



ARZOBISPADO DE GUADALAJARA

Diciembre 13 de 2012

He revisado todo este material escrito que presenta la Sección Pastoral de la Salud y manifiesto que todo su contenido es conforme a la Doctrina de Fe y Costumbres de la Iglesia Católica y es muy favorable a la mística de caridad y servicio a favor de los enfermos en los siete temas aquí desarrollados.

Se autoriza su impresión y difusión.



Mons. **G. Ramiro Valdés Sánchez**
Vicario General

GRVS/cfd

PRESENTACIÓN

"La fe sin la caridad no da fruto, y la caridad sin fe sería un sentimiento constantemente a merced de la duda.

La fe y el amor se necesitan mutuamente, de modo que una permite a la otra seguir su camino"

(CA Porta Fidei N. 14).

La Nueva Evangelización, como había enseñado Juan Pablo II, y como también reafirma Su Santidad Benedicto XVI, no puede dejar de considerar la dimensión social; por tanto, en este contexto en que el Papa ha convocado a la celebración del "Año de la Fe" y en el que además se lleva a cabo la Misión Continental, es importante hacer un alto en nuestro camino para darnos la oportunidad de iniciar un proceso de conversión personal que despierte la capacidad de someterlo todo al servicio de la instauración del Reino de la vida.

Para profundizar en la dimensión social que tiene nuestra fe, la Comisión de Pastoral Social, a través de su Sección Pastoral de la Salud, ofrece a toda la Arquidiócesis de Guadalajara este subsidio elaborado especialmente para la realización de la Misión Sectorial, enfocado al campo de la salud y la vida en el que también hay mucho por hacer. El Papa Juan Pablo II afirma que "la enfermedad y sufrimiento son siempre interrogantes que van más allá de la misma medicina para tocar la esencia de la condición humana en este mundo. Por tanto se comprende fácilmente qué importancia reviste, en los servicios socio-sanitarios, la presencia de los agentes de la salud, que ellos sean guiados por una visión integralmente humana de la enfermedad y sepan actuar en consecuencia con un acercamiento profundamente humano al enfermo que sufre" (Motu Proprio *"Dolentium hominum"*, 11 de febrero de 1985).

Este subsidio, buscando contribuir en la formación integral de los agentes, presenta 7 temas en los que se abordan contenidos por demás interesantes y que nos ayudan a asimilar que la salud, la enfermedad y la muerte, además de estar íntimamente unidos, son estados naturales de nuestra limitada humanidad.

Los temas que son tratados a través de este subsidio son:

- 1. Familia y Salud**
- 2. Parroquia y Pastoral de la Salud**
- 3. Pastoral del Duelo**
- 4. Salud Mental**

- 5. VIH – SIDA**
- 6. Ancianos**
- 7. Perfil de los Agentes de Pastoral de la Salud**

Agradecemos a la Sección Pastoral de la Salud por la reflexión, diseño y recursos aportados para la elaboración e impresión de este subsidio. Esperamos que este documento sea un verdadero apoyo para la formación integral de quienes, asumiendo su compromiso como discípulos misioneros, quieren transformar la realidad al Servicio del Reino de Dios.

Guadalajara, Jalisco. Diciembre de 2012.

**SR. CURA ENGELBERTO POLINO SÁNCHEZ,
Coordinador de la Comisión de Pastoral Social,
ARQUIDIÓCESIS DE GUADALAJARA**

FAMILIA Y SALUD

“La Iglesia ha hecho una opción por la vida. Ésta nos proyecta necesariamente hacia las periferias más hondas de la existencia: el nacer y el morir, el niño y el anciano, el sano y el enfermo... el combate a la enfermedad tiene como finalidad lograr la armonía física, psíquica y espiritual... La Pastoral de la Salud es la respuesta a los grandes interrogantes de la vida, como son el sufrimiento y la muerte, a la luz de la muerte y resurrección del Señor” (DA 417-418).

Objetivos:

- Analizar el rol que juega la familia en la promoción de la salud y la atención integral del enfermo;
- Favorecer la conformación de grupos de voluntariado para auxiliar a la familia en el cuidado al enfermo.

La familia: promotora de salud

La familia tiene un papel fundamental e insustituible en la promoción de estilos de vida responsables y saludables, en la prevención de las enfermedades, y en el cuidado y alivio de las personas enfermas.

La familia comunica salud:

- Creando un clima de serenidad y calor humano que favorezca el crecimiento y el desarrollo integral de las personas, y en particular de los niños y adolescentes.
- Promoviendo el cuidado de la salud a través de los hábitos de higiene, aseo, nutrición, descanso, ejercicio físico, etc.
- Cultivando los valores culturales y religiosos, como el respeto por la vida y la dignidad de la persona, la comprensión, la paciencia, la solidaridad, el servicio gratuito y desinteresado, indispensables para la convivencia humana.
- Educando en la responsabilidad, la honestidad y la justicia; formando a personas capaces de vivir en armonía consigo mismas, con los demás, con la naturaleza y con Dios.
- Viviendo relaciones basadas en el diálogo, la comunicación, el respeto y la tolerancia mutua, que favorezcan la armonía y la paz.

