

EXPLORANDO LA ESPIRITUALIDAD DEL PACIENTE

DIFERENCIAS ENTRE RELIGIÓN Y ESPIRITUALIDAD

Para iniciar este capítulo, me parece importante ofrecer algunos apuntes sobre la diferencia entre la religión y la espiritualidad. Robert Perelli nos indica que «espiritualidad» es la dimensión de la experiencia humana que trasciende más allá de nuestro ser inmediato. Es posible para una persona entrar en la esfera de lo espiritual por sí misma, al cuestionarse el significado de la vida, cuando se enfrenta a sus límites como persona o cuando experimenta el amor incondicional de otra persona. Las preocupaciones básicas de la espiritualidad son aquellas con intereses en la búsqueda de sentido a la vida, la esperanza, la libertad, el amor, el perdón, la verdad, lo trascendental y la imagen de Dios. Por eso es que la espiritualidad debe entenderse como un proceso en continuo y no como el producto final.¹

La «religión», por otro lado, sí podría considerarse en cierto sentido como un «producto final». Ésta, dice Perelli, es la «ritualización o profesionalización» de las experiencias arriba mencionadas. La religión es una creación humana que intenta traducir la experiencia espiritual en formas de credo, culto y sistemas de dogmas y doctrinas, las cuales se dan en comunidad. A pesar de que la religión y la espiritualidad coexisten en

¹Robert J. Perelli, *Ministry to Persons with AIDS: A Family System Approach* (Minneapolis: Augsburg, 1991), 22.

un delicado balance, la religión, en última instancia, existe como vehículo de servicio a la espiritualidad.

Scott M. Peck hace similares conexiones² en su libro *Further Along The Road Less Traveled: The Unending Journey Toward Spiritual Growth*. Peck aborda el tema a manera de testimonio, y se ofrece como un vivo ejemplo de cómo la religión está al servicio de la espiritualidad al narrarnos su transición al cristianismo. Peck nos indica que vino al cristianismo de la espiritualidad que cultivó inicialmente en el budismo Zen, religión en la cual peregrinó por espacio de veinte años y desde la cual escribió su extraordinario y renombrado libro, *The Road Less Traveled*.³

En el mundo latino las diferencias que hacen Peck y Perelli son aceptadas pero no son tan obvias. En mi experiencia personal y profesional encuentro que existe una relación recíproca entre ambos conceptos. Para muchos latinos la religión y la espiritualidad son interdependientes y la una refleja la otra. Nos parece que éste ha sido el resultado de siglos de asimilación de conceptos religiosos impuestos durante la colonización y conquista de Latinoamérica y perpetuados mediante el uso del músculo dogmático de las múltiples tradiciones de fe que nos evangelizaron. Por eso muchos latinos tienen dificultades en concebir una espiritualidad que no va acompañada de algún tipo explícito de religiosidad junto a la práctica de vida en comunidad. Es en este preciso punto donde podrían radicar las diferencias entre cómo las culturas euro-americanas (con énfasis en el individualismo) y las latinas (con énfasis en la vida en

²Scott M. Peck, *Further Along The Road Less Traveled: The Unending Journey Toward Spiritual Growth* (New York: Simon and Schuster, 1993). Véase, en particular, los capítulos 7 y 9.

³Ibid., 156-159.

comunidad) perciben las diferencias entre la religión y la espiritualidad.⁴

Dado al pluralismo latente de la audiencia del hospital y las variaciones entre concepciones culturales sobre el tema de la religiosidad y la espiritualidad, nos parece importante mantener en mente las distinciones previamente indicadas. Hechos estos apuntes procedamos a explorar el tema de este capítulo.

USO Y PROPÓSITO DE LOS MODELOS DE ASESORAMIENTO ESPIRITUAL

Hemos mencionado anteriormente que el personal del hospital aprecia toda información adicional que les ayude a comprender mejor al paciente. A raíz de este diálogo los planes de tratamiento son continuamente evaluados y desarrollados. El pastor puede participar de este proceso al proveer su propia evaluación acerca de las necesidades espirituales del paciente. Su contribución única aportará al entendimiento holístico del paciente.

Donald F. Duclow nos recuerda que la experiencia de sufrimiento del ser humano es distinta de la de otras criaturas. No sólo sufrimos, sino que lo hacemos en maneras únicas. Preguntamos cuánto tiempo durará la enfermedad que nos agobia y cómo podemos controlarla. También elevamos nuestras voces a lo sagrado en forma de protesta o de queja para expresar

⁴Cabe notar que en el mundo de la adicciónología (el estudio de la adicción) también existen diferencias entre cómo se conceptualizan la religión y la espiritualidad. La frase de uso común: *La religión es para las personas que buscan escapar del infierno, mientras que la espiritualidad es para aquellas personas que han salido de allí*; refleja los matices simbólicos y filosóficos que muchos consejeros y personas que participan del proceso de recuperación de sustancias adictivas (heroína o alcohol), dan a estas diferencias.

nuestro dolor, esperanza y enojo. Porque poseemos razón e idioma, buscamos explicaciones y maneras de entender nuestro sufrimiento, nuestros miedos y miserias. Lo que hace distinto al ser humano es nuestra habilidad de expresarnos por medio de ideas inteligibles y discernibles, pensamientos, y sentimientos que permiten a otros entender nuestra experiencia de sufrimiento.⁵ Por eso se puede decir con cierta seguridad que a raíz de estas capacidades humanas se puede evaluar la espiritualidad de una persona.

