

“PROPUESTA PASTORAL DE ACOMPAÑAMIENTO ECUMÉNICO A PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES NO CATÓLICOS”

Luis Eduardo Pérez Villegas

Resumen: Como religiosos camilos con un carisma específico en el campo de la salud, somos testigos que frente a las circunstancias que ocasionan dolor, sufrimiento y múltiples enfermedades el pueblo creyente colombiano se siente impulsado a acudir a diferentes religiones y experiencias de fe en busca de consuelo y salud. Tomando en cuenta esta consideración del lugar especial que ocupan la fe y las creencias como dimensión sanadora y liberadora en el enfermo, el presente artículo propone pautas para una pastoral de acompañamiento ecuménico a pacientes y familiares de pacientes no católicos, como posibilidad de resignificación de una espiritualidad abierta al encuentro con el otro-enfermo, en toda su complejidad experiencial religiosa cristiana.

Palabras claves: Pastoral de la salud, Asesoramiento espiritual, *Counselling*, Ecumenismo, Paciente, acompañamiento.

Abstract: The purpose of this project is to show how religious Camillians with a charisma in the field of health are witnesses that face the circumstances that cause pain, suffering, and multiple illness. That is why, the Colombian's believers follow different religious groups and their experience of faith to find comfort and health. Taking into account this fact, the faith and the beliefs occupy a special place like a healing and releasing dimension in the sick person. This paper submits standards for a pastoral of an ecumenical accompaniment around non catholic patients and their families; as a possibility of significance in spirituality in order to find the other sick person, in the complexity of Christian religious experience.

Keywords: Health Pastoral Care, spiritual *counselling*, ecumenism, patient, accompanying.

«Para que todos sean uno, como tú, Padre, en mí,
y yo en ti, que ellos también sean uno en nosotros»

(Jn 17,21)

La enfermedad y el dolor generan en las personas diferentes cambios físicos y espirituales que afectan e impactan su entorno personal, familiar y social, ya que los padecimientos físicos, psíquicos y espirituales inciden de manera integral en toda la persona enferma y su medio. Cuando una persona se enferma, lo hace íntegramente, de manera que todas las dimensiones de su ser son afectadas, tanto en los síntomas físicos, como en las dimensiones psico-emocionales en sus demandas espirituales y en sus exigencias sociales. El dolor físico

se acompaña de miedo, ansiedad, depresión, pero también de culpa, necesidad de paz interior y un reclamo de solidaridad, consideración, no abandono y acompañamiento (Rozman & Cardellach, 2012). En ese sentido, aunque la enfermedad resulta parte integral de la vida y de los procesos biológicos; y aunque ella surja de la interacción del individuo con su medio, puede convertirse en un trastorno y motivo de pena, angustia y preocupación no sólo para el propio paciente, sino incluso para su familia, quien ha de centrarse en acompañar y cuidar a la persona enferma.

En general las enfermedades, especialmente aquellas enfermedades graves y/o terminales, resultan ser un momento especial de la vida de la persona, una especie de “alto” en el camino de la vida y la existencia. Dependiendo de la gravedad, duración o percepción de la persona enferma sobre su propia enfermedad, ésta se pregunta por el sentido de la enfermedad padecida, por el sentido biológico y emocional que tiene y su significado espiritual para sí mismo.

Ahora bien, en el amplio desarrollo que ha tenido la medicina durante los últimos años, ésta ha logrado un gran avance desde el punto de vista científico, buscando la manera de arribar a diagnósticos cada vez más certeros dirigidos a la prevención, la curación y la paliación de los síntomas y los efectos de las enfermedades. Y aun cuando la medicina, desde una atención integral a la salud, apunta a apoyar física y psíquicamente a los pacientes, lo cierto es que la práctica médica de promoción de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades no ha estado interesada ni enfocada en el bienestar espiritual de los enfermos. Es decir, no incorpora esa dimensión espiritual interna de disposición y apertura a lo trascendente que da significado y dinamiza la experiencia humana y que se exterioriza en expresiones, principios y creencias religiosas.

En el proceso de la enfermedad, el acompañamiento médico se encarga de la tarea de sanar las enfermedades físicas de la vida del paciente a través de tratamientos que le ayuden a paliar los síntomas, aliviar el dolor y lograr la recuperación, dentro de un proceso de salud-enfermedad. En dicho proceso resulta de vital importancia la gestión del servicio o la asesoría espiritual, como la llaman diferentes clínicas u hospitales privados (Hospital de la Misericordia, Hospital San Ignacio) entre otros hospitales, que acompañan de manera inmediata, directa o indirecta el proceso de sanidad o recuperación de la persona enferma,

mediante una serie de acciones y prácticas espirituales o pastorales encaminadas a restablecer el equilibrio salud – espiritual, como es el caso, de los diferentes hospitales y clínicas donde ejercen su capellanía los religiosos camilos. En este ejercicio del acompañamiento pastoral y espiritual a diario nos encontramos, en nuestra practica pastoral, con familiares y pacientes no católicos.

Si bien la búsqueda de experiencia espiritual y religiosa aparece ante el individuo doliente y la comunidad que lo acompaña, como un espacio de sanación, liberación, consuelo y esperanza, es importante tomar en cuenta el hecho de la pluralidad religiosa que existe en nuestro país. Pues, desde inicios de la conquista y colonización de América latina, muchas religiones “fueron casi destruidas, aunque permanecieron muchos de sus elementos en la religiosidad popular. Durante la colonia tenemos la presencia de algunos luteranos, (...) anglicanos, presbiterianos, pero siempre perseguidos y no se les dejaba practicar sus creencias” (Mora, 2003, págs. 144 - 145), lo que marcó en la historia de la conquista cierto recelo, desconfianza, persecuciones y resentimientos en estas confesiones cristianas, trayendo como consecuencia la no comunión y la poca fraternidad apostólica. Pero ya en el siglo XX, se establecen otras confesiones y se amplía el espectro religioso cristiano en el país.¹

Ante la innegable existencia de una pluralidad confesional, Colombia deja de ser un país exclusivamente católico, aun cuando sí sea mayoritariamente católico.² En ese sentido, se afirma paulatinamente e *in crescendo* que (de) las diferentes confesiones cristianas resulta

¹ Entre las iglesias y comunidades de fe que se establecen se encuentran: “Tabernáculos del evangelio independiente –Misión interamericana (1943) –Metodistas wesleyanos (1943) –Misión menonita de Colombia (1945) –Iglesia de Dios de Cleveland (1945) –Hermanos Menonitas (1945/1946) –Tabernáculos evangélicos unidos –Testigos de Jehová –Iglesia Iberoamericana (1946). –Iglesia interamericana central (1950) –Iglesia de Dios en Colombia (1955) –Asociación bautista para el evangelismo mundial (1957) –Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos días (1965) –Iglesia Tabernáculo de la Fe (1970) –Iglesia de Dios de la Profecía (1973) –Iglesia Aposento Alto (1974) –Luterana Wisconsin (1974) –Iglesia Metodista Argentina (1977) –Iglesia del Nazareno (1978 o 1975 según la misma Iglesia) –Iglesia Cruzada Cristiana (1978) –Caravanas Pueblo de Dios (1978) –Misión Carismática Internacional (1980) –Iglesia discípulos de Cristo (1985) –Iglesia Casa sobre la Roca (1986)” (Mora, 2003, pág. 145).