La familia y la enfermedad

Cuando la enfermedad se presenta, se genera un desequilibrio en el núcleo familiar. Esta crisis es vivida de manera diferente por cada familia y depende de muchos factores: situación socio-económica, tipo de enfermedad, nivel cultural y educación, lugar que ocupa el enfermo en la familia, creencias religiosas, etc.

La familia puede vivir momentos de confusión que llegan a generar sentimientos de negación y de rechazo que se suscitan por no entender lo que está ocurriendo, por no encontrar respuestas o salidas adecuadas a la situación.

En otro momento, la familia puede experimentar rabia, rebeldía, angustia; se puede volver agresiva contra el mismo enfermo, el agente de Pastoral, el médico o los parientes, creándose un clima de tensión, de choques y conflictos que afectarán al enfermo.

La familia puede vivir momentos de depresión, temor a la desintegración ante la inminencia de la muerte de su ser querido, sentirse agotada, impotente y desesperada.

Es muy importante que el agente de Pastoral sepa reconocer qué momento vive la familia, para poder ofrecerle una ayuda adecuada.

La enfermedad puede ser motivo de unión, solidaridad, amor y crecimiento cuando es aceptada y asumida por el grupo familiar.

Rol de la familia en la atención integral al enfermo

La familia tiene un papel primordial e insustituible en la atención al enfermo, tanto en el hospital como en casa, ofreciéndole:

- Cuidados y atenciones primarias: limpieza e higiene, alimentación, medicinas, atención médica, etc.
- Cariño para saberse querido; apoyo y protección para sentirse seguro; compañía para no sentirse abandonado; comprensión y paciencia para no considerarse una carga.
- Ayuda para afrontar la enfermedad con realismo y asumirla con serenidad.
- Apoyo y ánimo para seguir luchando; fortaleza y valor en los momentos de debilidad.
- Ayuda en la fe, compartiendo con él la Palabra de Dios, orando por él y con él, facilitándole la presencia del sacerdote y de los miembros de la comunidad cristiana.

La familia será, pues, un lugar natural y un medio eficaz de humanización y evangelización de cara a una sociedad que corre el peligro de ser cada vez más deshumanizada y alejada de Dios. Como pequeña Iglesia doméstica, la familia acoge, alivia y conforta al enfermo en el nombre del Señor.

La conformación de grupos de voluntariado

La comunidad cristiana, frente a la dificultad que presentan muchas familias en cuidar con dignidad a sus seres queridos enfermos, o en el caso de personas solas, puede promover la conformación de grupos de voluntariado asistencial que visiten los hogares ofreciendo compañía y amistad, acompañamiento psicológico y espiritual, ayuda en algunos quehaceres domésticos, apoyo en las tareas de higiene y movilización, auxilio en la suministración de las terapias y el control de los síntomas molestos, etc.

Los voluntarios (o agentes de Pastoral de la salud) serán capacitados para que su labor responda a estos criterios:

- Actuar con naturalidad al visitar al enfermo, y eso implica anunciararse oportunamente dentro de un tiempo limitado, prestar atención a los signos de dolor y de fatiga del enfermo y de la familia.
- Respetar lo que el enfermo y su familia quieren contar. No es oportuno ahondar en las condiciones de salud del enfermo.
- Dejar que la familia del enfermo lo guíe en lo que quiere y necesita.
- Evitar criticar el cuidado que el paciente recibe de sus familiares. Una de las experiencias que más mortifica a los familiares es que no se respete su intimidad. Ser prudentes.
- Regalar tiempo para escuchar y establecer un verdadero diálogo con la familia.
- Comprender a la familia y los sentimientos que la enfermedad está generando en ella, procurando comunicarles aceptación y empatía.
- Frente a situaciones complejas del enfermo (heridas, mal olor, desfiguración), no mostrar repugnancia ni lástima.
- Lo que el enfermo confía al voluntario debe ser confidencial: no se comunica a otras personas o familiares.

- Cuando algún miembro de la familia quiere hablar sobre la gravedad de la enfermedad, especialmente cuando está convencido de que la muerte está cercana, se debe propiciar el diálogo; el expresar los sentimientos le ayudará a elaborar el duelo o pérdida del ser querido.

La parroquia, educadora de vida y salud

La vida se acrecienta dándola y se debilita en el aislamiento y la comodidad. De hecho, los que más disfrutan de la vida son los que dejan la seguridad de la orilla y se apasionan en la misión de comunicar vida a los demás. El Evangelio nos ayuda a descubrir que un cuidado enfermizo de la propia vida atenta contra la calidad humana y cristiana de esa misma vida. Se vive mucho mejor cuando tenemos libertad interior para darlo todo: "Quien aprecie su vida terrena, la perderá" (Jn 12, 25). Aquí descubrimos otra ley profunda de la realidad: que la vida se alcanza y madura a medida que se la entrega para dar vida a los otros. Eso es en definitiva la misión (D.A. 360).