En el contexto del hospital, todas las disciplinas que interactúan con el paciente tienen sus propios modelos para evaluar la condición y las necesidades de la persona. El pastor, bien podría utilizar los modelos que emplean los capellanes.

En el campo de la capellanía existe una amplia gama de modelos de asesoramiento estructurados que facilitan la función de evaluar la condición espiritual de un paciente. Estos modelos se han desarrollado paralelos a los modelos de las enfermeras y los psicólogos y podrían ser de gran utilidad al pastor. Al presente existen tres corrientes predominantes en el área de la evaluación espiritual de una persona. Las mismas se conocen como:

- **Modelo de Desarrollo/teóricos.** Esta responde a la teoría del desarrollo de la fe de James Fowler.⁶ Esta teoría integra a su vez la teoría del desarrollo cognoscitivo de Jean Piaget, la teoría de las etapas del desarrollo humano de Erik Erikson, y la teoría del desarrollo moral de Lawrence Kohlberg.

⁵Donald F. Duclow, «Into the Whirlwind of Suffering» *Second Opinion* 9 (1988): 11.

⁶James Fowler, *Faith Development and Pastoral Care*, (Philadelphia: Fortress Press, 1987).

- **Modelo Diagnóstico/clínicos.** Esta corriente responde a Paul Pruyser, quien enmarca su enfoque en el concepto del «diagnóstico pastoral», el cual se articula utilizando el lenguaje teológico que es inherente a la función pastoral.⁷ La más reciente dirección en este modelo se le atribuye a George Fitchett. Este último busca establecer el asesoramiento espiritual de las necesidades del paciente desde una perspectiva holística.⁸
- **Modelos Empíricos/de investigación.** Esta responde a Elizabeth McSherry. Esta autora incorpora metodologías científicas contemporáneas como lo son las guías en forma de cuestionario en donde el paciente hace su propio inventario de salud, religiosidad y los valores últimos a los cuales responde la persona.⁹

Obviamente, el ciclo de la intervención comienza con la evaluación. Esta a su vez dará paso a la formulación de impresiones que se desprenden de la evaluación hecha en relación a los problemas de naturaleza espiritual que expresa

⁷Paul W. Pruyser, *The Minister As a Diagnostician* (Philadelphia: Westminster Press, 1976).

⁸Fitchett, «Assessing Spiritual Needs». En adición, Fitchett examina otros 28 modelos de asesoramiento. Véase además, «Spiritual Assessment in Pastoral Care: A Guide to Selected Resources», *A Journal of Pastoral Care Monograph* (Decatur, Georgia: JPCP, 1993).

⁹Elizabeth McSherry, «The Modernization of Chaplaincy» *Care Giver* 4 (1987): 1-13. Al examinar el documento, el lector notará que toda la revista se dedica a la discusión los modelos empíricos de investigación denominados por Mc Sherry como, «Semi-Structured Interview» y «Spiritual Profile Assessment».

la persona. Estos datos nos sirven a su vez como directrices para desarrollar nuestro plan de intervención.¹⁰

Luego de haber tomado una decisión sobre qué modelo habrá de utilizarse, debemos asegurarnos de que el modelo escogido facilita los siguientes pasos:

- **La recolección de datos.** Este es el primer paso en el proceso de evaluación clínica del ministerio pastoral. El modelo debe ser comprensivo, no dejando fuera ningún tipo de información relevante a la situación del paciente.
- **La interpretación de la información recibida.** Este segundo paso busca analizar la información tratando de detectar lo que ésta indica, a qué conclusiones llegamos con la información recibida y cómo podemos dar contestación a las preocupaciones reflejadas en la evaluación original.
- **La formulación de ideas claras que puedan ser compartidas con otros.** En este tercer paso se busca simplificar la articulación de conceptos, términos e ideas teológicas o filosóficas significativas para otras personas.
- **El desarrollo de un plan de cuidado pastoral.** En este cuarto paso se busca definir y enumerar, en orden de prioridades, las situaciones que el paciente ha compartido con nosotros. El objetivo aquí es poder decidir en dónde el enfocaremos nuestra atención y nuestros recursos.

Exploremos dos modelos significativos en el área del asesoramiento espiritual: el modelo Diagnóstico de Pruyser y el modelo Holístico de Fitchett.

¹⁰Greg Stoddard y Jean Burns-Haney, «Developing an Integrated Approach to Spiritual Assessment: One Department's Experience» *The Care Giver Journal* 7 (1990): 64.

