

CAPÍTULO 5



Salud Mental y Salud Espiritual

...el fruto del Espíritu es amor, gozo, paz, paciencia, amabilidad, bondad, fidelidad, humildad, dominio propio...

(Gálatas 5:22)

Que Dios mismo, el Dios de paz, los santifique por completo y conserve todo su ser—espíritu, alma y cuerpo—irreprochable para la venida de nuestro Señor Jesucristo.

(I Tesalonicenses 5:23)

Foco

El texto seleccionado de la Carta a los Gálatas alude a algunas de las manifestaciones del espíritu humano formado y transformado por el Espíritu de Dios. Se trata de lo que podríamos llamar rasgos de un espíritu y una espiritualidad “saludables”. La bendición que aparece en I Tesalonicenses se refiere a la totalidad de nuestro ser—espíritu, alma y cuerpo—según el modelo tridimensional de la persona humana que se refleja en el pensamiento del apóstol Pablo. Esas dos ideas clave nos indican la base bíblico-teológica del capítulo 5, cuyos objetivos son los siguientes:

- 1) Reconocer la diferencia y la relación entre las dimensiones psicológicas y espirituales de nuestro ser.
- 2) Aprender a apreciar la colaboración entre el Espíritu de Dios y el nuestro, tanto en los procesos de formación y transformación como en las prácticas ministeriales orientadas a estimularlos.
- 3) Desarrollar destrezas teóricas y prácticas de acompañamiento pastoral relacionadas directamente con los objetivos (1) y (2).

A continuación está el relato de una experiencia transformadora que impactó la totalidad de mi ser. La comparto a manera de testimonio personal y como introducción al tema del capítulo.

Mi experiencia como paciente en el hospital

El martes 20 de mayo de 1997 mi esposa me llevó de emergencia al hospital local porque tenía un dolor abdominal insoportable. Poco después me operaron debido a la ruptura del apéndice inflamado (peritonitis). Apenas dos días antes yo había sentido algo de malestar parecido a los síntomas de una fiebre intestinal. El malestar había continuado y se había hecho más intenso a medida que pasaban las horas. (Siempre he sido muy sensible al dolor físico, de modo que, tal vez, mi baja tolerancia al dolor contribuyó a salvarme la vida).

Esa fue mi primera experiencia como paciente en el hospital, y cuando desperté de la cirugía, ingenuamente supuse que mi vida ya había retornado al nivel “normal”. Estando todavía bajo el efecto de la anestesia comencé a hacer llamadas telefónicas relacionadas con mi trabajo profesional. Pronto advertí que la realidad era muy diferente. Me di cuenta de que tendría que adaptarme al régimen muy limitante y restrictivo del hospital y que además debería enfrentar dos semanas difíciles en un proceso doloroso de recuperación y, en un momento, de desenlace incierto.

Al comienzo me sentí desbordado por el cuidado constante que recibía de parte de varias enfermeras quienes muy profesional y repetidamente controlaban mi temperatura y hacían ciertos “procedimientos” sobre mi cuerpo (incluyendo la aplicación, bien intencionada pero innecesaria y dolorosa, de una sonda la segunda noche). Al principio también me sentía muy incómodo cuando necesitaba la ayuda de una ayudante afroamericana para higienizarme. Ella era muy amable y de pocas palabras, pero eventualmente se convirtió en una compañía muy confiable.

Obviamente, yo no estaba preparado para enfrentar tal dislocación, vulnerabilidad, y pérdida de intimidad y sentido de autonomía. Para peor, se tuvo que cancelar un viaje al Caribe que había planeado con mi familiar y que incluía en mi caso dar conferencias en una institución teológica. Además yo sabía que no podría participar en los actos de fin del año académico en mi seminario. En otras palabras, mi situación resultaba ser una ilustración clásica de cómo un incidente crítico (la cirugía inesperada) puede generar una crisis multidimensional.

El punto más crítico fue diez días después de la cirugía. El resultado de un escaneo debido a la persistencia de la infección y la inactividad de mi sistema digestivo (pese a mis largas caminatas por el sexto piso del

hospital), no dio resultado claro. Mi médico informó a mi esposa y a mí que existía la posibilidad de otra intervención quirúrgica. Con el fin de evitar esa opción decidió enfrentar la infección más agresivamente, aumentar la nutrición endovenosa, y aliviar el dolor insertando un tubo naso-gástrico (¡otro “procedimiento” especial!) para desagotar gran cantidad de líquido acumulado. Afortunadamente mi condición comenzó a mejorar en forma notable y pude salir del hospital quince días después de haber ingresado a la sala de emergencia.

Es bien sabido que las crisis son potencialmente ocasiones para la transformación. Lo que es menos conocido es la conexión entre el cuidado espiritual y la transformación. Mi experiencia en el hospital resultó ser un evento transformador de la mayor importancia para mí, no sólo mediante el cuidado médico que recibí sino también en relación directa con el cuidado espiritual oportuno y competente que se me brindó. Tal cuidado espiritual fue ofrecido en visitas breves de mi pastor y un colega muy apreciado, e incluyó escuchar bien, palabras alentadoras, oración y lecturas bíblicas, y ungimiento con aceite. Yo también sabía que mucha gente estaba intercediendo por mí en oración—familiares, amigos, y otras personas—en lugares cercanos y lejanos. En otras palabras, recibí el cuidado y apoyo necesarios de acuerdo con las realidades emocionales, mentales y espirituales que acompañaban mi condición médica. Aunque el cuidado espiritual que recibí representaba mi propia tradición de fe, estoy seguro de que profesionales competentes de distinta tradición religiosa y espiritual también hubieran podido ofrecerme adecuado cuidado espiritual transformador o bien hubieran procurado suplementar su atención con otras intervenciones y recursos apropiados (es decir, propios de la fe cristiana).¹