La salud es un proceso de bienestar a nivel físico, emocional, intelectual, social y espiritual que capacita al hombre a cumplir la misión a la que Dios lo ha destinado.

Este concepto de salud no excluye la enfermedad, la discapacidad y el proceso de envejecimiento, ya que estos forman parte de la vida del hombre; por eso hablamos de grados de salud y de enfermedad. Por eso toda persona debe tener acceso sin privilegios ni exclusiones a los servicios para la salud.

La salud es una condición esencial para el desarrollo personal y colectivo. Esto plantea varias exigencias, entre ellas complementar la salud con la alimentación, la educación, el trabajo, la remuneración, la promoción de la mujer, del niño, de la juventud, etc.

La salud es afirmación de la vida, y como tal tiene que ver con la persona, la espiritualidad, la convivencia democrática, la cultura del reconocimiento de lo diferente, la cultura de la alegría y de la fiesta, la convivencia con la naturaleza, la vivencia de la relación con la tierra como madre de la vida, y como casa y medio ambiente de todos los seres.

La salud que Jesús promueve no consiste sólo en una mejoría física. Su acción sanadora va más allá de hacer retroceder una enfermedad o eliminar un problema orgánico. Jesús busca la salud

integral de la persona, reconstruir enteramente al enfermo, hacer emerger al hombre sano. Jesús cura salvando a la persona y salva a la persona curando. La sanación que Jesús promueve nace del amor, de la compasión, de la preocupación verdadera por el sufrimiento de la persona y el deseo de liberarla.

Este amor sanador de Jesús está hecho de cercanía, solicitud, tacto cariñoso, estima de la persona y respeto a su propia capacidad de curación. Cuando Jesús se detiene ante los que sufren para perdonar, curar sus males, imponer sus manos, devolverlos a la convivencia, les está comunicando que son dignos de ser amados. No es posible sanar desde el egoísmo, el rechazo, el resentimiento o el miedo.

Jesús confía a sus discípulos su misma misión y les habla explícitamente de la evangelización como tarea sanadora: “Cuando entren en una ciudad, curen a los enfermos que haya en ella y díganles: ‘Ya llega a ustedes el Reino de Dios’ ” (Lucas 10, 8-9).

La lucha por la salud es parte esencial de la responsabilidad misionera de la Iglesia y de la comunidad cristiana.

La salud es un proceso dinámico, multicausal, interactivo. Múltiples son los factores que influyen en la salud de las personas:

- herencia;
- realidad social: condiciones de vida – desnutrición – falta de agua potable – desempleo – falta de vivienda – inseguridad – violencia;
- comportamiento personal: exceso de trabajo – falta de descanso – dieta inadecuada – falta de recreación – estrés;
- actitudes negativas: venganza – odio – rencor – resentimiento;
- instituciones de salud: falta de atención básica – altos costos – carencia de elementos – deshumanización.

“...las condiciones de vida de muchos abandonados, excluidos e ignorados en su miseria y su dolor, contradicen este proyecto del Padre e interpelan a los creyentes a un mayor compromiso a favor de la cultura de la vida. El Reino de vida que Cristo vino a traer, es incompatible con esas situaciones inhumanas. Si pretendemos cerrar los ojos ante estas realidades, no somos defensores de la vida del Reino y nos situamos en el camino de la muerte: ‘Nosotros sabemos que hemos pasado de la muerte a la vida porque amamos a los hermanos. El que no ama permanece en la muerte’ (1 Jn 3,

14). Hay que subrayar ‘la inseparable relación entre amor a Dios y amor al prójimo’ (*Deus Caritas Est*, 16), que invita a todos a suprimir las graves desigualdades sociales y las enormes diferencias en el acceso a los bienes. Tanto la preocupación por desarrollar estructuras más justas como por transmitir los valores sociales del Evangelio, se sitúan en este contexto de servicio fraternal a la vida digna” (DA 358).

PARROQUIA Y PASTORAL DE LA SALUD

Concepto de *salud*

Se puede definir la salud como un proceso armónico de bienestar (“bien ser”) físico, psíquico, social y espiritual, y no sólo como ausencia de enfermedades. La salud capacita al hombre a cumplir la misión para la que Dios lo ha destinado, de acuerdo a la etapa de la vida en que se encuentre. La salud es “armonía” entre cuerpo y espíritu, entre persona y ambiente, entre personalidad y responsabilidad.

La Directrices de la Pastoral de la Salud en México definen la Pastoral de la Salud como la “presencia y acción de la Iglesia para llevar la luz y la gracia del Señor resucitado a los que sufren, a los que los cuidan y para fomentar una cultura de la vida y la salud”.

Se pretende una Pastoral orgánica y de conjunto tomando como ejemplo las primeras comunidades cristianas (Hch 2, 42-47), es decir, organizar la Pastoral de la Salud conjugando los aspectos del anuncio de Cristo, la celebración de su presencia y el testimonio a través de la comunión o fraternidad, y del servicio de la solidaridad.