MODELO DIAGNOSTICO DE PAUL PRUYSER

Antes de analizar los modelos de Pruyser y Fitchett quiero hacer la salvedad de que ambos modelos son complejos y están fuera del alcance de este capítulo el explicarlos en todos sus detalles. La mejor manera en que el lector podrá sacarle provecho a los mismos, es utilizando el método que la Educación Pastoral Clínica emplea para explorarlos. Esto es, en el contexto de un grupo de personas que estén leyendo y estudiando ambos modelos. Bajo esas condiciones, algún miembro del grupo puede presentar un caso en forma de verbatim. En ese contexto, el grupo puede sacarle el mejor provecho a ambos modelos al aplicar y explorar los mismos a los casos presentados.

Paul Pruyser nos ofrece en su libro *The Minister as a Diagnostician* su modelo. Pruyser no es un pastor sino un psicólogo clínico. Como tal, se interesa en el significado que sus pacientes dan a sus sistemas de valores y creencias religiosas, no como fuentes que suministran datos que informan algo sobre el carácter religioso del paciente, sino como factores que dan validez a la experiencia religiosa. Pruyser también procura explorar cómo éstas experiencias influyen las acciones de sus pacientes.¹¹

Dado esta relación con sus pacientes, Pruyser se ha mostrado además muy interesado en la función pastoral como consejero. Su interés en explorar la relación dinámica en el triángulo paciente-pastor-consejería le llevó a escribir tal libro. Le motivó especialmente, observar, a través de entrevistas grabadas en video, que los pastores a quienes entrenaba optaban

en sus sesiones de intervención por dar más uso a técnicas y a lenguaje sociológico y psicológico que a la teología.¹²

Al inquirir sobre el por qué de esta dinámica, los pastores en cuestión le informaron que su entrenamiento teológico básico no les ayudaban a interpretar sus observaciones ni a elaborar un plan de intervención pastoral adecuado con su feligresía o con los pacientes con quienes ellos intervenían.¹³

Con esto en mente y como psicólogo con intereses en la labor pastoral, enfocó su libro en ayudar a los pastores a ser más deliberados en cuanto a incluir la evaluación pastoral como parte de su tarea y a cambiar la imagen pastoral de una que percibe a éste como «uno que se especializa en todo y a la vez en nada», a una más concreta y más científica.¹⁴

Para Pruyser este problema de imagen es un problema que tiene que ver con cómo visualizamos el ministerio pastoral en relación a otras profesiones de intervención. Pruyser es claro al indicar que cada disciplina tiene una perspectiva distinta de la condición humana y que ninguna disciplina puede reclamar que tiene la perspectiva más completa; por el contrario, todas tienen un entendimiento parcial de la situación humana.¹⁵

Los pastores, al igual que otros profesionales, tenemos nuestro propio cuerpo teórico y de conocimiento práctico el cual es únicamente nuestro. Este marco teórico se ha elaborado y ha evolucionado mediante siglos de práctica pastoral y que, a pesar de haber incorporado técnicas de otras disciplinas como la psicología, la psiquiatría, la sociología, y la filosofía, retiene su

¹²Ibid., 27.

¹³Ibid., 27-28.

¹⁴Ibid., 20.

¹⁵Ibid., 16.

¹¹Pruyser, *The Minister as a Diagnostician*, 50-51.

integridad y su autenticidad.¹⁶ Por eso es que los pastores, en su mayoría, siempre hemos reconocido que cuanto más perspectivas podamos tener de la experiencia humana, mejores serán las oportunidades que tendremos de elaborar una mejor comprensión de la persona.

Por lo tanto sí, al igual que otras profesiones, nosotros también contamos con nuestro propio marco de referencia que informa nuestra gestión pastoral, entonces, ¿qué tenemos los pastores en común con otras profesiones y cómo podemos implementar ese factor en el ministerio pastoral? La contestación es, el método diagnóstico. El diagnóstico es el vehículo que permite cambiar la falsa imagen del ministerio que hemos citado y, por ende, es el medio por el cual se puede facilitar que la evaluación y la intervención pastoral sean más científicas, más concretas y más pertinentes.

Una nota de aclaración sobre la palabra diagnóstico. Aunque el término ha sido absorbido por la rama de la medicina, el término en su forma original en griego *diagignoskein*, tiene un uso general que quiere decir, comprender las cosas tal y como son, discernir examinar y discriminar; éstas en su esencia, son funciones aplicables a cualquier disciplina o rama del conocimiento.¹⁷ A partir de esta definición podemos hacer una serie de conexiones importantes.

Por ejemplo, en su conexión a la teología, la función pastoral de examinar el texto bíblico, el buscar su significado histórico a la luz del contexto en que se produjo el mismo y el ejercicio de contextualizar éste examen minucioso a la vida contemporánea (lo que conocemos como «hermenéutica»), son

¹⁶Ibid., 10-11.

¹⁷Ibid., 30-31.

formas de «diagnosticar» el mensaje bíblico. En este sentido, todos los pastores que hacen uso del proceso exegetico indicado, diagnostican.