² Estadísticas realizadas a partir de una encuesta del Centro de Observación del Fenómeno Religioso de la Universidad Nacional de Colombia (sede Bogotá) reseñadas en (Beltrán, 2011, pág. 209s.), muestran que el 70,9 por ciento de la población colombiana se considera católica, el 16,7 por ciento se asume como evangélico (incluidos aquí tanto el creciente número de cristianos evangelicales, pentecostales y neopentecostales, como el reducido de protestantes históricos), un 1,8 por ciento de la población tiene un tipo de filiación religiosa “para-cristiana” (Testigos de Jehová y Adventistas del Séptimo Día), mientras que un 4,7 por ciento se considera ateo o agnósticos.

un motivo de discernimiento que nos lleva en primer lugar aceptar la existencia y reconocimiento de “otras Iglesias y Comunidades eclesiales no en plena comunión con la Iglesia católica, [lo que] infunde nuevo impulso a la llamada conciliar y nos recuerda la obligación de acoger y poner en práctica su exhortación que consiste en la unidad de los cristianos (Juan Pablo II, 2005, pág. n. 1). En segundo lugar, este reconocimiento se constituye en una invitación a comprender que “las mismas Iglesias y Comunidades separadas, aunque creemos que padecen deficiencias, de ninguna manera carecen de significación y peso en el misterio de la salvación. Porque el Espíritu de Cristo no rehúsa servirse de ellas como medios de salvación, cuya virtud deriva de la misma plenitud de gracia y verdad que fue confiada a la Iglesia católica” (Conc. Vat. II, 1964, pág. n. 3).

Ante esto, el capellán, debe estar asesorado de la creencia religiosa que poseen los pacientes, ya que, a ejemplo de Cristo buen samaritano, buscará la manera de entablar un acompañamiento directo con el paciente y sus familiares, con una debida asesoría espiritual en medio del dolor y la enfermedad. Sin embargo, muchas veces no cuenta con los medios, conocimientos, pautas pastorales concretas que le permitan acercarse a pacientes y familiares que no comparten la fe católica. Estos pacientes y sus familiares tienen, efectivamente, derecho a una asesoría espiritual, y en muchos casos desean que alguna persona los escuche, les de aliento, los acompañe en su dolor. El capellán católico debe contar con herramientas e instrumentos claros para acercarse y acompañar a estas personas desde una pastoral ecuménica.

La Sagrada Escritura nos exhorta: *"Venid a mi todos los que estáis cansados y agobiados y yo os aliviaré"* (Mateo 11, 28-30)³ basados en ello la pastoral de la salud hace vivo el carisma camiliano, que a su vez se cuestiona ¿Cómo realizarlo si no se tienen las bases?

Este cuestionamiento surge como consecuencia del intento de realizar un acompañamiento espiritual a pacientes de otras confesiones cristianas. Para ello, debe apelarse a un estudio discerniente sobre el tema, pues se sabe que la religión muchas veces es impedimento para entablar un diálogo en pro y beneficio de la humanidad, utilizando los medios evangélicos para desarrollar una asesoría espiritual.

³ Todas las citas de la Sagrada Escritura serán referenciadas de la Biblia de Jerusalén (2016) Bibao, Desclée de Brouwer.

Ciertamente, la pastoral de la salud es un medio por el cual los teólogos pastoralistas y los acompañantes espirituales se insertan en la dimensión humana de cada paciente y/o familiar, donde al realizar el trabajo pastoral, el capellán o el asesor espiritual, se ven insertados en los problemas que abarcan a cada enfermo, identificando no solo la enfermedad física, sino también espiritual. La pastoral de la salud puede llegar a constituirse en un espacio de encuentro de diversas expresiones de la fe, a partir de la vivencia del dolor y la enfermedad.

El punto de partida es la condición humana del sufrimiento y la enfermedad que atraviesa a todo ser humano independientemente de sus creencias religiosas. Como creyentes de diferentes confesiones participamos juntos del dolor de los otros desde la condición del dolor; nos hermana específicamente el sufrimiento, sin obviar nuestras identidades religiosas y simbólicas.

De esta manera, el centro del ejercicio y praxis de la pastoral de la salud es el enfermo, con sus dificultades, su carga de dolor, pero también con su confesión religiosa y la manifestación de su fe; la cual tendríamos que discernir y potenciar desde la perspectiva del encuentro vivo con Jesucristo. Como afirma San Camilo de Lelis “ser nosotros mismos como Cristo misericordioso: sentir como él, hacer como él, amar como él” (Brusco, 1995, pág. 119) desde la perspectiva de la fe.

La fe conduce a un acercamiento y a un encuentro con la persona de Jesucristo, lo que a su vez resulta en una experiencia fundante de liberación, de manejo y de capacidad para sobrellevar la condición de dolor al acercarse a Jesucristo, a liberarse, a manejar y sobrellevar su condición de dolor, como lo hace evidente el Mensaje del Papa Francisco para la XXIV jornada mundial del enfermo 2016: “No porque la fe haga desaparecer la enfermedad, el dolor o los interrogantes que plantea, sino porque nos ofrece una clave con la que podemos descubrir el sentido más profundo de lo que estamos viviendo; una clave que nos ayuda a ver cómo la enfermedad puede ser la vía que nos lleva a una cercanía más estrecha con Jesús, que camina a nuestro lado cargando con la cruz” (Francisco, 2015).

Como religioso, he tenido la experiencia de acompañar pastoralmente a un paciente menor de edad que se identifica como protestante, cuyo padre inicialmente se negó a hablar de fe con un religioso católico, situación no muy cómoda para mí. Posteriormente, y después de

haber entablado un diálogo que condujo a una relación más personal con la familia, al punto de tener un intercambio con el pastor de la Iglesia a la que pertenecen, pude observar un eminente cambio en la situación. En ese sentido, desde una experiencia y motivación personal, unida a mi práctica pastoral como asesor espiritual, surgen en mí la inquietud e interés por el desarrollo del acompañamiento espiritual a pacientes y familiares no católicos, teniendo algunos cuestionamientos y preguntas presente: ¿cómo es realizado hoy en día el acompañamiento espiritual en los hospitales?; ¿cómo entender el acompañamiento espiritual a estas personas no católicas?; ¿cuáles serían los presupuestos y lineamientos para este tipo de acompañamiento espiritual?

En este orden de ideas, uno de los presupuestos para una pastoral ecuménica es comprender que el enfermo no puede convertirse en un campo de batalla del proselitismo o de la contradicción entre expresiones diversas de la fe Cristiana; el enfermo es por excelencia el acogido por Jesús de Nazareth, quien se acerca para abrazar a los más desechados de la sociedad: los leprosos, los ciegos, los paralíticos, los enfermos, a quienes recibe con amor, acompaña y sana, les devuelve la dignidad y la posibilidad de cambiar su vida y encontrar un lugar en la sociedad, siendo Cristo el Buen Samaritano.

A partir de esta experiencia de límites y dificultades concretas para el acompañamiento a los enfermos en la pluralidad religiosa y la diversidad de credos, me propongo asumir los componentes básicos de una pastoral de la salud ecuménica: El Sufrimiento, el Acompañamientos y los lineamientos pastorales.

I. El sufrimiento

La Sagrada Escritura, es un gran “*libro sobre el sufrimiento*” (Juan Pablo II, 1984, pág. n. 6), nos sorprende con cada una de las historias de personajes enfermos que han tenido cierto protagonismo en la sociedad, estos son los casos de: Nabal, a quien el corazón se le murió en el pecho, quedándose como una roca (1 Samuel 25, 37 – 39), el rey Saúl, con su crisis de demencia (1 Samuel 16, 14-23; 18, 6-12; 19-21), Meribai, el hijo cojo de Jonatán (2 Samuel 4,14), la curación de un funcionario real (Juan 4, 43- 54), la curación del

paralítico de Bezatá (Juan 5, 1-9), y curación de un ciego de nacimiento (Juan 9, 1-41). Estos textos, nos muestran como en la historia de la salvación, la enfermedad ha trastocado toda la persona humana y sus dimensiones, y como estos hombres han evidenciado el poder sanador de Dios, revelado en su máximo esplendor con su Hijo Jesucristo.

Sin lugar a dudas, se puede afirmar “que el sufrimiento hace parte integral de la existencia humana a tal punto que lo consideramos como maestro” (Suárez, 2014, pág. 156). Ahora bien, no siempre esta condición sufriente de la existencia humana es interpretada en un sentido pedagógico positivo. Muchas personas creyentes, manifiestan comúnmente en la vida cotidiana una perspectiva fatalista y negativa del mismo, evidenciadas en frases como, “Dios me está castigando por todo lo que he hecho en mi vida”, o “a través de mi enfermedad o sufrimiento Dios está purificando mis pecados”, entre otras.