Un cambio milagroso que ocurrió fue que me convertí en un paciente ejemplar en el curso del proceso de sanación. Fue un cambio que me sorprendió y también a quienes me conocen bien como una persona

¹ En su libro *Encounters for Change: Interreligious Cooperation in the Care of Individuals and Communities* (Eugene: Wipf & Stock, 2011), Dagmar Grefe considera la función de conectar a las personas que atraviesan una crisis con sus recursos espirituales y comunitarios (págs.138–45). Su modelo de tres círculos concéntricos de cuidado espiritual inter-religioso incluye tres categorías de situaciones que pueden encontrarse: (1) “experiencia humana común (universal)”, en que funcionamos principalmente como *compañeros* en el camino; (2) “práctica espiritual interconectada”, en que podemos funcionar como *representantes de lo sagrado*; y (3) “práctica espiritual religiosa particular”, en que podemos participar como personas de recurso que vinculan a quienes necesitan ayuda con sus comunidades y recursos espirituales específicos.

demasiado activa, impaciente, e inquieta. Aprendí a cooperar con el equipo compuesto por enfermeras, personal técnico, ayudantes, y médicos, y aun pude llegar a relajarme al punto de atender a otras personas; dos de ellas me confiaron ciertos desafíos y luchas personales que estaban enfrentando y, en una ocasión, hacia el final de mi hospitalización, me tocó actuar a manera de mediador en un conflicto entre una enfermera y otra persona del personal técnico. Mi cuarto en el sexto piso del hospital se convirtió en algo realmente familiar, casi hogareño y, a pesar de las interrupciones frecuentes y necesarias que requieren los estándares actuales de cuidado en el hospital, las noches devinieron un tiempo esperado para orar y meditar en paz. De hecho, me sorprendió que el mensaje “por una rápida curación”, impreso en muchas de las tarjetas que recibí, en cierta forma parecía fuera de lugar. Me daba cuenta de que el proceso necesario de sanación tomaría cierto tiempo en completarse. Comprendía, además, que tal proceso involucraba a todo mi ser—espíritu, alma y cuerpo.

Dentro de las circunstancias de mi hospitalización pude adaptarme muy bien a la situación. Los recursos externos e internos sin duda me ayudaron a aceptar las realidades del contexto del hospital de maneras *psicológicamente* saludables. Sin embargo, estaba ocurriendo algo más profundo, lo que más tarde pude reconocer como manifestaciones de mi *ser espiritual*. Yo estaba teniendo la experiencia de un nuevo sentido existencial y de la verdad; un sentido trascendente de amor y comunión con Dios y con otras personas, tanto cercanas como lejanas; y un sentido de propósito, reorientación y destino. Entiendo que un proceso de transformación espiritual sostenía y fortalecía mi salud mental y espiritual y, probablemente, contribuía a la sanación de mi cuerpo también. La angustia y el temor a la muerte de cara a un futuro incierto dieron lugar a una paz y alegría inimaginables. Me fui del hospital con un profundo sentir de gracia y gratitud.

Ejercicio 1

Piense en una situación crítica (pérdida de ser querido, enfermedad, accidente, etc.) que resultó ser transformadora para usted. ¿Qué cambios puede describir en relación con las dimensiones emocionales y mentales y espirituales? Describa y analice brevemente dicha situación en sus propias palabras.

Exploración

La palabra *salud* se relaciona etimológicamente con los vocablos *sanidad*, *salvación*, y *santidad*.² Esto es lo primero que debemos recordar cuando relacionamos la “salud mental” y la “salud espiritual”. Tales nociones conllevan significados y connotaciones diversas, como se indica a continuación.

- Los adjetivos *mental* y *emocional* a menudo se utilizan como sinónimos en referencia a la salud o enfermedad (o “desorden”), tanto en el lenguaje popular como en el académico y profesional.³ Además, los conceptos de *madurez* mental (o emocional) y de “madurez espiritual” a menudo se asocian estrechamente con los de salud mental y espiritual (o “espiritualidad sana”, o “saludable”) respectivamente. Por lo tanto, conviene lograr acuerdo sobre ciertas definiciones y conceptos que utilizamos comúnmente.
- Se confunde o, al menos, no hay consistencia en cuanto al uso de los términos *alma* (en griego, ψυχή = *psique*) y *espíritu* (en griego, πνεῦμα = [*p*]neuma). Tal inconsistencia se detecta tanto en el lenguaje diario como en los campos de la literatura, filosofía, estudios religiosos y teología. Sostengo que es útil distinguir conceptualmente “alma” y “espíritu” al tiempo que se mantiene su integración e inseparabilidad dentro de la noción de la persona humana tal como señalamos al comienzo.
- Las nociones de “salud” (y “madurez”) mental y espiritual se definen según criterios determinados por valores. Esos criterios siempre se articulan dentro de contextos socio-culturales específicos, pero no siempre son reconocidos como tales sin embargo, y además tienden a

² Siguiendo en parte la sencilla definición de la Organización Mundial de la Salud, la salud puede definirse simplemente como “un estado de bienestar físico, mental y social, y espiritual, y no meramente la ausencia de enfermedad”.