De igual modo, en su conexión al cuidado pastoral, la manera en que nos preocupamos por los conflictos de una persona, el tipo de acercamiento que empleamos para iniciar el diálogo para conocer a fondo las situaciones que le afectan, la manera en que discernimos sus problemas y el tipo de respuestas que les ofrecemos, son también formas de diagnosticar.

Ese es el significado y el uso del término «diagnóstico» en Pruyser. Para este autor, el diagnóstico pastoral es el arte de descifrar, examinar, comprender, explorar y descubrir junto al paciente, las preocupaciones, las perspectivas, los eventos históricos de la persona y los presentes episodios de su vida a la luz de su experiencia religiosa. Mediante el lenguaje teológico pastoral y otros recursos como la psicología y la sociología, el pastor puede ayudar a la persona a descubrir sus fortalezas espirituales en medio de su crisis. Por tanto, diagnóstico pastoral, es una dimensión clave del cuidado pastoral.

Pruyser nos recuerda que el pastor debe de estar atento al hecho de que a pesar de que es importante tener un conocimiento amplio de otras disciplinas, sus respuestas a las preocupaciones y a los problemas que se comparten con nosotros, no pueden limitarse, por ejemplo, a interpretaciones psicológicas de los asuntos que la gente nos plantean. De este haber sido su deseo, la persona probablemente hubiese recurrido a un psicólogo. La razón por la cual esa persona está con nosotros, es por que quiere una interpretación de su situación a la luz de una respuesta teológica.¹⁸

¹⁸Ibid., 43.

Esto no quiere decir, sin embargo, que el pastor habrá de limitarse solamente a la Biblia o a su entendimiento teológico para ofrecer respuestas a los dilemas que la gente nos plantean. Muchos pastores están de acuerdo que ante ciertos dilemas algunos conceptos bíblicos o teológicos tienen sus limitaciones. De todas maneras, a pesar de que el pastor utiliza el entendimiento de otras disciplinas para nutrir y enriquecer su reflexión, su diagnóstico debe de ser enmarcado en lenguaje y entendimiento teológico. En otras palabras, el reclamo aquí, es a que *hablemos como pastores y no como psicólogos*, aunque nuestras fuentes provengan de referencias psicológicas.

El método que propone Pruyser tiene mejor utilidad cuando se elabora en forma de preguntas abiertas durante la conversación. Estas preguntas a su vez sirven como temas o motivos del diálogo pastoral. Una vez los temas han sido planteados, el pastor deberá escuchar las respuestas con su «sexto sentido», buscando examinar el significado de lo que el feligrés o el paciente dice más allá de las palabras que verbaliza. El resultado podría considerarse como parte del proceso inicial de recolectar datos básicos sobre el paciente, no con el fin de etiquetar la persona, sino para asistirle en un proceso de autoevaluación en donde la persona misma participa en la identificación y la definición de su situación. Con esto en mente examinemos brevemente el modelo de Pruyser, el cual presentamos en forma de preguntas con el fin de hacerlo más accesible al lector.

Guías para el Método de Diagnóstico Pastoral

¿Cómo es la conciencia que el paciente tiene de lo sagrado?

El punto de entrada sugerido por Pruyser es el de explorar la concepción de la persona de lo sagrado. ¿Cómo percibe la persona lo sagrado? ¿Ha tenido alguna experiencia que le ha

infundido temor? ¿Bajo qué circunstancias sucedió esto y cómo esa experiencia le enfrentó a sus límites como persona?

¿Cómo percibe el paciente la providencia de Dios? ¿Cómo entiende la intención de Dios para su vida? ¿Qué entiende que Dios le ha prometido? ¿Cree en una benevolencia cósmica? ¿Cuál es la relación de confianza hacia ésta? ¿Hasta qué punto la esperanza y el deseo se incluyen en esa confianza?

¿Cuál es la dinámica de fe del paciente? ¿Afirma ésta la vida o la niega? ¿Permite el auto compromiso o lo limita? ¿Es su fe una de apertura al mundo o le induce a apartarse de éste?

¿Cómo entiende el paciente la gracia y cómo ésta se proyecta en forma de agradecimiento para el paciente? ¿Cómo entiende el paciente la amabilidad, generosidad, la belleza del dar y recibir? ¿Siente necesidad de éstas? ¿Se siente forzado a ser agradecido bajo cualquier circunstancia? ¿Desea el paciente la gracia o muestra resistencia de sentirse bendecido?

¿Cómo entiende el paciente el arrepentimiento? ¿Lo entiende como un proceso de cambiar lo torcido por lo recto, o cómo? ¿Cuál es su reacción ante el arrepentimiento? ¿Se concentra en sus propios problemas o sus propias respuestas o está en tensión y se siente muy triste por lo que percibe como sus pecados? ¿Experimenta sentimientos de contricción, remordimiento o lamentación? ¿Muestra el paciente disponibilidad hacia el arrepentimiento?