Si estas frases hacen parte de nuestro argot popular, ello implica que Dios es concebido como un ser “vengativo” y “justiciero” que lo único que busca es ver el sufrimiento de sus hijos y que subyace una concepción de culpa y culpabilidad en torno a la enfermedad. Sin embargo, aun cuando este imaginario tiene lugar en la sociedad y muchas veces los propios pacientes y familiares lo sostienen y lo han interiorizado, ellos son objeto de nuestra práctica pastoral en la que estamos obligados a sensibilizar, concientizar y posibilitar otra concepción de Dios y de las causas de la enfermedad.

Si hacemos una exégesis atenta de los textos bíblicos, de sus verdaderos contenidos, podríamos superar de nuestra mente el vacío despótico de lo que es Dios para la humanidad, mostrándonos a un Dios de misericordia en contraposición al vengativo que usualmente aparece en el sufrimiento de cada ser humano. Desde este punto de vista de la antropología teológica el ser humano es un ser libre que asume no sólo su actuar libremente, sino también la consecuencia de sus actos libres, lo que explica el dolor y el sufrimiento humano. Desde el un punto de vista de esa autodeterminación humana, Dios no elimina teocráticamente el sufrimiento, sino que, en medio de él, llena la existencia humana con Su presencia, transformándolo y resignificándolo: “seguir a Jesús es estar vinculado al Cristo sufriente. Por eso el sufrimiento de los cristianos no tiene nada de desconcertante. Es, más bien, gracia y alegría. Las actas de los primeros mártires dan testimonio de que

Cristo transfigura, para los suyos, el instante de mayor sufrimiento con la certeza indescriptible de su proximidad y de su comunión.” (Bonhoeffer, 2004, págs. 57 - 58). En nuestro vivir unidos a Cristo, el sufrimiento adquiere un sentido gozoso de comunión con Él, pues en Él encontramos el apoyo y la valentía para afrontar el dolor; Cristo no sólo nos ayuda a sobre llevar nuestro sufrimiento, sino que carga con él.

Desde esta perspectiva teológica, como agentes de la pastoral de la salud, convivimos a diario con situaciones en las que se presenta sufrimiento, enfermedad, hambre e insensatez en el ser humano, en las que surgen las siguientes expresiones: ¿Dios tiene sentido?; ¿qué hace Dios por los niños que sufren enfermedades incurables en hospitales pediátricos? Ante la falta de explicación a dichas preguntas existenciales, (como) una de las respuestas posibles es el acompañamiento y asesoramiento espiritual, que aunque no pueda evitar las situaciones de dolor que atraviesa el ser humano, si nos permite apoyar a las personas ayudándoles a encarar y a afrontar el dolor con ojos de fe

La fe, entendida como el camino que nos abre al conocimiento de la verdad y a la escucha de los acontecimientos de la vida, como lo aclarará la *Lumen Fidei*: precisamente porque el conocimiento de la fe está ligado a la alianza de un Dios fiel, que establece una relación de amor con el hombre y le dirige la Palabra, es presentado por la Biblia como escucha, y es asociado al sentido del oído. San Pablo utiliza una fórmula que se ha hecho clásica: *fides ex auditu*, «la fe nace del mensaje que se escucha» *Rm 10,17*)” (Francisco, Vaticano, 2013, pág. n. 29) ofreciendo una pauta teológica de la importancia de la fe, en la escucha de una palabra liberadora, de amor y de confianza de cooperar para afrontar, dar sentido y superar el sufrimiento.

Hablar de fe comporta a menudo hablar también de pruebas dolorosas, pero precisamente en ellas san Pablo ve el anuncio más convincente del Evangelio, porque en la debilidad y en el sufrimiento se hace manifiesto y palpable el poder de Dios que supera nuestra debilidad y nuestro sufrimiento. El Apóstol mismo se encuentra en peligro de muerte, una muerte que se convertirá en vida para los cristianos (cf. 2 *Co 4,7-12*).” (Francisco, Vaticano, 2013).

El sufrimiento cobra un sentido en la Sagradas Escrituras, ya que Jesús es el que acompaña y así mismo padece por nosotros; no lo hace porque estuviera obligado a hacerlo, sino que, al hacer parte de nosotros, desde su naturaleza humana sufre con el que sufre y acompaña al que está sufriendo.

El sentido del sufrimiento debe encontrar inicialmente un referente en los propios acompañantes y asesores espirituales. Resulta de sentido común afirmar que quien no ha conocido y vivido de cerca el dolor humano, difícilmente podrá identificarse y solidarizarse con el que sufre. La encarnación del Hijo Único de Dios es el ejemplo más fehaciente de ello. En este sentido, el asesor espiritual ha de asumir el *servicio* a los que sufren como parte de la acción misional del carisma del que cuida al enfermo. Esto, es lo que Jesús en su vida pública nos dejó como enseñanza, por medio de sus apóstoles. Es decir, aquel que haga parte del servicio debe en sí tener en cuenta que la vida tiene un sentido siempre y cuando se aprenda a vivir y a asumir “el propio cáliz”. Así mismo, “Cristo también quiso que sus discípulos hicieran lo que él mismo había hecho, uniéndose a la misión de anunciar el Evangelio el mandato de curar a los enfermos” (Vendrame, 2002, pág. 58). Ante esto, se descubre que el objetivo de la vida no es el goce de todo lo que nos rodea, sino el solidarizarse con el otro, con quien más sufre, donde se descubre la verdadera misión de todo humano, “Jesús resucitado, después de haber confirmado a sus discípulos en la fe, les da de nuevo – solemnemente y extendiendo a todo el mundo – el poder de continuar su misión de predicar y curar: “se me ha dado todo el poder en el cielo y la tierra. Id pues, hace discípulos míos en todos los pueblos” (Vendrame, 2002, pág. 69).

El sufrimiento no solo fue asumido por Jesús al cargar con la Cruz, sino también al asumir la condición humana (Flp 2, 6-11) y al mismo tiempo con nuestras culpas, no solo mostrando la solidaridad, sino aportándonos a la salvación y liberación, para darnos así mismo la posibilidad de que el sufrimiento no nos condujera al castigo ni a la muerte; ya,

En el misterio de la encarnación, expresión visible del amor del Padre, el Hijo de Dios asume nuestra condición y se solidariza con toda situación humana. Jesús no solo es sensible ante el dolor humano, sino que se identifica con el que tiene hambre, frío y está enfermo... y hace compromiso o condenación: “Venid, benditos de mi padre... Apartaos... de

mí, malditos...” Jesús sufrió la pasión y la muerte en cruz para liberarnos del pecado y de la muerte; por eso brilla como Palabra de Vida (CELAM, 2010, pág. 37)

Después de que Cristo entra en la historia de la salvación haciéndose humano por medio de la encarnación (Lc 1, 26 ss), cambia el sentido del sufrimiento, volviéndose luz y vida que ilumina el caminar humano en el momento de la ausencia de la salud, cambiando todo esquema espiritual comprendido en la realidad humana, e invitándonos a hacer lo mismo que Él hizo; porque:

Cuando nos acercamos a los enfermos nos acercamos a todo el ser humano y al universo de sus relaciones, porque la enfermedad lo afecta integralmente. Jesús se encuentra con los enfermos para curarlos, para restablecer su salud, para hacerlos sentir personas y reincorporarlos a la sociedad (CELAM, 2010, pág. 40)

Al convertirse el sufrimiento de Jesús en camino de liberación para el ser humano, se transformará en aquella luz que ilumina el camino de todo ser humano, pues la pasión como preámbulo de la resurrección “Se la expone como el sufrimiento del Mesías, como pasión del justo, como el cumplimiento del antiguo testamento y, por tanto, de la voluntad de Dios” (Kasper W. , 1978, pág. 11). Por ello la pasión de Cristo es aquella que marca el camino a la liberación, ya que la angustia, el dolor físico, la tristeza que hacen parte de las emociones por las que atravesó el Maestro y que hablan de su verdadera humanidad (contraposición de un docetismo gnóstico, que acentúa la excesiva divinidad de Jesús al punto de negar su humanidad), también fueron momentos de humillación y tristeza en el que el Hijo de Dios se convirtiera en la “figura humillada y oculta del reino de Dios, encajando también, en consecuencia en la línea general de su predicación” (Kasper W. , 1978, pág. 15).