³ La salud mental puede caracterizarse simplemente como la capacidad de sentir, pensar y actuar en maneras que aumentan nuestra capacidad para disfrutar la vida y enfrentar los desafíos que se presentan a diario. Es más difícil sin embargo definir la espiritualidad “madura” y saludable. Suponemos que tal espiritualidad existe en la medida que reconocemos indicadores estables y revitalizadores de significado, propósito, paz, alegría, amor, conexión con una fuente trascendente de luz y gracia y con el ambiente no-humano, etc. En perspectiva cristiana, la “salud espiritual” puede considerarse, por ejemplo, enfocando las relaciones que una persona tiene con Dios, otras personas, uno mismo, los sistemas y estructuras sociales, y la creación (en inglés, véase, Dan Schrock, *A Spiritual Health Inventory* (2008), <http://www.danschrock.org/inventory.aspx>).

cambiar con el tiempo. Por ejemplo, se puede documentar fácilmente cómo han cambiado las descripciones y criterios psicopatológicos en el caso de la salud mental,⁴ como se registran, por ejemplo, en la historia del *DSM*, instrumento de diagnóstico de la American Psychiatric Association, utilizado como una especie de biblia por los profesionales de la salud mental en el mundo de habla inglesa.⁵ Además cabe agregar que en el caso de la psiquiatría y la psicología clínica (incluyendo teoría de la personalidad, psicopatología, y teoría de la psicoterapia) existe una variedad de perspectivas y enfoques no necesariamente compatibles entre sí.⁶

- Nuestra reflexión siempre debe incluir una consideración explícita de los factores multiculturales y multi-religiosos que condicionan las nociones de “buena” salud mental y espiritual. Esos factores también determinan los enfoques, métodos y tratamientos empleados para sostener, mejorar, restaurar, o promover el proceso y la experiencia de buen sufrimiento y buen proceso de morir desde la perspectiva de quienes reciben terapia y sus comunidades.
- Las cuestiones relativas al poder y a las ideologías deben ser también parte de nuestra reflexión. Importa en gran manera saber quiénes tienen la autoridad y el poder para definir a la “salud” y clasificar “desorden” o “enfermedad” y también estrategias clínicas y “cura”. Importa además saber qué clase de supuestos y conocimientos determinan la forma y el contenido de las definiciones y “etiquetas”,

⁴ Se comprende que haya una diferencia importante entre las historias de la “salud mental” y la “salud espiritual”. Esta última siempre ha tenido que ver con la cuestión perenne relativa a la vida y el espíritu humano, la búsqueda de significado, el amor, la vocación y el destino, la salud, el sufrimiento, la enfermedad, la muerte, el mal, la divinidad, etc. Por eso es que aún hoy día nos beneficiamos de la sabiduría presentada en los antiguos textos sagrados, por ejemplo. El campo de la salud mental es mucho más reciente como una rama de la medicina moderna.

⁵ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013).

⁶ Como notamos en el tercer capítulo, existen cientos de estrategias clínicas psicoterapéuticas, las cuales pueden identificarse según perspectivas y enfoques psicodinámicos, conductistas (o de modificación del comportamiento), humanista-existenciales, y sistémicos. Quienes practicamos terapia “desde la fe” podemos beneficiarnos en gran medida de tales contribuciones, especialmente si tomamos en cuenta crítica y creativamente sus presupuestos metafísicos y éticos.

y las implicaciones para la terapia que se considere apropiada a la luz de tales categorizaciones. Estas últimas incluyen el foco en los puntos siguientes.

- El reto de reconocer y evaluar factores ideológicos y político-profesionales corresponde, sin duda, al campo de la salud mental dado el papel mayor que juegan poderosas organizaciones profesionales.⁷ También se aplica a las entidades gubernamentales e instituciones privadas que deciden, por ejemplo, quién es elegible o tiene derecho a recibir determinadas clases de asistencia médica o psicológica, por cuánto tiempo, y bajo qué condiciones. Los factores financieros son por cierto otro asunto a considerar, tanto respecto a centros y programas públicos como a los privados, incluyendo pólizas de seguro de salud entre otras cosas.
- También debemos ponderar asuntos ideológicos, legales y otros en el caso de la ciencia y la práctica de la salud espiritual como tal. Quienes ofrecemos terapia debemos trabajar con conocimientos normativos de espiritualidad “saludable” y “no saludable” (o “tóxica”), los cuales están fuertemente condicionados por marcos ideológicos de carácter filosófico, ético, político, y teológico, y por los enfoques terapéuticos que privilegiamos. Ésta es un área donde la nueva corriente de “Psicología Positiva” tiene mucho que aportar.⁸

Con el fin de iluminar claramente estas reflexiones, consideremos ahora la situación de alguien que necesitaba cuidado integral o comprensivo.

⁷ Además de los psiquiatras, los psicólogos clínicos, trabajadores sociales, y psicoterapeutas pastorales, utilizan a diario descripciones psiquiátricas (o “diagnosis”). El conflicto potencial emerge toda vez que surgen preguntas de tipo ético y legal (por ejemplo si el hacer diagnósticos de enfermedad mental es un acto “médico” que requiere supervisión médica autorizada, si los programas de seguro de salud pagarán el costo de determinados tratamientos, etc.).