¿Cuál es su sentido de la vida en comunidad? ¿Cuál es su sentido de hermandad con el resto de la humanidad? En relación con su fe o iglesia, ¿es su sentido el de estar adeudado con el mundo o el de estar separado de éste?

¿Cómo estimula su fe su sentido de propósito y vocación?

¿Muestra un sentido de disponibilidad a ser un participante activo en la creación? ¿Puede expresar a través de los cánticos su sentir, entusiasmo, vigor y dedicación? ¿Muestran estas expresiones que

está alineado con la benevolencia o la malevolencia divina? ¿Inspira su fe un sentido de involucramiento humorístico e inventivo en la vida o inspira un sentido siniestro o dogmático?

Estos temas no tienen que hacerse en forma de preguntas ni tampoco tienen que explorarse en el orden que aparecen aquí. Lo ideal sería que luego de reflexionar sobre estos temas, el pastor se sienta en la libertad para ajustar los mismos de acuerdo a la situación, a su propia personalidad y a su estilo como ministro. Lo que sí es importante es mantener en mente cuál es la función de estos temas. Los mismos tienen como fin servirnos de base para poder canalizar aquellas preocupaciones de corte espiritual que el paciente podría expresar y que el pastor va a explorar a fondo junto al paciente.

MODELO HOLÍSTICO DE GEORGE FITCHETT

En su libro *Assessing Spiritual Needs*, Fitchett nos ofrece un modelo basado en siete pasos para evaluar la dimensión espiritual de una persona. Fitchett denomina su modelo como el método de «7x7»,¹⁹ y fue desarrollado como un instrumento de evaluación pastoral de uso individual. Fitchett presupone que existen entre los individuos áreas de similitud detectables en la evaluación. Estas áreas, cuando se examinan en conjunto, destacan las necesidades espirituales de las personas. Fitchett explora dos dimensiones básicas de la persona, la «dimensión holística» y la «dimensión espiritual».

Conviene entender que el modelo no tan sólo provee una estructura para evaluar las necesidades espirituales de un individuo sino que también provee al pastor unos fundamentos

¹⁹Fitchett, *Assessing Spiritual Needs*, 33-51.

que sirven a su vez de parámetros para cultivar la relación pastoral con un paciente. Fitchett denomina tales parámetros como fundamentos para la acción: la comunicación, el compromiso, la evaluación, y responsabilidad pastoral en y durante la relación con los pacientes.

Fitchett describe el fundamento para la **acción pastoral** como una de las razones principales para dar nuestro tiempo y atención al proceso de evaluación espiritual de una persona. Desde su perspectiva, los procesos de evaluación guían nuestros esfuerzos al ayudar a otros, a la vez que nos ayudan a fijar metas claras para el ministerio. En torno al fundamento de la **comunicación**, al igual que Pruyser, Fitchett sugiere que el uso del lenguaje pastoral debe ser accesible al paciente. Tal lenguaje ayuda a ambos a definir aquellos aspectos de la vida que están más allá de definiciones comunes. Para Fitchett, el pastor como proveedor de cuidado, está en la posición de poder nombrar e identificar junto al paciente lo que ambos experimentan durante su encuentro. Este aspecto facilita que ambos puedan llegar a establecer descripciones más claras de la situación que afecta al paciente.²⁰ Fitchett sugiere que el fundamento para una relación pastoral de **compromiso** estriba en el hecho de que las personas en necesidad de cuidado pastoral pueden ser muy vulnerables. En ese sentido, y siguiendo el pensamiento rogeriano, el compromiso pastoral tiene como propósito proveer a la persona vulnerable un espacio vital que le ofrezca la seguridad que necesita para poder expresarse libremente. Cuando el pastor propicia tales condiciones, el paciente logra entrar en contacto con su espiritualidad como una fuente de fortaleza. En ese sentido, el compromiso pastoral también ayuda a definir los

²⁰Ibid., 20.

niveles de función de la relación pastoral. De ahí que el compromiso pastoral apunte a la importancia de establecer a tiempo con el paciente los límites y el propósito de la relación pastoral.²¹

Para Fitchett, el fundamento de la **evaluación** permite al pastor continuar el análisis de la situación de la persona a la luz de nuevas experiencias y nueva información que surja en la relación pastoral con el paciente. Dado que el proceso de evaluación no es estático, con cada interacción y experiencia de contacto con el paciente, el proceso de evaluación debe tomar en cuenta la nueva información que surge. Desde la perspectiva de Fitchett, el fundamento de la evaluación está estrechamente entrelazado al fundamento de la **responsabilidad personal**. Al tomar el tiempo para evaluar la situación de un paciente el pastor tiene la oportunidad para verificar que sus motivos profesionales mantienen un alto nivel de integridad. También tiene la oportunidad para asegurarse que asigna el valor apropiado a la relación con el paciente.²²