Por tanto, ese desespero que siente el enfermo y sus familiares también tendrá repercusiones en el sufrimiento físico y psicológico que afecta la integridad emocional, tanto de la familia como del paciente. Pues, Jesús al proclamar la oración del salmo 22, da a conocer el misterio de su redención en medio del dolor.

Dios mío, ¿Porque me has abandonado?” como expresión humana de su padecimiento, unido a lo que dice el salmo 22 y soportado bajo la siguiente expresión: “el sufrimiento del justo se convierte en abandono de Dios, pero en el sufrimiento y la angustia de muerte el justo siente que Dios es Señor desde el principio y que lo salva para una vida nueva” (Kasper W. , 1978, pág. 21).

El sufrimiento se convierte así en una oportunidad nueva de transformación y resignificación, que en Jesús se presenta en el momento de la encarnación, de su vida pública y al momento de la Cruz, donándose a sí mismo, en un signo inequívoco esperanzador.

Por tanto, el sufrimiento parece corresponder solo a la trascendencia humana, “Sin embargo lo que expresamos con la palabra «sufrimiento» parece ser particularmente *esencial a la naturaleza del hombre*. Ello es tan profundo como el hombre, precisamente porque manifiesta a su manera la profundidad propia del hombre y de algún modo la supera” (Juan Pablo II, 1984, pág. n. 2). Como característica misteriosa en la existencia del ser humano, este sufrimiento se ve imbuido en él, llamándolo a superarse a sí mismo, encontrando en “su sufrimiento la paz interior e incluso la alegría espiritual” (Juan Pablo II, 1984, pág. n. 26).

Ya sea que el sufrimiento sea causado por situaciones existenciales dolorosas o por enfermedades, éste aparece como constante de una existencia humana que nos hermana. En el sufrimiento todos somos idénticamente vulnerables. Pues “sufrimos todos desde nuestra concepción hasta la muerte; cada ser humano sufre desde una forma u otra, independiente de las características de la existencia humana: estrato social (ricos o pobres); color de la piel (blanco, mestizo, indígena o negro); rasgos físicos (bajos o altos, flacos o gordos); profesión (ingeniero, filósofo, vendedor ambulante, sacerdote)” (Suárez, 2014, pág. 140). En el caso del sufrimiento causado por enfermedades o patologías diversas, sean congénitas o adquiridas, agudas o graves, entre otras, “siempre hay una causa más o menos determinable que puede ser señalada como la fuente de ‘mi sufrimiento’ y cuando dicha

causa es suprimida o, por lo menos aminorada cesa con ello, ‘mi sufrimiento’, en esencia ‘toda mi vida es sufrimiento’” (Suárez, 2014, pág. 24).

Por ello, en Jesús se encuentra la figura de un ser que se acerca y se identifica con los que padecen y les ayuda a sanar su desdicha. Pero, aun así, sigue acompañando el sufrimiento en nuestro entorno a través de personas, que como instrumentos suyos que acercan el Reino de Dios a la dimensión humana se dedican al servicio del asesoramiento espiritual en clínicas, hospitales o en las mismas casas.

II. El acompañamiento

Cuando se habla de acompañamiento o asesoramiento pastoral al enfermo y sus familiares, se está haciendo referencia al signo esperanzador que se intenta situar en medio de las experiencias de vida difíciles. La enfermedad y el sufrimiento humano con frecuencia implica que los proyectos de vida y de realización personal tanto del enfermo, como no pocas veces de los familiares, quedan truncados. Enfrentados a la oscuridad de un futuro que tal vez no llegue por causa del sufrimiento y la enfermedad, se enfrenta el ser humano con el ideal del proyecto de vida personal, procurando realizarlo. Nada de lo que se hace tiene sentido si no es en función de un porvenir. Es así, como se encuentra la felicidad terrena y con ella se proyecta hacia lo eterno.

Es por ello, que la esperanza consiste en adoptar una actitud confiada frente a la vida y frente al futuro, con respeto a esa misma vida, es dar verdaderamente crédito a la realidad, de tal forma, que, viviendo esa realidad presente, se prepara al encuentro definitivo con Dios:

“Jesús mismo antes de su Pasión rogó para «que todos sean uno» (*Jn* 17, 21). Esta unidad, que el Señor dio a su Iglesia y en la cual quiere abrazar a todos, no es accesorio, sino que está en el centro mismo de su obra. No equivale a un atributo secundario de la comunidad de sus discípulos. Perteneció en cambio al ser mismo de la comunidad. Dios quiere la Iglesia, porque quiere la unidad y en la unidad se expresa toda la profundidad de su *ágape*.” (Juan Pablo II, 1995, pág. n. 9).

Por tanto, viviendo en la esperanza llegamos a vivir con la mayor intensidad y la mayor alegría posible en el instante presente. Esta es la tarea del acompañante espiritual o asesor espiritual: ayudar a que los familiares de los pacientes y los pacientes mismos busquen la manera de encontrar ese sentido de la vida donde tal vez no lo hay, por causa de la enfermedad.

El hombre cristiano espera en Dios, pero Dios no es solamente la garantía de nuestra esperanza, es también el apoyo de nuestra existencia actual reflejado en el asesor espiritual. La esperanza cristiana es fruto de una regeneración de nuestra naturaleza conseguida por la resurrección de Cristo al vencer la muerte y por ende el dolor. Surge en un ser que está dotado para la felicidad, capaz de participar en la infinita bienaventuranza de Dios, que se manifestada en el amor, pues: “¿quién nos separará del amor de Cristo? ¿Tribulación, o angustia, o persecución, o hambre, o desnudez, o peligro, o espada?” (Rm 8, 35). Cuando se siente sufrimiento, la esperanza permanece como fuente de seguridad y consuelo para quien cree, por eso San Pablo dice:

Pues tengo por cierto que las aflicciones del tiempo presente no son comparables con la gloria venidera que en nosotros ha de manifestarse. Porque sabemos que toda la creación gime a una, y a una está con dolores de parto hasta ahora; y no sólo ella, sino que también nosotros mismos, que tenemos las primicias del Espíritu, nosotros también gemimos dentro de nosotros mismos, esperando la adopción, la redención de nuestro cuerpo. Porque en esperanza fuimos salvos; pero la esperanza que se ve no es esperanza; porque lo que alguno ve, ¿a qué esperarlo? Pero si esperamos lo que no vemos, con paciencia lo aguardamos (Romanos 8, 18-25).

Así pues, el futuro es por tanto la esperanza, que sitúa la experiencia concreta, presente y cotidiana del ser humano en la dimensión de la presencia de Dios, quien lo redimensiona al ser humano-creatura aun en medio del dolor y el sufrimiento, y lo abre a la esperanza futura. Esta gran virtud de la esperanza tiene sus raíces en una voluntad humana, que anima el universal deseo de la felicidad, capaz de participar de la infinita misericordia de Dios. Además, esta esperanza cristiana, que se muestra en el proyecto de Dios en la historia de la salvación para el ser humano, debe ser el núcleo articulador del asesoramiento espiritual;

por ello, es una esperanza que no solo se perfecciona y culmina con la presencia definitiva escatológica de Dios, sino que también se va dando y se hace presente en el aquí y ahora del vivir, el compartir y el acompañar al enfermo y a la familia que sufre. El ser humano, que es *creatura dei*, hijo e hija de Dios, cuando ha accedido al misterio de Jesucristo encarnado, en cuanto creyente sabe muy bien que este encuentro definitivo no se logra automáticamente, sino que se trata de un camino de fe a lo largo de toda la vida, como símbolo esperanzador.

Ya el asesoramiento o acompañamiento espiritual viene condicionado por una serie de realidades complejas, que el asesoramiento mismo ha de conocer y tener en cuenta a la hora de configurarla y llevarla a cabo.