⁸ La nueva corriente conocida como Psicología Positiva presenta una crítica persuasiva del modelo dominante de enfermedad mental “patogénico” orientado a reducir síntomas. Ofrece un nuevo paradigma “salutogénico” que, además de la reducción de síntomas, apunta al funcionamiento óptimo, el desarrollo y la plenitud de la persona. Junto con las contribuciones de la psicología de orientación humanista-existencial (ej. Viktor Frankl), la Psicología Positiva suple un nuevo marco referencial y un lenguaje nuevo para la práctica y la reflexión sobre la terapia. Véanse los trabajos siguientes: Martin P. Seligman, *Floreecer: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar* (México: Océano, 2014); Beatriz Vera Poseck, *Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología* (Madrid: Calamar Ediciones, 2013); Antonio Adserá Bertrán, *Terapias de psicología positiva* (Barcelona: Editorial 3 Temas, 2013).

Se trata de un estudio de caso abreviado y simplificado, basado en una situación terapéutica real en que me tocó actuar.

Terapia con Arturo

Arturo⁹ era un hombre de 78 años, nacido y criado en una isla del Caribe, quien había estado residiendo durante unos treinta años en los EE.UU. Su esposa había muerto tres años antes, después de un largo y doloroso proceso de muerte. Su hija vivía con su familia relativamente cerca en el mismo pueblo, y su hijo vivía en otro estado. Cuando conocí a Arturo él tenía un tumor inoperable y de crecimiento rápido que afectaba su sistema digestivo. En cuanto a la condición médica, sólo restaba darle un tratamiento paliativo.

El médico de la familia me había referido a Arturo debido a que éste sufría a menudo ansiedad y depresión. Se había determinado que “Desorden de adaptación con ansiedad y ánimo depresivo (309.28)”¹⁰ era un diagnóstico aceptable para el registro acumulativo del cuadro clínico de Arturo. Él continuaría tomando los medicamentos prescritos para aliviar los síntomas de ansiedad y depresión, y para controlar el dolor.

Arturo y yo establecimos una buena relación de confianza y respeto mutuo. Él anhelaba recibir ayuda, especialmente de alguien quien, pensaba, podría considerar seriamente su angustia espiritual. Así que recibió sin reservas mi compañía terapéutica. Al comienzo, la historia personal y familiar de Arturo no parecía ser algo extraordinario. Sin embargo, pronto compartió conmigo el secreto de estar viviendo con la carga pesada de un “pecado imperdonable”, según sus palabras. Luchaba contra un sentido de culpa y de haber perdido para siempre la oportunidad de abrir su corazón y conciencia a su esposa y recibir su perdón por no haberla acompañado mejor durante los últimos meses de su vida. No había podido hablar con su hija y su hijo sobre este asunto, y las oraciones de confesión no le habían resultado efectivas. El diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad incurable por cierto contribuía a su experiencia de enfrentar una situación límite y de condenación.

⁹ Tengo una deuda de gratitud con “Arturo”, el nombre ficticio de un paciente con quien, junto a cientos de otros clientes, he podido explorar la conexión compleja e inseparable entre la salud mental y la espiritual. He cambiado varios datos relativos a esta experiencia terapéutica a fin de preservar la confidencialidad.

¹⁰ Este diagnóstico psiquiátrico aparece dentro de la categoría de “Adjustment Disorders” en el manual de la American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, pp. 680, 683.

Ejercicio 2

Relea detenidamente el caso. Si usted tuviera que ayudar a “Arturo”, ¿qué metas se propondría para usted misma/o como consejera/o?; ¿qué metas de acompañamiento consideraría junto a esta persona? ¿Qué factores psicológicos y espirituales presenta este caso?

Conexión

Estas son las metas y el compromiso que me propuse como terapeuta cristiano:¹¹ (a) aceptar que Arturo me diera la bienvenida y, a mi vez, recibirle en un espacio seguro de cuidado psicológico y espiritual donde él pudiera expresarse libremente; (b) representar y mediar Gracia y Sabiduría y una comunidad sanadora, ya que Arturo necesitaba dejar atrás su desorientación severa vinculada a la culpa y el duelo no resueltos y a su enfermedad terminal; (c) convertirme por un tiempo breve en compañero de viaje hacia la reorientación y, tal vez, la sanidad sin curación física (siendo un testigo que escucha bien, sostiene y consuela y le ayuda a aspirar a una vida nueva, guiando un proceso de discernimiento encaminado a hacer decisiones sabias, y animando a Arturo a mantener un sentido de responsabilidad moral); y (d) ofrecer terapia “desde la fe” en forma competente (ej. empleando disciplinadamente un enfoque clínico narrativo además de la reestructuración cognitiva necesaria¹² para ayudar a Arturo a reconstruir (o “re-historiar”) su vida y percibir su mundo en forma más realista, y cambiar concepciones y expectativas erróneas directamente conectadas con su ansiedad y su depresión).

Arturo y yo acordamos que nuestra relación se orientaría hacia los objetivos interrelacionados siguientes: (a) comprensión profunda de lo que realmente estaba pasando en su vida; (b) revisión de su historia personal y su peregrinaje espiritual como cristiano con la idea de recuperar la esperanza;

¹¹ Es indispensable que los terapeutas tengamos claridad sobre ciertas metas principales y compromisos profesionales que, en principio, debemos articular para nosotros mismos y por los cuales somos responsables. Al mismo tiempo, claro está, debemos permanecer abiertos para incluir las aspiraciones y expectativas apropiadas (o sea, las metas y objetivos) que nos presentan quienes reciben ayuda psicoterapéutica.