Dimensión holística

Fitchett propone un punto de vista holístico para el asesoramiento pastoral. Su premisa es que nuestra vida espiritual y nuestras necesidades espirituales son constantemente influidas por los eventos que ocurren en y alrededor de nuestras vidas. A raíz del poder que estos eventos ejercen, se afecta nuestro bienestar emocional, físico y espiritual. Por eso es necesario evaluar el impacto que estos eventos tienen en nuestras vidas mediante el uso de métodos de evaluación espiritual. La meta de

este aspecto de su método es realzar los varios componentes de la dimensión holística. El fin del análisis holístico es poder adquirir una visión más amplia de lo que está ocurriendo en la vida de una persona para así poder ayudarlo a comprender sus necesidades espirituales. Las áreas de interés son:

- **Aspectos médicos.** La preocupación aquí es explorar cómo la enfermedad y las decisiones médicas a tomarse están afectando la persona.
- **Aspectos psicológicos.** El interés en este punto es explorar si el paciente ha tenido algún historial psicológico. También se busca explorar si existe en el paciente asuntos asociados a la personalidad que podrían estar afectando su condición médica y viceversa.
- **Aspectos sociológicos y el sistema de familia.** El énfasis aquí está en conocer cómo la presente condición del paciente afecta la dinámica de familia. También se busca explorar el nivel de preocupación del paciente por sus seres queridos.
- **Valores étnico-culturales.** La preocupación aquí es la de mantener un alto nivel de sensibilidad cultural. Fitchett subraya el respetar la identidad de la persona y evitar la imposición de valores ajenos al paciente.
- **Percepción de problemas sociales.** El enfoque está en explorar si el problema que presenta la persona se percibe como uno que tiene sus raíces en la opresión social.²³

El objetivo primordial del análisis holístico es examinar cómo estos aspectos han afectado la persona en el pasado y explorar cómo les están afectando al momento en que surge el encuentro pastoral.

²¹Ibid., 20.

²²Ibid., 21-22.

²³Ibid., 42-45.

Dimensión espiritual

En su definición de la espiritualidad Fitchett hace énfasis en la importancia que tienen para una persona sus creencias y el significado que éstas dan a su vida. Él define espiritualidad como «la dimensión de la vida que refleja nuestra necesidad de encontrar significado a nuestra existencia en respuesta a lo sagrado.»²⁴ El interés de Fitchett es explorar cómo las creencias de la persona dan significado a su vida, cuáles son las formas en que la persona encuentra propósito y sentido en la vida y conocer cómo estos aspectos de la vida han cambiado a raíz de la enfermedad. Las áreas de interés son:

- **Vocación y consecuencias.** El énfasis está en examinar cómo el sentido de «logro en la vida» influye sobre el estado de ánimo del paciente. La manera en que la persona se expresa en torno al sentido de deber y obligación que siente que está llamado a cumplir, su percepción de sus éxitos y frustraciones con éstos y cómo él percibe que los mismos contribuyen a su crisis, podrían dar algunas indicaciones al pastor de las fuentes que nutren su estado de ánimo.
- **Experiencia y emoción.** El interés está en conocer si la persona ha tenido algún tipo de experiencia de encuentro con lo divino. También incluye explorar si el paciente ha tenido experiencias cercanas a la muerte y el valor religioso que el paciente les asigna.
- **Valentía y crecimiento.** El foco de interés aquí está en explorar el nivel de disponibilidad de la persona en exponerse a tomar riesgos de que impliquen cambios o ajustes a su fe. Es importante saber si la persona está dispuesta o no a explorar o a examinar nuevas experiencias de fe,

²⁴Ibid., 16-17.

especialmente cuando éstas le retén a abandonar previos entendimientos religiosos.

- **Rituales y prácticas.** El punto focal está en entender el valor que el paciente asigna a sus ritos religiosos. También es importante conocer el valor que el paciente asigna a prácticas particulares en su vida. En ambos casos lo importante es conocer en qué medida los ritos y las prácticas del paciente le dan significado a su vida.
- **La vida en comunidad.** El énfasis aquí recae en explorar si la persona pertenece a algún grupo formal o informal en donde se compartan sus rituales y prácticas. También se busca explorar hasta qué punto el no poder compartir con dicha comunidad resta significado a la vida del paciente.
- **Fuentes de autoridad y dirección.** El interés aquí está en conocer cuáles son las fuentes de autoridad para el paciente. También se busca explorar el nivel de autoridad que el paciente asigna a estas fuentes. Es importante también saber cómo otras fuentes de autoridad (como la familia, o alguna persona en específico) permiten o inhiben al pastor en entrar en contacto con el paciente. Otra dimensión de la autoridad que debe explorarse gira alrededor del paciente. El interés está en conocer si el paciente se percibe a sí mismo con autoridad para hacer los ajustes necesarios en su vida.²⁵

El modelo de Fitchett implica una conceptualización dinámica de la espiritualidad de la persona y, por tanto, reclama al pastor la continua reflexión en torno a lo que observa en el paciente y lo que éste está diciendo. Es tarea del pastor, a medida que dialoga con el paciente, hacer las debidas conexiones entre estos dos elementos. De este proceso, el pastor sacará sus

²⁵Ibid., 45-51.

propias conclusiones e interpretaciones en torno al significado de las creencias del paciente y qué valor tienen para éste.