Misión de la parroquia con los que sufren

La labor de las parroquias con aquellos que sufren ha sido una constante: “La Iglesia, desde siempre, se ha interesado en los problemas de la salud. La historia de la Iglesia demuestra que, a través de los siglos, ella se ha preocupado siempre de aliviar los sufrimientos y de promover el bienestar en ambientes socio-económicos y culturales diversos y dispersos en todo el planeta. La miseria del mundo actual la empuja a incrementar aún más esta acción a todos los niveles. Ella está convencida que la salud y el trabajo sanitario son de primordial importancia y, por tanto, pretende continuar su acción de ‘apoyo’ a las acciones emprendidas por los gobiernos, en donde se vea tal necesidad, y siempre para estar, con todos los medios a su disposición, al servicio de los más abandonados” (II Sínodo Diocesano de Guadalajara).

“La Pastoral de la Salud es la respuesta a las grandes interrogantes de la vida como son el sufrimiento y la muerte, a la luz de la muerte y resurrección del Señor” (DA 418).

Tareas

ANUNCIO:

La Pastoral de la Salud pondrá énfasis en el anuncio del sentido cristiano del sufrimiento humano; en la orientación en las decisiones morales; en la prioridad de la evangelización y la formación de agentes; en la denuncia de las injusticias, de la charlatanería, brujería, esoterismo; en la denuncia de la marginación de enteras categorías de enfermos; el fomento de estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades; en la valoración de la medicina alternativa; en la relación con personas de otras creencias o de Nuevos Movimientos Religiosos; y en el estudio de la Doctrina Social de la Iglesia.

CELEBRACIÓN:

La Pastoral de la Salud fomentará la oración personal con el enfermo y la celebración de Sacramentos para enfermos (Penitencia, Eucaristía, Comunión a los enfermos y la Eucaristía como Viático, Unción de Enfermos); y celebrará algunos Sacramentales y las jornadas particulares.

FRATERNIDAD-SOLIDARIDAD:

La Pastoral de la Salud alentará la comunión y comportamientos fraternos en todas las formas de solidaridad y servicio: la humanización de la asistencia (con oportunas formas de voluntariado); la asistencia pastoral en los hogares y en las instituciones de asistencia y salud; y favorecerá a las asociaciones profesionales y de enfermos; instará a la vigilancia sobre prácticas médicas y la política sanitaria. Buscará la colaboración con todos.

El equipo parroquial de Pastoral de la Salud

La comunidad parroquial favorecerá la conformación de un grupo o equipo de Pastoral de la Salud que, en colaboración con el equipo de Cáritas y el grupo de los Ministros Extraordinarios de la Sagrada Comunión, dará una respuesta lo más integral posible a los enfermos y sensibilizará a la comunidad entera.

Este equipo no des-responsabiliza al resto de los cristianos, sino que sensibiliza a toda la comunidad y promueve el servicio sanador como un compromiso real y efectivo de toda la parroquia, animando a que sus actividades estén orientadas a vivir responsablemente el mandato sanador de Jesús y el servicio a los enfermos.

El equipo de la Pastoral de la Salud debe ser el cauce y expresión de la caridad pastoral, el instrumento concreto que impulsa, coordina y lleva a cabo las tareas (anuncio, celebración, fraternidad y solidaridad) de toda la comunidad hacia los enfermos.

El equipo como estructura pastoral da estabilidad y tiende a evitar las improvisaciones y la dispersión individualista. Lo que hacen los agentes de Pastoral de la Salud debe ser testimonio del amor fraterno no sólo de ellos, sino de toda la parroquia.

Además, el equipo brinda a sus miembros la oportunidad de una constante comunicación, enriquecimiento y sana crítica, resultando el medio más eficaz para integrar activamente a los que sufren en la estructura parroquial, según sus posibilidades, pues no sólo se lleva un servicio evangelizador, también recibimos ayuda de ellos: “Los pobres y los enfermos nos evangelizan”.

Después de haber sensibilizado a toda la comunidad sobre lo que es la Pastoral de la Salud, se pide una colaboración concreta a personas con tiempo disponible para comprometerse en este campo. Con un grupo dispuesto a formar equipo, pueden comenzar las primeras reuniones para establecer objetivos iniciales, sencillos y concretos, que serán de formación y acción. Es útil conectar con la Sección diocesana de Pastoral de la Salud y pedir su colaboración para emprender la marcha. Hay que evitar que el equipo se convierta en un grupo aislado dentro de la parroquia.

Las Directrices (números 92 y 93) presentan los objetivos de un grupo de Pastoral de Salud:

- Promover un estilo de vida sana, una comunidad sanadora a través de la promoción, educación y prevención de las enfermedades (dimensión comunitaria).
- Sensibilizar y motivar a la comunidad cristiana para que se haga cargo de sus enfermos y ancianos (dimensión comunitaria).
- Hacer presente el amor misericordioso de Jesús a los enfermos y ancianos en hospitales, asilos y familias (dimensión solidaria).
- Anunciar el sentido cristiano del sufrimiento humano (dimensión solidaria).
- Contribuir a la humanización y evangelización de las estructuras, instituciones y personal de la salud (dimensión político-institucional).