La sociedad actual y el campo hospitalario han experimentado numerosos y profundos cambios que inciden en la forma de concebir y afrontar la salud y la enfermedad. Por tanto, el asesor o acompañante espiritual, debe enfrentar un reto: ha de estar preparado con una actitud de *escucha* que le permita comprender al otro-enfermo, asumir el rostro del enfermo como el rostro mismo, darle voz propia a quien está acompañando, no comprenderlo como “objeto”, sino asumirlo en la escucha de sus problemas y necesidades, tanto físicas, como emocionales y espirituales, como un sujeto. Así mismo, esta escucha le permitirá al asesor espiritual captar los “enemigos” y “problemas” que provienen de la enfermedad, de las dimensiones sociales que se relacionan con ella, y dificultan, tanto al asesor como al enfermo y sus familiares, asumir una búsqueda creativa para actuar pastoralmente con realismo, tratando de responder a los problemas y necesidades que plantea la enfermedad.

Por otra parte, el asesor o acompañante espiritual desarrolla su servicio no en nombre propio, si no en nombre de Dios y de la Iglesia, por eso toma a Jesús como modelo: su vida, sus palabras, sus gestos, su forma de afrontar el sufrimiento y la misma muerte, su trato y su relación con las personas, especialmente con los enfermos. Jesús es testimonio de servicio, lo que le ayuda al asesor espiritual a configurar su estilo de presencia junto al enfermo y a desempeñar fielmente su misión de servicio en nombre del Señor.

Jesús se muestra como un hombre que vive la vida intensamente, con una profunda alegría interior, enraizada en la experiencia gozosa del Padre y de su Reino; esa vida en plenitud, no le aleja sin embargo, en ningún momento del sufrimiento de las personas; por el

contrario, Jesús se conmueve ante el dolor de los otros (Mt 9, 36; 14, 14; 15, 32), porque Jesús no ama el sufrimiento, no busca un especie de dolorismo o ponofilia, pero cuando se presenta el dolor, tanto en sí mismo como en los demás, lo acepta y lo asume activamente para transformarlo en amor: el sufrimiento es potencia y *locus* en el cual se manifiesta de manera realista el amor y confianza total en el Padre (Jn 14, 31; Lc 23, 46).

Jesús se acerca a los enfermos y los acompaña; algunas veces son ellos los que salen a su encuentro (Mt 9, 27), otras, son llevados por sus familiares y amigos (Mc 2, 4), pero incluso en ocasiones, Él se acerca y los llama (Lc 13, 12; 18,40). Jesús les acoge, les escucha, les comprende, interpreta sus deseos, les infunde fe, aliento y esperanza, les libera de su soledad, les ayuda a descubrir que no están solos y abandonados por Dios, les ayuda a creer de nuevo en la vida, en la salud, en el perdón y en la reconciliación con Dios y con los hombres. Máxima que debe conducir al pastoralista de la salud.

En la parábola del “Buen Samaritano” (Lc 10, 29, 37), que constituye uno de los fundamentos bíblicos de la pastoral de la salud camiliana y punto clave del acompañamiento, Jesús indica cuál debe ser la relación con el prójimo que sufre: no pasar de largo, sino pararse junto a él, conmoverse y compadecerse de él, ofrecerle ayuda eficaz, poniendo en ella el corazón y dándose así mismo.

Esta parábola es muestra de una relación paradigmática con el otro. La parábola responde a una pregunta realizada a Jesús por un maestro de la ley interesado en saber quién es el prójimo. Justamente Jesús escoge como personajes dos polos en tensión en el contexto palestinese: los judíos y los samaritanos. Conocido es que estas personas no comparten la misma fe y religión, unos adoran en Jerusalén y otros en Jerizim; los judíos acusaban con frecuencia a sus vecinos de Samaria de profanar el Templo de Jerusalén y no sostenían buenas relaciones fronterizas. Esto es lo que sucede con frecuencia en nuestras prácticas pastorales en los hospitales, donde no necesariamente compartimos la misma fe ni una identidad eclesial. Jesús afirma que justo el otro distinto es el prójimo, quien no piensa igual ni tiene prácticas eclesiales idénticas. Es ahí donde se mide la “proximidad” en el otro distinto; es allí donde estamos llamados a ejercer la misericordia, el servicio, la escucha, la sanación de las heridas, el cuidado y la ayuda, la solidaridad incluso económica, y la disponibilidad permanente con el que está en condiciones de vulnerabilidad a causa de su

enfermedad. Si queremos hacer un buen acompañamiento y una pastoral eficaz con pacientes y familiares no católicos, tenemos que trabajar con ellos a la manera “samaritana”, haciendo lo que Jesús nos enseñó en la parábola, acoger, sanar, cuidar y no excluir al otro religiosamente distinto.

Se trata de tomar consciencia de que habitamos en una casa común, pero diversa, heterogénea, como lo expresa la Encíclica *Laudato sí* del Papa Francisco, en la que estamos, de hecho, muy cerca los unos de los otros, a pesar de nuestras ciertas diferencias. Compartimos nuestra humanidad con la responsabilidad por el otro y por la casa común; y compartimos el hecho de ser humanidad-sufriente: nos hermana el dolor. El acompañamiento, como servicio que ofrece el agente o asesor espiritual al paciente o al familiar, ha de tener como presupuesto y máxima este respeto a las diferencias que posee cada uno, lo que debe ir de la mano de la escucha. Pero escuchar no significa un monólogo ni un callarse egocéntrico para que el otro hable y se sienta bien, sino que significa estar alerta y pendiente de la palabra y el decir del otro, para luego hacer un camino de comprensión y de interiorización con la persona que está en sufrimiento o duelo.

En la práctica hospitalaria algunos asesores espirituales se desaniman fácilmente cuando se encuentran con una persona que no confiesa su misma fe, ya sea anglicano, ortodoxo, pentecostal, etc., por el temor al rechazo, a no lograr establecer un lenguaje común y una empatía confesional. Debido a ello, lo primero que hacen es dejarlo a un lado respetuosamente, sin establecer interlocución para no incomodar al enfermo o familiares pero sin lograr establecer un acompañamiento de consuelo y sanación espiritual; todo ello, como consecuencia del desconocimiento frente a estas confesiones o denominaciones hermanas. Es esta situación la que impulsa a trabajar y proponer unos lineamientos básicos para una pastoral ecuménica.

III. Lineamientos.

Teniendo en cuenta todo el desarrollo dado a conocer en el trascurso del escrito sobre el sufrimiento y el acompañamiento, se ve necesario mostrar que toda persona cuando está enferma necesita ser acompañada y acogida, independiente de la religión que profese.

La aparición de la enfermedad supone una ruptura del equilibrio familiar, pues todo el entorno familiar y social resulta afectado. Aparece y se configura así una realidad “familia – enfermo”, porque la enfermedad no solamente afecta a un miembro, sino que tiñe y afecta a toda la red familiar y social. No existe el enfermo y los otros, sino que todos entran en una misma dinámica situacional, en un intento de establecer el equilibrio perdido. La familia al recibir el impacto de la enfermedad siente como si todo el andamiaje de su situación económica, social, religiosa y psicológica se tambaleara con el riesgo de producirse el derrumbamiento total. El caos puede llegar a impregnar a toda la familia.

Por eso el papel del asesor espiritual en estos momentos es muy importante. Ha de procurar estar muy cerca de la familia y del paciente que sufre, tener presente sus necesidades físicas y especialmente espirituales, al tiempo que se debe tener un conocimiento pleno de lo que vive el entorno familiar y sobre todo el paciente. Y en el ejercicio de su acompañamiento y asesoría, ha de comprenderlos, escucharlos, ayudarles a elaborar sentimientos y emociones (dolor, rabia, impotencia, amargura, incertidumbre, entre otros).

Para esta ayuda, antes que todo, debe hacer un buen diagnóstico de la mano con el personal de la salud, para saber, en qué posición se encuentra la familia como unidad en un momento determinado como éste, de lo contrario, cometería múltiples errores a la hora de ofrecer una asistencia espiritual.