¹² La reestructuración cognitiva (en inglés, “cognitive restructuring”) es un método asociado con las psicoterapias de “modificación del comportamiento” que se utiliza especialmente en terapias breves. Se lo emplea para ayudar al cliente a cambiar sus pensamientos negativos aprendidos y a aprender otros más realistas, incluyendo la práctica de reformular pensamientos irracionales (ej. “soy malo...no merezco el perdón”) a la luz de una nueva visión de la realidad.

(c) descubrimiento de maneras prácticas y específicas de transformar su lucha con la culpa y sentimiento de pecado junto a la experiencia de una comunión más estrecha con Dios; y (d) toma de decisión respecto a los próximos pasos, especialmente la transición al cuidado paliativo y las relaciones con su familia. En síntesis, aspirábamos a movernos desde un mínimo de adaptación cargada de ansiedad y duda hacia una experiencia de sanidad y plenitud humana (o “vida abundante”).

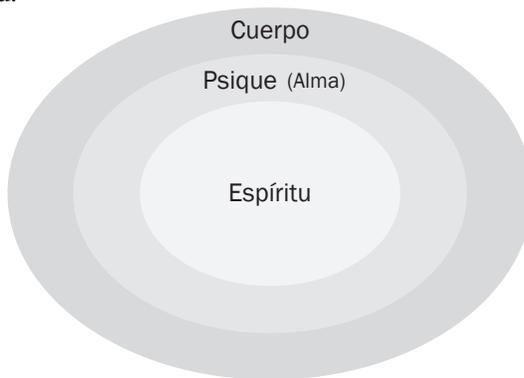
Procuré acompañar terapéuticamente a Arturo de manera que se enfocaran las dimensiones psicológicas y espirituales de su persona. La sección que sigue presenta varias pistas clave que sostuvieron la relación terapéutica con él y que continúan orientando mi práctica de cuidado psico-espiritual.

Pistas para continuar la reflexión y la labor de integración

Una antropología tridimensional

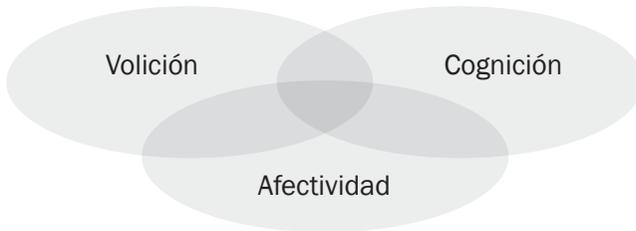
El caso de Arturo nos ayuda a reconocer ciertos principios clave para la práctica del acompañamiento pastoral que integra la atención a la salud emocional y espiritual, tal como se destaca a continuación.

Los seres humanos somos seres espirituales, encarnados y animados. Por lo tanto podemos visualizar estructuralmente una antropología tripartita con las dimensiones inseparables de cuerpo, psique, y espíritu, como se presenta en el diagrama siguiente. La línea externa simboliza el límite corporal de nuestra persona; las otras líneas representan la conexión estrecha cuerpo-psique (tal como se aprecia desde hace mucho tiempo, por ejemplo, en lo que se llamó patología y medicina “psico-somática”), y la relación inseparable psique-espíritu.



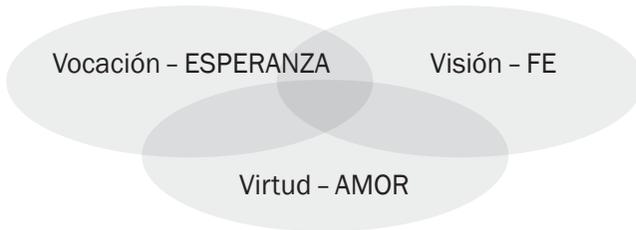
Modelo tridimensional de la persona humana
(dentro de los contextos familiares, sociales, y globales)

Las dimensiones *psicológica* y *espiritual* de la persona humana están integradas y son inseparables, pero pueden distinguirse entre sí. Por lo menos desde Aristóteles las tres expresiones interrelacionadas de la psique (en latín, *anima* = *alma*) se han caracterizado en términos de pensamiento y conocimiento (cognición), emociones y sentimientos (afectividad), y comportamiento de elección y acción (volición).¹³



Modelo de la triple expresión de la dimensión psicológica (dentro de los contextos familiares, sociales, y globales)

La dimensión *espiritual* de la persona puede visualizarse en forma análoga como tres expresiones interrelacionadas a las que he llamado “visión”, “virtud”, y “vocación”. El diagrama que sigue puede entonces verse como un modelo funcional del espíritu humano.



Modelo de la triple expresión de la dimensión espiritual (dentro de los contextos familiares, sociales, y globales)

¹³ La psicología contemporánea se refiere a esas dimensiones psicológicas interrelacionadas como *registros de comportamiento* cognitivo, afectivo, and volitivo. Toda estructura psicológica—ej. *inteligencia* (ya sea entendida tradicionalmente o como inteligencia emocional, moral, social, etc.) y *personalidad*—se reflejan y se estudian en términos de conductas cognitivas, afectivas, y volitivas. Lo mismo cabe decir, por supuesto, en el caso de las patologías. Los trastornos mentales pueden definirse en pocas palabras como aquellas condiciones de salud caracterizadas por alteraciones de pensamiento, afectos, o comportamiento (o cierta combinación de éstos) acompañada de aflicción y/o alguna forma de disfunción o discapacitación.