El grupo de Pastoral de la Salud tendrá su coordinador y contará con la animación y asesoría espiritual del párroco. Realizará su trabajo en coordinación con la de conjunto y demás grupos parroquiales.

Se elaborará un plan de trabajo que incluya: la sectorización de la parroquia, un diagnóstico de la realidad de la situación (problemas y recursos), la identificación de líneas de acción y agenda de las actividades.

Para responder de manera concreta y adecuada a las necesidades detectadas, se conformarán los comités de trabajo involucrando a todas las personas de la parroquia: enfermero, farmacéutico, trabajador social, maestro, conductor, ama de casa, pensionados, etc., que tendrán como objetivo la realización de labores concretas teniendo en cuenta las diversas dimensiones.

El grupo de Pastoral de la Salud podrá articularse en tres comités:

1. *Comité de ayuda fraterna.* Tiene como finalidad responder a las necesidades de tipo material: farmacéuticos, alimentos, ropa, higiene personal, fondo de dinero para emergencias, etc. Desarrollará, además, tareas de voluntariado asistencial.
2. *Comité de acompañamiento.* Estará conformado por personas que donan su tiempo, atención y compañía, para visitar periódicamente a los enfermos en sus hogares y en el hospital, facilitando la presencia del sacerdote, la celebración de los sacramentos, la oración, etc. Pueden ser los Ministros Extraordinarios de la Sagrada Comunión.
3. *Comité de educación en salud.* Se preocupa por la promoción y educación en salud y prevención de las enfermedades. Programa conferencias, talleres, charlas, brigadas de salud, etc. Lucha por condiciones de vida más humanas (alimentación, vivienda, agua potable, etc.) y participa en la elaboración de los planes de desarrollo local.

El aporte de los enfermos, ancianos y personas con capacidades diferentes

Se cree comúnmente que los enfermos, las personas con capacidades diferentes y los ancianos son personas que solamente reciben de los demás, que no dan ni pueden dar nada útil a la comunidad cristiana y la sociedad. Esta idea es el resultado de la mentalidad de eficiencia, de productividad y de consumismo que

impera en la sociedad moderna.

Los enfermos, personas con capacidades diferentes y ancianos pueden realmente ofrecer a la comunidad un aporte rico y valioso. Se les considera pobres y necesitados de todo porque carecen de salud y no pueden desarrollar muchas actividades; pero, precisamente partiendo de su estado de pobreza y aparente inutilidad, ellos pueden ofrecer, comunicar y transmitir grandes valores humanos y cristianos que constituyen una riqueza para la comunidad social y religiosa.

A nivel humano:

- La relativización de las cosas. La enfermedad nos hace relativizar las cosas y, sobre todo, las riquezas, el poder, los títulos, el prestigio.
- Realismo frente a la vida. El dolor y la enfermedad aportan realismo a un mundo consumista que con frecuencia vive de ilusiones caducas y pasajeras.
- La humanización del dolor. El sufrimiento asumido con serenidad y paz, es enormemente humanizador. Quien sufre nos muestra que el “ser persona” es más importante que el “tener cosas”, que la “cultura del ser” tiene más importancia que la “cultura del tener”.
- La solidaridad. El sufrimiento, serenamente asumido, produce unión y esta unión engendra solidaridad, es decir, una plataforma sólida, firme, sobre la que puede construirse una auténtica amistad.
- Nos recuerdan la realidad de la vida humana sujeta a limitaciones, discapacidades y enfermedades; obligada, a menudo, a depender de los demás. Los enfermos, personas con capacidades diferentes y ancianos que viven la experiencia de la limitación humana, rompen los mitos y las ilusiones que crean el bienestar, la eficiencia, la ambición y el poder.
- Nos invitan a devolver su significado a determinados valores que hoy están en crisis: la humildad ante la fragilidad humana; la paciencia para afrontar dificultades y momentos dolorosos; el aprecio y el respeto por la salud y la vida; la solidaridad y la atención a las necesidades de los hermanos, venciendo el propio egoísmo.
- Amplían los horizontes de los demás mediante su patrimonio de experiencia de vida y de valores humanos: iluminan en la duda de elecciones importantes; amonestan en las situaciones

de actitudes imprudentes; animan en la hora de la prueba o desgracia; hacen valorar las propias cualidades y posibilidades; invitan a perseverar a pesar de la dureza o monotonía de las tareas diarias.

- Ofrecen el don de una tradición. Los ancianos, en particular, transmiten a las generaciones jóvenes la vitalidad del pasado como un don, vivido por ellos en el presente, para ser transmitido al futuro.
- Quien sufre, es una persona que lucha por la vida, máximo don de Dios. Ante el misterio del dolor y de la muerte, nos estorban la envidia, el egoísmo y el odio; lo que de verdad cuenta es la bondad, la solidaridad y, en definitiva, el amor.