El asesor espiritual, ha de ayudar a la familia a afrontar cualquier situación que comprometa la dimensión humana, ya sea la muerte o el sufrimiento, a prepararse en este caminar con esperanza. Para ello, debe ayudarles a que se desahoguen caminando a su lado con profundo respeto de su creencia y ofreciendo los recursos que ofrece el *counselling* como manera de apoyo ante la circunstancia del sufrimiento, desde unas actividades básicas como, la empatía, la aceptación incondicional, autenticidad o congruencia.

Pues bien, el *counselling* como:

Arte de hacer reflexionar a la persona que precisamente ayuda por medio del encuentro interpersonal en el que utilizará técnicas que favorezcan que el ayudado llegue tomar las decisiones más adecuadas para afrontar sus

problemas (en nuestro caso problemas de salud), en función de sus valores e interés (Bermejo, 2015, pág. 15)

El acompañante o *counsellor* (consejero) coopera con su actitud a tener una forma diferente y cercana de asistencia a los familiares, sin necesidad, de entrar en desacuerdos sobre la religión, ya que este proceso de *counselling* posee ciertas actitudes en función de un buen acompañamiento, lo que a continuación se detalla.

1. Empatía como una cualidad o habilidad de comprender al otro y que este sea comprendido. Es el arte de encontrar y percibir las alteraciones emocionales dadas en cualquier circunstancia de las personas. Lo que en el lenguaje pastoral se comprende desde la premisa y llamado paulino, “gozaos con los que se gozan; llorad con los que lloran” (Rom. 12.15).

La empatía es una virtud en la que el ayudante hace el esfuerzo de captar la experiencia del otro, sus sentimientos, sus contradicciones, sus expectativas y deseos y valores. El objetivo no es vivir los mismos sentimientos y emociones de la persona que se quiere comprender (en ese caso se hablaría de simpatía), sino captarlos, en lo posible, tal y como son vividos por ella, adoptando su marco referencial personal (Bermejo, 2015, pág. 18).

2. Aceptación incondicional. Esta es una necesidad que se muestra por parte del asesor respecto de todas las personas que sufren a causa de la ausencia de salud, en la cual busca generar un ambiente de confianza encaminado al cambio que necesita. Implica que se han de dejar los prejuicios moralizantes a un lado, tratando con dignidad y respeto, por encima de la creencia religiosa, rescatando incondicionalmente los valores, los sentimientos y emociones de cada familiar y paciente.
3. Autenticidad o congruencia, caracterizada por el reconocimiento propio de las diferentes problemáticas que vive el paciente o el familiar. Este “comienza por el autoconocimiento, es decir por conocer los propios sentimientos y emociones que puedan surgir en la comunicación con el paciente y por aprender a manejar la propia

vulnerabilidad en favor de la relación terapéutica” (Bermejo, 2015, pág. 19), como la capacidad de comprensión.

En general, y basados en estos tres principios del *counselling*, la relación de ayuda debe estar centrada en la persona del familiar o paciente, conocerlos a ellos en sí mismos, en su entorno familiar y en sus necesidades inmediatas, como una forma facilitadora en dirección al conocimiento del *otro*, con miras a una escucha e interlocución activa, con respuestas empáticas, con asertividad y personalización.

Hay que tener en cuenta, que en el proceso del *counselling*, el asesor debe ayudar a que el paciente o familiar empiece un proceso de discernimiento que vaya dirigido a la esperanza de un Dios que nos une, dejándose guiar por el espíritu de un Dios que es cercano, *Abba* o Padre de todos y evitar una aproximación exclusivamente eclesiocéntrica, que pudiera malinterpretarse como proselitista o reduccionista desde el punto de vista religioso. En otras palabras, no excluyendo al otro, sino aprendiendo conjuntamente – asesor, paciente y familiar - a seguir las huellas del Espíritu de Dios que es amable, tierno, considerado, suave, amoroso y paciente. El acompañante o asesor.

Debe estar atenta a la vida y servir a la vida. Debe ocuparse de los asuntos cotidianos, de las pequeñas experiencias de cada día, así como de las grandes cuestiones de la vida y supervivencia del hombre moderno, y también de las religiones y de las obras de la cultura humana (Kasper W. K., 2007).

Ahora bien, el acompañamiento debe estar marcado por la unidad y la fraternidad. Este a su vez debe tener como base la caridad y amor hacia los demás, como lo da a conocer el evangelio mateano del Juicio a las Naciones (Mateo 25, 34- 46). Este pasaje central da “pie y fundamento a la labor de las capellanías. Y sienta el principio de identificación con Cristo. De manera que cuando visitamos a un enfermo, es como si visitásemos a Jesús mismo” (García, 2013, pág. 6).

Todo *counsellor* o asesor espiritual requiere generosidad y aptitud de servicio, promoviendo el apoyo espiritual sin importar su creencia religiosa, evitando caer en criterios tal vez de nuestra propia experiencia religiosa:

También debemos comprender que cada ser humano ha sido creado a imagen y semejanza de Dios, con individualidad, personalidad, y libertad de pensar, creer, sentir, relacionarse, e interactuar con sus semejantes, a su modo. No todas las personas a quienes visitemos pensarán, o creerán, lo mismo que nosotros, ni serán creyentes cristianos y evangélicos, pueden ser ateos, agnósticos, o practicantes de cualquier otra religión, e incluso secta. Debemos estar dispuestos a respetar a las personas, aún en su dimensión espiritual o religiosa, intentando evitar caer en la imposición de nuestros criterios. Sobre todo, ser respetuosos, y no entablar una discusión teológica. El ingreso en un hospital no es momento adecuado (García, 2013, pág. 7).

Se insiste aquí, en lo fundamental para ese momento de acompañamiento por parte del asesor: tomar en cuenta que lo central es la persona enferma y su familia, sin importar cuál sea el credo en el que profese. De tal manera que puedan los acompañantes espirituales animar a los cristianos no católicos a compartir actividades espirituales que tengan en común, siempre y cuando sea símbolo de fraternidad.

(...) compartir la herencia espiritual que poseen en común, de un modo y en un grado apropiado a su actual estado de división. La expresión ‘compartir actividades y recursos espirituales’ abarca realidades tales como la oración hecha en común, el compartir el culto litúrgico en sentido estricto (Pontificio Consejo para la Promoción de la Unidad de los Cristianos, 1993, págs. 34, n. 102).

El asesor ha de ser muy cuidadoso y prudente al introducir y compartir en la asesoría espiritual algunas expresiones religiosas que pertenecen a la fe y la confesión particular que el profese, como por ejemplo, los sacramentos, la liturgia o la intercesión de los santos. Estos pueden ser elementos de controversia entre las diferentes Iglesias y comunidades cristianas, y pueden constituirse en temas de discusión respecto de la creencia de los familiares de pacientes no católicos. Por ello, el asesor espiritual debe tener en cuenta que la Palabra de Dios escrita, la oración comunitaria, la vida de la gracia, la fe, la esperanza y la caridad, constituyen elementos compartidos en las diferentes Iglesias como componentes dados para un acompañamiento, de tal forma que al tratar de hacer un acompañamiento

estos sirvan de ejemplo para ayudar al paciente y a su familia.

Así pues, el compartir las actividades y recursos espirituales debe reflejar este doble hecho: (1) la comunión real en la vida del Espíritu, que ya existe entre los cristianos y que se expresa en su oración y en el culto litúrgico; (2) el carácter incompleto de esta comunión, por razón de las diferencias de fe y de modos de pensar que son incompatibles con el compartir sin restricción los dones espirituales (Pontificio Consejo para la Promoción de la Unidad de los Cristianos, 1993, págs. 35, n. 104).

Se trata de mostrar un sentido de respeto hacia los demás hermanos en la fe, siempre y cuando exista comprensión entre el asesor y las personas asesoradas de diferente credo. Del mismo modo, como ha de exigirse un respeto por parte de las personas de otro credo y eclesialidad hacia la disciplina y fe católica, el asesor debe mostrarse abierto y sensible a las tradiciones, liturgia y confesión cristiana que profesa el enfermo y sus familiares.