La dimensión “Visión” connota maneras de percibir y conocer la realidad del mundo y de sí mismo; fundamentalmente nombra el potencial y la necesidad de *sentido* o *significado*. Y el crecimiento en términos de visión así entendida incluye la práctica y el desarrollo de disposiciones y comportamientos tales como prestar atención, tener claridad de conciencia, admirar y contemplar, pensar críticamente, imaginar creativamente, y discernir. La dimensión “Virtud” connota maneras de ser y de amar; fundamentalmente nombra el *ser en comunión*, o sea enraizado en amor y la comunidad. Y el crecimiento en términos de virtud así entendida puede verse como un proceso de formación y transformación que forja nuestros afectos, pasiones, disposiciones y actitudes (o sea, “hábitos del corazón”). Finalmente, en este modelo del espíritu humano, la dimensión “Vocación” connota un sentido de *propósito y orientación existencial*; se trata de la inversión de energías, tiempo, y talentos de maneras potencialmente creativas y a favor de la vida y la construcción de comunidad.¹⁴ Desde una perspectiva teológica, también proponemos que hay una conexión directa entre esas tres caras o dimensiones del espíritu humano y los dones de la Fe, el Amor y la Esperanza.¹⁵

Fue con tales nociones sobre el espíritu que procuré asistir a Arturo en un proceso de crecimiento en sabiduría en el sentido de inteligencia espiritual, o sea, sabiduría demostrada en el progreso del discernimiento, en hacer decisiones revitalizadoras, y en aprender a morir saludablemente bien. Desde esta perspectiva, el propósito principal del tratamiento incluiría acompañarle a encontrar maneras nuevas y mejores de percibir y comprender la realidad y, especialmente, sí mismo y otras personas. (En términos de formación cristiana, Arturo podría ver más clara y adecuadamente, como con los ojos de Dios, metafóricamente hablando).

¹⁴ Este modelo puede entenderse a la luz de concepciones antropológicas trinitarias de la persona humana desarrolladas en la historia del pensamiento cristiano desde San Agustín (*Tratado de la Santa Trinidad*) hasta Leonardo Boff (*Santísima Trinidad é a melhor comunidade*). Por lo tanto, cualquiera sea la espiritualidad y el sistema de creencia de quienes reciben terapia, los consejeros, psicoterapeutas y capellanes cristianos deben trabajar siempre con un marco referencial teológicamente fundado (del mismo modo como se espera que los terapeutas que representan otras tradiciones espirituales, religiosas, filosóficas o teológicas trabajen con los suyos).

¹⁵ Por cierto, los terapeutas que representan a otras tradiciones, incluyendo al humanismo no religioso, también pueden considerar las categorías de fe, amor y esperanza como potencialmente útiles para definir las tres expresiones principales de la espiritualidad y del espíritu humano.

Eso le permitiría encontrar y crear significado y sentido de maneras transformadoras. En segundo lugar, nuestra breve relación terapéutica le estimularía a recuperar la experiencia de integridad personal y de haber sido amado y haber amado profundamente. (En términos de formación cristiana, diríamos que el corazón de Arturo se restauraría de acuerdo al corazón de Cristo). Finalmente, la sanidad espiritual incluiría también una reevaluación vocacional junto con un sentido nuevo de propósito y destino último. (En perspectiva teológica y de formación cristiana, se trataría de una conciencia de participación en la vida del Espíritu en el mundo ahora y, de alguna manera, más allá de esta vida).

Dinámicas intrapersonales

Las dimensiones psicológicas y espirituales de la persona humana están integradas y son inseparables, pero pueden distinguirse entre sí. De tal premisa se desprenden las pistas siguientes.

En principio, la condición de salud mental y emocional posibilita la experiencia de la espiritualidad de maneras más libres (por ejemplo, con menos temor, compulsión, u obsesión) y de expresarla verbalmente y de otras formas más auténticas que en el caso de la enfermedad mental y emocional. Los desórdenes mentales siempre afectan de cierta forma y en cierta medida a la experiencia subjetiva y las expresiones visibles de la espiritualidad y la salud espiritual. Sin embargo, el progreso en el tratamiento o la restauración de la salud mental no necesariamente enriquece la espiritualidad y la salud espiritual. La dimensión espiritual de la persona debe enfocarse y relacionarse intencionalmente.

La espiritualidad “tóxica”, por ejemplo en la forma y contenido de una religiosidad acusadora y severa, tiende a socavar seriamente a la salud mental y emocional. Y la sanidad del espíritu, por ejemplo mediante la experiencia de la gracia y el perdón, siempre afecta positivamente a la dimensión psicológica de la persona. Por lo tanto, aunque quienes ejercen la terapia espiritual (por ejemplo, capellanes y consejeros pastorales) no son profesionales de la salud mental en sentido estricto, su labor siempre afecta a la “psique” en maneras y grados que pueden contribuir a mejorar la salud mental y emocional.

