdadera esperanza, la que nos lleva a abandonarnos en las manos del Creador.

El agente de pastoral en su acompañamiento no debe tener miedo a ser promotor de salud-salvación, ni de ser promotor de esperanza, porque esa esperanza fundamental y verdadera no es algo que él ofrece, es **“algo”** que sale al encuentro cuando todas las **“esperanzas”** han desaparecido.