A nivel de fe:

- Nos recuerdan la trascendencia de la vida humana y del Reino de Dios. La enfermedad, la discapacidad y la ancianidad son signos de nuestro caminar y de nuestro éxodo hacia la patria eterna. Somos ciudadanos transitorios en este mundo y peregrinos en el camino hacia la meta del Cielo. Los enfermos, personas con capacidades diferentes y ancianos son símbolo de la comunidad que peregrina hacia Dios.
- Nos ayudan a afrontar la realidad de la muerte. La cultura y la civilización actuales tratan de alejar e ignorar la realidad de la muerte. Los enfermos, personas con capacidades diferentes y ancianos nos recuerdan nuestra condición mortal y nos ayudan a reconciliarnos con la perspectiva de la muerte.
- Nos testimonian que la cruz y el dolor forman parte de la vida, y pueden tener su fecundidad a la luz del sufrimiento redentor de Cristo. Por medio del dolor, los enfermos, personas con capacidades diferentes y ancianos colaboran en su obra redentora.
- Suscitan sentimientos de esperanza cristiana. Quien es la “resurrección y la vida” infunde en ellos serenidad y paz, porque saben que lo mejor está por venir, puesto que, “destruida nuestra habitación terrena, se nos prepara otra mansión indestructible en el Cielo” (2 Corintios 5, 1). Esta serenidad y paz son el mejor y más fidedigno testimonio de la esperanza que no desilusiona.

LA PASTORAL DEL DUELO

Objetivo: Ayudar a la familia en la elaboración del duelo.

La muerte es un evento natural en la vida del hombre y, consecuentemente, también lo es el duelo por el fallecimiento de un ser querido. El duelo no se puede “evitar”, como tampoco se puede evitar la muerte de un familiar, amigo o colega. Es un evento “natural” que, sin embargo, actualmente en nuestra sociedad, está adquiriendo características particulares que lo convierten en uno de los momentos más dolorosos y difíciles de sobrellevar; de ser una realidad “natural”, vivida con temor y tristeza, se ha convertido en un momento desgarrador, que trastoca la vida y deja a las personas más vulnerables que en tiempos pasados, y si las personas y familias no encuentran un apoyo –una red de solidaridad–, el duelo puede llegar a degenerar en “patológico”, con toda una serie de secuelas que lo hacen más complicado, entre ellas la depresión.

La vida “urbana” ha hecho desaparecer los rituales de duelo, y lo que algunos autores llaman la “falta la socialización”, deja a los deudos en una situación de soledad existencial, sin el apoyo de una comunidad que esté cercana, que los apoye y ayude.

Cambios profundos se han ocasionado en la familia y en sus relaciones: familias “ausentes” o “disfuncionales”, y la transformación de las relaciones “comunitarias” en relaciones “funcionales” –impersonales y frías– hacen que el duelo se transforme en un drama del cual la persona a menudo no puede salir.

La pérdida del sentido cristiano de la vida y de la fe –un indicador de este fenómeno es la escasa reflexión, aun en ambientes religiosos, sobre las “realidades últimas” o la vida después de la muerte– conlleva a que para muchas personas la comunidad cristiana no sea importante y no encuentren en ella un lugar de apoyo.

El impacto de fenómenos naturales, las tragedias laborales, los accidentes automovilísticos –podríamos definirlos como eventos que ocasionan una muerte “súbita y trágica”–, provocan duelos difíciles de manejar.

También en nuestra ciudad y estado se multiplican las muertes por violencia –homicidio, secuestro, desaparición–, y el aumento en el número de suicidios, nos ponen en contacto con muchas

personas incapaces de retomar su vida cotidiana sin una ayuda calificada.

Es imperativo organizar –a nivel de sociedad civil y de comunidades religiosas– una nueva red de solidaridad para ofrecer un acompañamiento que ayude a “sanar las heridas” de la pérdida de un ser querido.

La muerte

La muerte es un tema muy controvertido en la sociedad actual: *apasionante* para algunos, ya que a través de su estudio conocen el comportamiento y el pensamiento del ser humano a lo largo de la historia; *tabú* para otros, que ven la muerte como una tortura mental y prueba física, por lo que prefieren retirarla del campo de la conciencia, como si olvidándose de ella pudieran desaparecerla; otros más la consideran una *derrota*, ya que piensan que algún día podrá ser vencida o por lo menos aplazada a voluntad. Para otros, la muerte es el *paso necesario para vivir eternamente* y, también, hay quienes a través de la muerte buscan desesperadamente su felicidad, poniendo fin a la angustia que los invade.

La tendencia generalizada en occidente es de mantener la muerte lo más alejada posible de nuestras vidas: sofocamos nuestro miedo secreto hacia ella, sumiéndonos en una actividad frenética con la meta de tener y poseer cada vez más, pensando que la acumulación de “bienes” nos aleja de lo que nos hace sufrir y nos da seguridad. En realidad, aferrarse a la seguridad, o perseguirla, crea más inseguridad y miedo.