La relación terapéutica con Arturo sin duda incluía enfocar dinámicas intrapersonales como las descritas. Su malestar mental y emocional,

expresado con altos niveles de ansiedad y depresión, se relacionaba directamente con el duelo y la culpa no resueltos, una espiritualidad debilitada, y las realidades dolorosas de una enfermedad física incurable. El malestar psicológico de Arturo afectaba fuertemente su espiritualidad; y la angustia espiritual y moral exacerbaba su malestar mental y emocional y, probablemente, también complicaba y tornaba más dolorosa y problemática su relación con el cáncer. Él y yo confiábamos que la terapia ayudaría no sólo a restaurar su salud espiritual sino también a disminuir el malestar psicológico y conseguir una medida de alivio a su cuerpo en medio de una lucha desigual con la enfermedad.

Dos competencias clave

Trabajos recientes sobre competencias clave en cuidado psico-espiritual han producido directrices muy valiosas.¹⁶ Por un lado, es obvio que toda vez que enfocamos temas prácticos y teóricos de la “terapia desde la fe”, se necesita tener en cuenta el perfil completo de competencias.¹⁷ Por otro lado, se debe destacar y desarrollar dos competencias clave, como se identifican abajo.

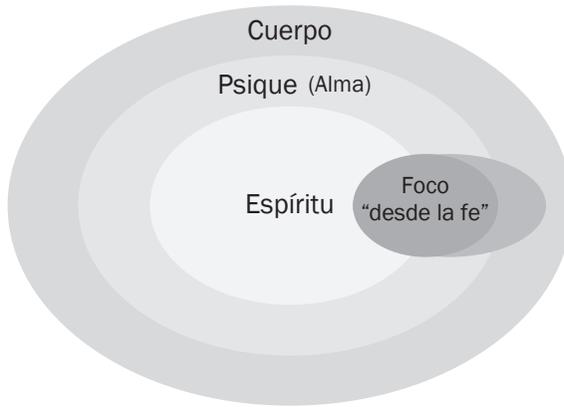
La contribución única de quienes ejercemos acompañamiento o terapia “desde la fe” dentro de cualquier equipo de cuidado de la salud, consiste en siempre tener que enfocar las dimensiones psicológicas y espirituales de las personas que reciben ayuda.¹⁸ Por lo tanto, como ya estudiamos en el capítulo 3, debemos desarrollar la competencia clave de “aptitud bilingüe”; es decir, debemos comprender y utilizar los lenguajes y los recursos de la psicología, la espiritualidad y la teología en la práctica

¹⁶ Véase, por ejemplo, CASC/ACSS, “Competencies for Spiritual Care and Counselling Specialist”; Manitoba Health, “Core Competencies for Spiritual Health Care Practitioners”; y Daniel S. Schipani and Leah Dawn Bueckert, eds. *Interfaith Spiritual Care: Understandings and Practices* (Kitchener: Pandora Press, 2009), 315-319.

¹⁷ Una buena ilustración de cuidado espiritual competente en el caso de pacientes con enfermedades mentales puede verse en, Sherry Sawatzky-Dyck, “Caring for People with Mental Illness”, en Leah Dawn Bueckert and Daniel S. Schipani, eds. *Spiritual Caregiving in the Hospital: Windows to Chaplaincy Ministry*, rev. ed. (Kitchener: Pandora Press, 2011), 209-220.

¹⁸ Esta afirmación no implica que esté ausente la preocupación por el cuerpo y la relación con el cuerpo de quien recibe ayuda. ¡Al contrario! Todo terapeuta debe ser sensible al lenguaje corporal y la comunicación no verbal; además, también debe saber cuándo y cómo sugerir, por ejemplo, ciertas maneras de respirar, postura corporal y relajamiento, masajes, etc. Sin embargo, el cuerpo como tal no es el foco primario de la práctica psicológico-espiritual aun cuando sea materia de conversación o foco de abordaje clínico.

de evaluación psico-espiritual de quienes reciben asistencia y en toda otra forma de intervención y conducta clínica, tanto verbal como no-verbal.¹⁹



El cuidado espiritual como cuidado pleno (dentro de los contextos familiares, sociales, y globales)

Los enfoques seculares normalmente presuponen una visión bidimensional de la realidad que incluye a la persona (o personas, en el caso de parejas, familias, terapia de grupos) y su medio ambiente en el mundo natural y de la cultura. El acompañamiento y la terapia que se ofrece y se piensa intencional y consistentemente como disciplina psicológica y espiritual requiere una visión cuatridimensional. Parafraseando el pensamiento de James E. Loder al respecto: ser humano implica no solamente las realidades de la persona y el medio ambiente sino también la amenaza de no-ser y la promesa o posibilidad de nuevo ser. Las cuatro dimensiones son esenciales; ninguna de ellas puede ignorarse sin que haya una deficiencia fundamental en nuestra comprensión de lo que es esencialmente humano.²⁰

¹⁹ Un tratamiento sistemático de la competencia clave de manejarse en forma bilingüe respecto a las perspectivas, lenguajes y concepciones psicológicas y teológicas, se encuentra en, Deborah van Deusen Hunsinger, *Theology and Pastoral Counseling: A New Interdisciplinary Approach* (Grand Rapids: Eerdmans, 1995). Mi libro, *O caminho da sabedoria no aconselhamento pastoral* (S. Leopoldo: Sinodal, 2004) ilustra en detalle cómo identificar agenda y objetivos psicológicos y espirituales en el caso del consejo pastoral; véase también, Daniel S. Schipani, "El consejo pastoral como práctica de sabiduría", en Schipani, ed., *Nuevos caminos en psicología pastoral* (Buenos Aires/Ciudad de Guatemala: Kairós/SEMILLA, 2011), págs. 57-78.