En este proceso, la asesoría espiritual va teniendo un carácter humano-espiritual desde el sentido amoroso de Dios, llevando a tener algo en común: un Dios que nos une a partir de la diferencia. Esta unidad, debe ser tenida en cuenta desde el punto de vista orante, pues es conveniente animar a los no católicos a la oración común, en tanto que puedan pedir al Espíritu de Dios la gracia de la unidad, constituyendo un camino que lleve al reconocimiento del dolor:

Los hombres esperan de las diversas religiones la respuesta a los enigmas recónditos de la condición humana, que hoy como ayer, conmueven íntimamente su corazón: ¿Qué es el hombre? ¿Cuál es el sentido y el fin de nuestra vida, el bien y el pecado, el origen y el fin del dolor, el camino para conseguir la verdadera felicidad, la muerte, el juicio, la sanción después de la muerte? ¿Cuál es, finalmente, aquel último e inefable misterio que envuelve nuestra existencia, del cual procedemos y hacia donde nos dirigimos? (Pablo VI, 1965).

La Declaración *Nostra Aetate* del Concilio Vaticano II, nos recuerda finalmente la expresión humana de la enfermedad, es decir, que ella nos pone ante el misterio de la

muerte, del sentido de la vida, del origen del dolor y la vía para alcanzar la salud y la felicidad. La enfermedad nos lleva a la vía de la reconciliación espiritual, compartiendo las necesidades y preocupaciones como la paz interior, la enfermedad, la caridad, la dignidad de la familia.

Ahora bien, en términos administrativos resulta conveniente que en su acción pastoral el asesor espiritual se adentre en el campo ecuménico en el hospital de la mano y conjuntamente con los profesionales de la salud, pues es en las clínicas y en los espacios hospitalarios que el asesor entra en contacto con pacientes no católicos que necesitan asesoría. Así mismo, debe interesarse y ocuparse de la colaboración ecuménica, creando una especie de comisiones conjuntas entre el asesor católico y los pastores o clérigos, agentes de pastoral, voluntarios, etc. de las diferentes confesiones hermanas, de manera que exista un acompañamiento sincronizado, conjunto en un mismo sentir alrededor del paciente y su enfermedad. En ese sentido se precisa formar “diferentes tipos de consejos o comisiones, de forma más o menos permanente, para facilitar las relaciones entre las Iglesias y otras Comunidades eclesiales y para promover entre ellas la colaboración y el testimonio común” (Pontificio Consejo para la Promoción de la Unidad de los Cristianos, 1993, págs. 44, n. 163), conllevando a la oración en común y al acompañamiento del familiar y del paciente enfermo, con el fin de fomentar el diálogo.

Justamente el diálogo, corazón del acompañamiento, creará el sentido de la escucha, la empatía y la comprensión, y propiciará un estado de armonía, apertura, sosiego y paz en el paciente, fundamental para el proceso de sanación. Es decir,

La reciprocidad y el compromiso mutuo, así como el sentimiento de que los interlocutores están todos en pie de igualdad, son elementos esenciales del diálogo. El diálogo ecuménico permite a los miembros de las diversas Iglesias y Comunidades eclesiales llegar a conocerse entre sí, identificar los temas de fe y de práctica que tienen en común y los puntos en que difieren. Tratan de comprender las raíces de estas diferencias y valorar en qué medida constituyen un obstáculo real a una fe común. Cuando reconocen que las diferencias constituyen una barrera real a la comunión, tratan de hallar los medios para superarlas a la luz de esos puntos de la fe que tienen ya en

común (Pontificio Consejo para la Promoción de la Unidad de los Cristianos, 1993, pág. 46 #172)

Ahora bien, el acompañamiento espiritual en el campo de la salud ha pasado a través del tiempo por varios momentos y significaciones, pero en su núcleo está centrado en la *comunidad* que acompaña al enfermo (sacerdote, religioso, pastor, agentes de la pastoral, voluntarios, asesores espirituales). Sin embargo, aun tomando en cuenta este carácter eclesial y comunitario que ha de tener el acompañamiento, se requiere de la figura de un líder (un clérigo o laico) que articule la actividad del grupo o comunidad eclesial, que sea mediador y ayude en la sanación de la complejidad de la enfermedad. Este liderazgo va a condensar y servir de puente para realizar la acción misericordiosa de la Iglesia, pueblo de Dios:

La teología pastoral, pues pretende ordenar y sistematizar unos elementos teóricos que pueden servir de marco para ubicar la acción de la Iglesia. Realiza esta tarea a partir de la problemática y la sensibilidad histórica y va a la búsqueda de un estilo operativo, que fundamentalmente vive sugerido por la palabra de Dios, pero que quiere interpretar y comprender desde la situación real de la comunidad cristiana, que vive dentro del espacio y del tiempo, y que por tanto es solidaria de todo el acontecimiento humano, en su dimensión personal, en el entramado social y en la estructuración política (Pons, 1995, pág. 55).

En consecuencia, se puede decir que la Iglesia no es una institución de una verdad solamente teórica, sino más bien práctica y es este el objeto de la pastoral de la salud, en cuya praxis se autorrealiza la Iglesia, tanto histórica como pastoralmente. La pastoral o el asesoramiento espiritual no solo debe quedarse con fundamentos dogmáticos, más bien debe analizar e interpretar los hechos de la cotidianidad, de lo espacio-temporal y así plantear fundamentos que ayuden a la autorrealización de las personas en un plan evangélico que efectúe la calidad de su vida y comunión con los demás.

Ahora bien, desde una perspectiva teológica histórico-actual, algunos de los aspectos teológicos dogmáticos se han quedado en una dimensión especulativa y no encarnada en la praxis de la pastoral de la salud y en ese sentido los pastoralistas deben asumir una

evaluación y reflexión crítica y articulada de los fundamentos teológicos de la fe con los acontecimientos vitales, existenciales, personales y comunitarios que suceden en cada uno de los asesoramientos espirituales. Es importante no quedarse en una mera postura fideista, a la manera de muchas teologías de la prosperidad que incitan a los fieles y creyentes a dejar todo en manos de Dios, rechazando la acción sanadora humana y el uso de las medicinas, pues consideran que el sufrimiento, el dolor humano y la enfermedad resultan contrarias a la fe. En estas teologías deformadas se afirma,

(...) que la muerte de Jesús vence todas las cosas negativas de la vida, incluidas la pobreza y la enfermedad. La fe significa asumir una nueva “ley espiritual” de victoria en Cristo sobre estas situaciones desfavorables de la vida. (...) En ello consiste la fe verdadera. Un corolario de esta predicación ha sido el considerar que las expresiones físicas (la enfermedad, la pobreza, el desempleo) son falsas distracciones de Satanás para apartar al creyente. Por ello, se demanda que el verdadero creyente que está enfermo afirme una “Palabra de fe”, de victoria sobre la enfermedad y pasen a ignorar sus síntomas, por ser tentaciones no verdaderas. De no obtenerse lo “reclamado” a Dios, se considera un problema de escasa fe o de falta y pecado del creyente (Sardiñas, 2017).

Se trata de hacer una pastoral de la salud teológica y práxica, comprendiendo las situaciones humanas vividas, reflejadas en hechos actuales y por vivir, a la luz del misterio de Cristo. Así la teología se encarna en la praxis humana haciendo de ella propuestas eficaces a corto, mediano y largo plazo.

La pastoral – incluida, por supuesto, la pastoral de la salud – transforma una acción eclesial en un proyecto eclesiológico operativo y vivificador de la praxis histórica del Pueblo de Dios. Verifica las conclusiones de la teología sistemática y devuelve, a la misma, las cuestiones vivas del pueblo de Dios y las situaciones nuevas que van surgiendo, a fin de que sean nuevamente objeto de la reflexión teológica y de la práctica pastoral que se realiza por medio del asesoramiento espiritual en cada una de las capellanías hospitalarias.

En efecto el asesoramiento espiritual, se convertirá en un puente o mediador entre Dios y el hombre desde un proyecto activo del pueblo de Dios, dirigido hacia un Dios más cercano,

vivido en la realidad humana; en otras palabras, el Reino de Dios se hace presente en los propósitos concretos del proceso salud-enfermedad presente en la realidad misma de la persona humana.