La muerte se ha convertido en algo desconocido con toda la ansiedad que eso produce. Vivimos como si la muerte no nos concerniera. En general no queremos vivir nuestra propia muerte y el clamor generalizado es: “Que muera de un infarto”, relacionándolo con una muerte súbita y aparentemente sin sufrimiento, no preparada de antemano, e ignorada.

Cuanto más tardemos en afrontar la muerte, cuanto más la borremos de nuestro pensamiento, mayores serán el miedo y la inseguridad acumulados. Nada puede cambiar mientras no ha sido aceptada.

Lo que realmente asusta de la muerte es la falta de amor, la soledad y el dolor, la incomprendión, el darse cuenta de no haber sido auténticos en nuestras relaciones con los demás, de no haber vivido congruentemente con los propios valores. Para liberarnos del temor hacia la muerte, será necesario darnos cuenta de

nuestro propio SER, volver nuestra atención hacia adentro, descubriendo la fuerza del silencio: conocernos, tanto en lo positivo como en lo negativo; aceptarnos y responsabilizarnos de nuestros actos; abrirnos al cambio tan natural en el movimiento de la vida: todo cambia, nada es permanente, e integrar conscientemente el desapego y la propia muerte. Debemos aceptar nuestros propios límites y el dolor inherente a nuestra también propia condición humana. Esta es una tarea que exige tiempo, esfuerzo, una actitud abierta y, sobre todo, trabajar con sinceridad.

El filósofo danés Kierkegaard dijo: “Arriesgarse produce ansiedad, pero no hacerlo significa perderse a uno mismo... Y arriesgarse en el más alto sentido, es precisamente tomar conciencia de uno mismo”.

El sentido de la muerte es personal, cada uno de nosotros le da una interpretación de acuerdo a lo que hemos sido y lo que hemos hecho, a cómo hemos vivido. Si no somos capaces de dar sentido a la existencia, ésta queda reducida a tiempo que se nos escapa; y sin la muerte la vida perdería su sentido. Como decía Víctor Frankl: “Lo primordial es estar siempre dirigido hacia algo o alguien distinto de uno mismo, hacia un sentido que cumplir, una causa a la cual servir o una persona a la cual amar, eso es lo que da el verdadero sentido a la vida”.

Paradójicamente, a muchas personas la experiencia con la propia muerte les ha dado un profundo sentido a sus vidas y una sana convivencia con la muerte. Los investigadores que han estudiado a personas que han experimentado la experiencia de “casi” muerte, han observado una interesante transformación de la vida de muchas de ellas: una disminución del miedo y una aceptación más profunda de la muerte; una mayor preocupación por ayudar a los demás; menos interés por los logros materiales; una visión más precisa de la importancia del amor; un creciente interés en la dimensión y el sentido espiritual de la vida y, naturalmente, una mayor disposición a creer en la vida después de la muerte.

La idea de trascendencia aparece como una alternativa a la idea de la muerte. Con la idea de trascendencia se expresa hoy un “no desaparecerá enteramente”; así pues, hay esperanza, y la confianza de que el amor prevalezca sobre la nada.

“Todos estamos de visita en este momento y lugar, sólo estamos de paso. Hemos venido a observar, aprender, crecer y amar... y volver a casa”, dicho de un aborigen australiano.

Duelo, pérdida y depresión

No es fuerte el que no necesita ayuda, sino el que tiene el valor de pedirla cuando la necesita.

El duelo y los trastornos depresivos comparten varios síntomas, pero hay que conocer la diferencia para dar un mejor manejo al paciente.

Muchas veces la gente se ve sometida a procesos de pérdida que eran parte de su vida, su entorno, su futuro, su pasado, etc. Estas pérdidas ocasionan traumas que causan muchas acciones inconscientes que perjudican la realización íntegra de la persona, tales como: temores injustificados, pensamientos recurrentes, desgano, cansancio excesivo... estas reacciones son considerados síntomas de depresión post-pérdida.

Las similitudes que se comparten entre duelo y depresión son: tristeza, llanto, pérdida de apetito, trastornos del sueño y pérdida de interés por el mundo exterior. Sin embargo, hay suficientes diferencias para considerarlos síndromes distintos. Las alteraciones del humor en la depresión son típicamente persistentes y no remiten; las fluctuaciones del humor, si las hay, son relativamente poco importantes. En el duelo, las fluctuaciones son normales, se experimentan en forma de "oleadas" en las que la persona en duelo se hunde y va saliendo; incluso en el duelo más intenso pueden producirse momentos de felicidad y recuerdos gratos.

Un trastorno depresivo afecta el ánimo de manera radical y no sólo manifestado en forma de arranques emocionales que resultan de problemas particulares, los cuales, generalmente, son de un tiempo mucho más corto.