Como puede notarse, Fitchett no provee asistencia específica en cuanto al proceso interpretativo de su modelo. Esta no es su intención. Su enfoque es el de ayudar al pastor a establecer las bases para que decida, de acuerdo a las circunstancias, los elementos que éste habrá de cubrir en su estrategia de intervención.²⁶

Tanto el modelo de Pruyser como el de Fitchett son ideales cuando existe la oportunidad de establecer una relación con el paciente a mediano o a largo plazo. Como ya hemos señalado anteriormente, en el contexto del hospital por lo regular este período se traduce a por lo menos dos a seis días de hospitalización. En ese sentido, ambos modelos pueden ser más útiles en el contexto de la iglesia local en donde hay mejores oportunidades de dialogar y explorar a fondo las necesidades de la feligresía.

Hay que hacer una distinción importante entre ambos modelos. Dado la expectativa que el modelo de Pruyser tiene en que la persona utilice y entienda un lenguaje teológico básico, como por ejemplo el significado de los términos «gracia» y «providencia divina», su modelo apela más a personas con intereses cristianos. Esta es una limitación en su modelo. En el caso de Fitchett, su aportación estriba en que nos ofrece un método lógico y sistemático aplicable a cualquier tipo de

²⁶Fitchett fue mi supervisor durante mi año de residencia en el programa de Educación Clínica Pastoral en Rush-Presbyterian St. Luke's Medical Center en Chicago. Quizás una de las razones por las cuales él no ofrece ningún tipo de guías se debe a su orientación rogeriana. Desde esta perspectiva, los métodos de asesoramiento que están basados en hacer preguntas directas al paciente son percibidos como muy intrusivos. Es probable que, con el fin de no promover un modelo de este tipo, Fitchett no incluyó una guía de preguntas para ser utilizadas con los pacientes.

persona, creyente o no. Además, el modelo de Fitchett mantiene al pastor atento a considerar cómo la dimensión holística y la dimensión espiritual interactúan en el bienestar físico, emocional y espiritual de una persona. Tal énfasis evita que la evaluación espiritual de una persona se limite a considerar solamente los aspectos religiosos.

MODELO ALTERNATIVO DE PREGUNTAS DIRECTAS

Esta tercera opción, aunque no puede considerarse como un «método de asesoramiento espiritual» como tal, es un modelo que permite un asesoramiento directo y objetivo de la espiritualidad del paciente. Por *directo y objetivo* me refiero a mantener el asesoramiento espiritual libre de la *deducción o el subjetivismo pastoral*. Con este modelo, hay menos riesgos de incurrir en el problema de la deducción subjetivista ya que el modelo está basado en preguntas que se hacen directamente al paciente. Dicho esto, cabe aclarar que las preguntas no tienen que ser hechas en el orden ni en la forma en que aparecen aquí. Lo ideal es que el pastor las formule en términos que se ajusten a su persona, su cultura y su experiencia religiosa.

Este modelo lo he desarrollado a raíz de mis propias necesidades, en especial en la atención de pacientes con SIDA que son ingresados continuamente al hospital para estadías a corto plazo. Sugiero aquí varias preguntas no identificadas con ninguna religión y dirigidas a facilitar el proceso de explorar la espiritualidad del paciente.

- **¿Cómo esta enfermedad ha afectado tu fe y tu relación con Dios?** Los pacientes que mantienen una relación religiosa formal podrían tener menos problemas en responder a esta pregunta que los pacientes que no tienen este tipo de relación. Sin embargo, el hecho de que el paciente no tenga

una relación religiosa formal (que no asista a una iglesia), no implica que la persona está *desconectada o alienada* de la experiencia de Dios. Por ejemplo, muchos pacientes con SIDA no han optado por sí mismos el mantenerse al margen de la vida religiosa, más bien, los márgenes han sido impuestos por diversos grupos religiosos que les excluyen de la vida religiosa en comunidad. Pese a este tipo de alienación impuesta, muchos pacientes con SIDA tienen una intensa relación espiritual con Dios.²⁷ De aquí, que en cualquiera de los casos (relación religiosa formal o ninguna) la pregunta es relevante y busca explorar cómo a la luz de los valores espirituales del paciente, éste interpreta su situación. ¿Cómo articula su fe y como éste la asocia a Dios?