²⁰ James E. Loder, *The Transforming Moment*, 2nd. ed. (Colorado Springs: Helmers & Howard, 1989), 69. En mi libro, *O caminho da sabedoria no aconselhamento pastoral* (San Leopoldo: Sinodal, 2004), págs. 17-43, se encuentran varias ilustraciones de cómo aplicar esta tesis normativa a la práctica y la reflexión sobre el consejo pastoral.



Marco de las cuatro dimensiones del cuidado psicoespiritual

Arturo transitaba por el trecho final del peregrinar de su vida. La experiencia de viudez de los últimos tres años era desafiante en extremo, y más aun desde que conoció el diagnóstico de cáncer y comenzó a recibir un tratamiento agresivo. Era una persona capaz de cuidarse a sí mismo y había decidido llevar en soledad la carga del dolor y el sentido de culpa por la pérdida de su esposa con vergüenza y una especie de castigo auto-administrado. Las buenas relaciones con sus hijos y sus nietos y con algunos amigos, y la participación ocasional en servicios de adoración, habían sido para Arturo recursos necesarios pero insuficientes. En medio de tal situación existencial, aceptó de buena voluntad la oportunidad de una terapia psicológica y espiritual que se le había ofrecido.

Nuestra relación terapéutica identificó varios asuntos de naturaleza psicológica a considerar: revisar las decisiones pendientes relativas a las finanzas y las pertenencias personales de Arturo; considerar qué tipo de ajustes personales e interpersonales debería conseguir en relación al cuidado paliativo que recibiría en breve; y las expectativas y temores relacionados con la disminución de energías y con el proceso de morir. A nivel espiritual necesitábamos enfrentar cuestiones fundamentales relativas a la culpa, el pecado y el perdón, imágenes de Dios, el destino y los rostros del mal y de la Gracia, entre otras.

Yo tenía que asistir a Arturo mediante la integración de conocimientos y destrezas que definen a la terapia “desde la fe” como se caracteriza arriba. Por

ejemplo, él y yo colaboramos en crear una forma de imaginación terapéutica y dramatización por medios de las cuales él pudo tener la experiencia de confesión y recibir el perdón de parte de su esposa fallecida . En este proceso descubrimos que Arturo no había estado plenamente presente durante la fase final de la vida de su esposa (de hecho, había perdido por pocos minutos la oportunidad de despedirse de ella antes de su muerte) debido a su debilitamiento emocional y espiritual, y no por negligencia y falta de amor y compasión. A su debido tiempo, cuando Arturo pudo recibir el perdón, incluyendo el perdón a sí mismo, yo celebré un rito “sacerdotal” declarando que la Gracia había derrotado a la culpa, la condenación, y el mal. Pocos días después Arturo murió en paz y rodeado de su familia. Juntos celebramos su vida y su muerte con la convicción del triunfo de la fe, el amor, y la esperanza.

A modo de palabra final, nos atrevemos a afirmar que nuestro servicio de asistencia psico-espiritual puede considerarse como una forma especial en que se manifiesta concretamente la Gracia divina, según la bendición paulina que encontramos en I Tesalonicenses 5:23: “Que el mismo Dios de paz os santifique por completo; y que todo vuestro ser—espíritu, alma, y cuerpo—sea guardado irreprochable para la venida de nuestro Señor Jesucristo.”

Aplicación

Ejercicio 3

Considere una situación pastoral donde le haya tocado acompañar a alguien que enfrentaba una crisis (o un caso en que la espiritualidad “tóxica” afectaba la salud emocional y las relaciones personales). Aplique lo que hemos considerado en este capítulo: (a) aspectos psicológicos y aspectos teológicos y espirituales de la situación; (b) metas consideradas; (c) tipo de acompañamiento y acercamiento ofrecido; y (d) maneras como se intentó facilitar un proceso transformador en beneficio de la salud emocional y espiritual de la persona.

Ejercicio 4

Dramatice junto con otra persona una sesión de consejo pastoral a partir de lo que indicó en el punto (d). Si posible, invite a una

tercera persona a que sirva como observadora de la dramatización. Luego reflexionen sobre el caso en sí y también sobre la práctica de acompañamiento dramatizado.

Lecturas recomendadas

Howard Clinebell. “La facilitación de la plenitud espiritual: la esencia del cuidado y asesoramiento pastoral”. En *Asesoramiento y cuidado pastoral*. Grand Rapids: Libros Desafío, 1999, págs. 105-136.

Jorge A. León. “El ser humano y su dinámica espiritual”. En *Psicología pastoral para el ser humano integral*. Buenos Aires: Kairós, 2010, págs. 13-50.

Pablo Polischuk. “La psicopatología y el pecado; El problema del sufrimiento humano; Los trastornos emocionales y espirituales; La redención y el objetivo del consejo”; y “El ser integral”. En *El consejo integral: Su ontología, teología, psicología, y praxis*. Edición del autor, 2012, págs. 139-210.

Hugo N. Santos. “Liderazgo eclesial e inteligencia emocional”. En Hugo N. Santos, ed. *Dimensiones del cuidado y asesoramiento pastoral: Aportes desde América Latina y el Caribe*. Tomo II. Buenos Aires: Kairós, 2012, págs. 225-248.

Peter Scazzero. *Espiritualidad emocionalmente sana*. Miami: Editorial Vida, 2008.