Por ende, no podemos seguir haciendo un asesoramiento espiritual abstracto que solo se ocupe de unas propuestas básicas de acompañamiento que no dan fruto de entrega y servicio en el actuar de un país como Colombia donde hay multitud de confesiones cristianas; debemos dirigirnos hacia la plenitud del Reino que siempre está puesta en esa realidad del pueblo creyente, arraigados en una fe.

Por ende la teología y el asesoramiento espiritual debe ser teoría y praxis bien reflexionada, crítica y propositiva que ayude en la construcción del Reino de Dios, basados en una acción práctica de la realidad y hacer de ella un método eficaz en la realidad humana, arraigada dentro de una dinámica de fe iluminada con el evangelio, desde ahí se orienta una cosmovisión cristiana viva y operante. Esta dinámica pastoralista, también aplicada a la pastoral de la salud, es lo que el Concilio Vaticano II comprendió como método praxeológico del ver, juzgar y actuar.

Para poder hacer un acompañamiento dinámico que responda a las expectativas del ser humano actual, de la enfermedad que está viviendo el enfermo, se debe analizar la realidad de los acontecimientos, juzgar, interpretar y reflexionar desde la fe, el hecho revelado que se presenta como fenómeno de la realidad; para ir a un actuar en el entorno del ser humano. Por ello es necesario que se piense en una concreción del mensaje evangélico en el plano humano y espiritual, sin entrar a debatir los elementos concretos de la denominación o confesión del paciente y los familiares.

Teniendo en cuenta que Cristo revelado es uno solo, debemos tener una participación ecuménica de conjunto, coordinados por estrategias pastorales que nos unan como cuerpo sanador, que agencia la mejoría o sanación del paciente y su familia, haciendo un mejor trabajo del que se ha venido realizando anteriormente, incluyendo a todos los involucrados o convocados por Dios en pro de un mejor Reino.

El plan pastoral incluye el análisis de la realidad, la fijación de unos objetivos, la coordinación de los agentes pastorales según el plan de trabajo,

la realización del proyecto y la revisión de la acción de cara a la encarnación del proyecto en la realidad del pueblo (Floristán, 2009, pág. 314).

En efecto no podemos caer solamente en el análisis de la realidad, también hay que reflexionar la palabra y ver desde ella la realidad; pero para hablar de hechos concretos debemos hacer un análisis exhaustivo de la realidad a la luz de la fe de las personas y lograr en conjunto mecanismos de prácticas pastorales aplicables a la realidad misma de la comunidad.

En conclusión, el papel de la asesoría espiritual en tanto comunidad sanadora, es ser mediadora entre el Dios que se revela y la humanidad sufriente-doliente, en función del Reino de Dios y en la búsqueda del bien común, actuando con inteligencia crítica de la realidad y desde el discernimiento desde la fe creyente y la iluminación de la Palabra divina.

los lineamientos o pautas pastorales aquí presentados para un acompañamiento praxiológico-pastoral ecuménico, ha tomado como punto de partida el acompañamiento espiritual a familiares y pacientes no católicos, ya que ellos en el momento del asesoramiento espiritual son los protagonistas de la pastoral de la salud ecuménica, y como referente problemático los asesores o acompañantes al no contar con las debidas pautas pastorales podrían ser capacitados para un buen asesoramiento. Nuestro trabajo ha querido llenar mínimamente el vacío existente en la pastoral de la salud camiliana, que no cuenta con lineamientos para una pastoral de la salud ecuménica en Colombia. Dichos lineamientos parten de tomar en cuenta los elementos comunes a la fe cristiana presentes en las demás iglesias y comunidades eclesiales, como centralidad de la Sagrada Escritura, la oración en común, la fe, la esperanza, la caridad, y asumen unos principios básicos de una experiencia de acompañamiento dialógico y de alteridad del *counselling* que son la empatía, la aceptación incondicional, la autenticidad o congruencia.

Esta perspectiva servirá como base para ser desarrollada más profundamente y validarse en la práctica de la pastoral de la salud ecuménica en los hospitales, por medio de elaboración de cartillas que detallen problemáticas, instrumentos de acción pastoral, dinámicas de *counselling* ecuménico, etc., así como en una propuesta de encuentros de asesores espirituales de la Orden Ministros de los Enfermos Religiosos Camilos que integren en un

espíritu ecuménico a capellanes o asesores espirituales de otras confesiones, a fin de iniciar actividades y propuestas ecuménicas en la pastoral de la salud, con miras a realizar un mejor servicio pastoral a los pacientes y familiares no católicos.

Referencias bibliográficas

- Beltrán, W. M. (17 de Octubre de 2011). <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n73/n73a08.pdf>. Obtenido de Descripción cuantitativa de la pluralización religiosa en Colombia.
- Bermejo, J. C. (2015). *Counsellig y Cuidados Paliativos*. Bilbao: Desclée.
- Bonhoeffer, D. (2004). *El Precio de la gracia el seguimiento*. Salamanca: Sigueme.
- Brusco., A. (1995). *La constitución de la orden ministros de los enfermos*. Madrid: Ediciones camilianas.
- CELAM. (2010). *Discipulos Misioneros en el Mundo de la Salud. Guía para la Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe*. Bogotá D.C.: Kimpres Ltda.
- Conc. Vat. II. (21 de Noviembre de 1964). *Vaticano*. Obtenido de Unitatis Redintegratio: http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_decree_19641121_unitatis-redintegratio_sp.html
- Floristán, C. (2009). *Teología Práctica. Praxis de la Acción Pastoral*. Salamanca: Sigueme.
- Francisco. (29 de Junio de 2013). *Vaticano*. Obtenido de Vaticano: http://w2.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20130629_enciclica-lumen-fidei.html
- Francisco. (15 de septiembre de 2015). *Vatican.va*. Obtenido de Vatican.va: https://w2.vatican.va/content/francesco/es/messages/sick/documents/papa-francesco_20150915_giornata-malato.html
- Francisco, P. (24 de mayo de 2015). *Vatican*. Obtenido de http://w2.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html
- García, D. N. (23 de Mayo de 2013). *Seminario sobre Capellanías*. Obtenido de <file:///E:/PROYECTO%20DE%20GRADO/Conferencia%20El%20Capellán%20y%20el%20enfermo,%20%20El%20trato.pdf>
- Gil, G. L. (2013). El sufrimiento humano como posibilidad para la fe en la realidad para el VIH/SIDA. *Franciscanum*, 203.
- Juan Pablo II. (25 de Mayo de 1995). *Vatican.va*. Obtenido de Vatican.va: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25051995_ut-unum-sint.html

- Juan Pablo II. (25 de mayo de 2005). *Vaticano*. Obtenido de Ut unum sint:
http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25051995_ut-unum-sint.html
- Kasper, W. (1978). *Jesús, El Cristo*. Salamanca: Sigueme.
- Kasper, W. K. (19 de Febrero de 2007). *Opus Dei*. Obtenido de Opus Dei:
http://multimedia.opusdei.org/pr/doc/ecumenismo_espiritual_es.pdf
- Mora, C. A. (2003). Ecumenismo Colombiano en la Actualidad. *Universitas Pontificia Bolivariana*, 144 - 145. Obtenido de
https://www.academia.edu/14619745/El_ecumenismo_colombiano_en_la_actualidad
- Pablo VI. (28 de Octubre de 1965). *Nostra Aetate*. Obtenido de Vaticano:
http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_decl_19651028_nostra-aetate_sp.html
- Pons, R. P. (1995). *Tratado de Teología Pastoral*. Salamanca: Secretariado Trinitario.
- Pontificio Consejo para la Promoción de la Unidad de los Cristianos. (1993). *Directorio Ecuménico*. Vaticano: CELAM.
- Sardiñas, L. (2017). La salvación no está en venta. *500 de la Reforma Protestante* (págs. 1-22). Cali: Unicatólica.
- Vendrame, C. (2002). *Los Enfermos en la Biblia*. Madrid: San Pablo.