- **¿Ha cambiado tu fe esta situación?** El punto focal de esta pregunta es el de explorar en qué áreas el sistema de creencias del paciente ha sufrido cambios o qué ajustes éste ha tenido que hacer en sus creencias.
- **¿Cómo entiendes tu situación a la luz de tu fe?** El paciente

²⁷Mediante el uso de entrevistas para el asesoramiento pastoral, Rick L. Williamson, investigó las fuentes de sostén y apoyo con una muestra de 41 pacientes con SIDA. Uno de los objetivos del estudio fue el de explorar las experiencias de los pacientes con los pastores, religiones organizadas y su percepción (imágenes) de Dios. Williamson descubrió que *la mayoría de los pacientes entrevistados habían tenido experiencias negativas con los pastores y las iglesias y, por ende, optaron por no afiliarse a ninguna comunidad de fe. No obstante, pese a las experiencias negativas sufridas, los pacientes demostraron una poderosa resolución en distinguir entre las actitudes de los pastores y las iglesias hacia la enfermedad y Dios. Como resultado, decidieron cultivar su necesidades espirituales y su relación personal con Dios fuera de las estructuras religiosas.* Entre las imágenes de Dios que los pacientes habían forjado se encontraron la de Dios como: juez/malo, amor, señor, dador de la vida, la experiencia de Dios como ángeles guardianes y Dios como una energía o fuerza cósmica. Véase: Rick L. Williamson, «Images of God Among Persons with AIDS» *The Journal of Pastoral Care* 52 (1998): 56-61.

podría percibir su situación como un castigo de Dios, como una prueba, o como un juicio divino dado a su pasado estilo de vida. Dios podría ser percibido como uno que tiene un látigo hostigador o uno que tiene un rostro airado. Es necesario que el paciente exprese lo que siente sin que el pastor salga de inmediato a la defensa de Dios. Tampoco conviene sugerirle al paciente interpretaciones correctivas sobre cómo debe de entender su situación. Una de las mejores alternativas aquí es explorar los sentimientos del paciente utilizando el modelo de Carl Rogers previamente discutido. Recordemos que los sentimientos que el paciente expresa, aún hacia Dios, «son del paciente y no del pastor», y como tales hay que respetarlos.

- **¿Cómo cultivas tu relación con Dios?** ¿Qué es lo que el paciente hace para cultivar esa relación? ¿Cuáles son los ritos religiosos que observa y qué valores le da a estos?
- **¿Cómo te sostiene tu fe espiritualmente en esta situación?** Por lo general, el paciente contesta esta pregunta asociando el «cómo» con el «quién». Lo que esto quiere decir es que *alguien con alguna influencia sobre su vida le indica cómo sostener su relación con Dios*, ya sea algún amigo, algún religioso, alguien que escucha por la radio, ect. La importancia de saber esto estriba en tener una mejor percepción de cuáles son las fuentes de autoridad que asisten o informan al paciente y cuál es la efectividad de éstas, si alguna.
- **¿Cómo haces para entrar en diálogo con Dios?** Algunos pacientes escriben poemas, cartas, dibujan, mantienen un diario. Lo importante aquí es el valor que el paciente le da a estos recursos y prácticas y el significado espiritual que tengan. Bien podría el pastor pedirle al paciente que le interprete, por ejemplo, lo que su poema quiere decir.

Tanto en una relación a corto, a medio o a largo plazo, este tipo de preguntas nos permiten cultivar una relación significativa y de respeto mutuo. Al utilizar este tipo de preguntas tendremos mayores oportunidades de establecer una relación empática con el paciente la cual, eventualmente, colocará a éste en una de actitud de mayor apertura hacia temas religiosos; lo cual facilitará más adelante un tipo de diálogo pastoral más significativo. Por tanto la importancia de hacer este tipo de pregunta reside en lo siguiente:

- No fuerzan un debate de conceptos religiosos.
- No implican una conexión específica a principios denominacionales de parte del que las hace.
- No implican una contestación específicamente cristiana, bien podrían ser filosóficas, existenciales o psicológicas.
- Permiten a la persona contestar desde su propia concepción y experiencia lo que estas significan para ella.
- Una vez se plantean las preguntas, por la naturaleza intrínsecas de éstas, eventualmente la persona buscará una resolución a las mismas.
- Este tipo de preguntas tienen una función de sondeo y nos permiten volver a ellas en próximas visitas, por ejemplo, «Nancy, me fui pensando en lo que hablamos sobre cómo tu experimentas la presencia de Dios en medio de tu situación. ¿Qué has pensado de lo que hablamos?»
- Las contestaciones a las mismas, implícitamente nos darán el marco de referencia religioso desde el cual responde la persona.
- Proveen al pastor con el espacio necesario para desarrollar su propia estrategia de intervención al atender estas necesidades.
- Permiten integrar los modelos de evaluación espiritual de Pruyse y Fitchett al igual que otros modelos.

Los modelos o los métodos de evaluación espiritual no son en sí mismos el fin último de esta tarea, ni pretenden dar soluciones a los problemas de los pacientes. Más bien son un componente práctico que facilita la labor comprensiva del pastoral y el análisis adecuado de las preocupaciones espirituales del paciente.

Otra ventaja de los modelos o los métodos de evaluación espiritual está en cómo la colección y el análisis de los datos sirven para cultivar conversaciones de interés pastoral con la Enfermera a Cargo del Piso, los Manejadores de Casos y el resto del personal médico.