El duelo

El duelo es un proceso normal por el que pasamos todas las personas, y que varía de acuerdo a la personalidad del individuo, su apego a lo perdido, los recursos propios y los familiares también. Las respuestas posteriores a la pérdida son muy similares a la depresión, pero se alejan de acuerdo a como se trabaja en re-significar el sentido de lo perdido, mientras que en la depresión esto no

es suficiente. Los duelos normales se resuelven y los individuos vuelven a su estado de productividad y de relativo bienestar. Por lo general, los síntomas agudos del duelo se van suavizando entre el primer y segundo mes posterior a la pérdida: la persona en duelo ya es capaz de dormir, comer y volver a realizar las actividades cotidianas. Es normal que algunos signos y síntomas puedan persistir mucho más, y es posible que algunos sentimientos, conductas y síntomas relacionados con el duelo persistan durante toda la vida. Varios autores coinciden en que uno o dos años son suficientes para resolver el duelo.

Los sentimientos de culpa son frecuentes en la depresión, y cuando aparecen en el duelo, suelen estar motivados porque se piensa que no se hizo lo suficiente por el fallecido antes de morir, y no porque el individuo tenga la certeza de que es despreciable e inútil, como ocurre con frecuencia en la depresión.

La certeza de que el duelo tiene un límite temporal es fundamental. La mayoría de las personas deprimidas se sienten desesperanzadas y no pueden imaginar que algún día puedan mejorar.

Las personas deprimidas cometen más intentos de suicidio que las personas en duelo, las cuales –salvo en circunstancias especiales, como por ejemplo un anciano (físicamente dependiente)– no desean realmente morir, aunque aseguren que la vida se les hace realmente insopportable.

Es importante tener en cuenta que las personas con episodios previos de depresión, tienen riesgo de recaer cuando se produce una pérdida importante.

Hacia una Pastoral del Duelo

Estamos acostumbrados a reflexionar para dar una respuesta a las necesidades fisiológicas. En el último medio siglo se han multiplicado las reflexiones teóricas y las iniciativas para satisfacer también las necesidades psicológicas (cognitivas y afectivas). Así, ha llegado el momento de identificar y construir herramientas para un acompañamiento espiritual que tome en cuenta las necesidades espirituales.

Frente a las preguntas difíciles –¿por qué?, ¿por qué a mí?, ¿qué sentido tiene esta muerte de mi ser querido?–, nos sentimos incapaces de encontrar una respuesta que dé consuelo a quien nos

cuestiona. Es importante, ante todo, enfrentar esta dificultad para hallar y ofrecer la respuesta, con un espíritu de humildad y de compasión: estamos en el mismo “barco”; también nosotros sentimos lo “absurdo e injusto” de muchas situaciones; o tal vez no se nos pide una “respuesta verbal”, sino una actitud de presencia, escucha y compasión ante el sufrimiento que estas preguntas llevan.

Quisiéramos “aminorar” o “desaparecer” la angustia: tarea imposible. La angustia es nuestra “compañera” de camino, y es preferible “convivir” con ella y ayudarnos a ver que puede ser “útil”: nos ayuda a reconocer nuestra condición de criaturas, de personas frágiles y necesitadas de los demás, descubriendo la profunda solidaridad que nos une más allá de las diferencias.

La muerte de un ser querido suscita, sin duda, una reflexión sobre la existencia que hemos vivido con la persona que ya no está. Pueden salir a flote sentimientos de culpa, aspectos desagradables, palabras y experiencias que no expresamos en vida. ¿Es demasiado tarde para reconciliarse, para comunicarse y comunicarnos? Desde un punto de vista humano, tal vez sí: es demasiado tarde. En una visión religiosa, no: podemos todavía reconciliarnos, decirnos adiós, despedirnos, narrar todo el amor que no pudimos o quisimos manifestar en vida. La muerte de un ser querido, paradójicamente, puede obligarnos a tomar actitudes y conductas más maduras, menos dependientes, más solidarias: entonces, la muerte se convierte en alumbramiento de una nueva etapa de existencia, en una nueva vida.

Desde un punto de vista espiritual, la pérdida de un ser querido nos espolea a encontrar y dar un nuevo sentido a nuestra vida, a descubrir nuevos valores, a hacer una revisión de nuestras opciones fundamentales, a crecer humana y espiritualmente, a tejer nuevas relaciones y profundizar en las existentes, a comprometernos con la sociedad, a elaborar un proyecto de vida futura, a renovar nuestra fe y esperanza.

La muerte de un ser querido nos recuerda que la vida es una realidad “única” e “importante”. Un filósofo afirma que la muerte es “maestro de seriedad de la vida”. Por eso, elaborar bien el duelo es necesario para abrirse al futuro, cultivar la esperanza y plantear un nuevo proyecto de vida.

La proximidad de la comunidad católica

Cuando una persona toma la determinación de buscar ayuda para manejar su duelo, de alguna manera expresa su incapacidad para solucionar el problema, su autoestima se ve disminuida y esto provoca estrés. Por eso se requiere respeto y honestidad, reconocer al otro no como número u objeto sino como ser vivo, hacedor de sus propios pensamientos, consciente de las propias necesidades y aspiraciones. Es necesario evitar los juicios y valoraciones de cualquier tipo, hacer que el otro se sienta a gusto tratándolo de igual a igual, en un clima de seguridad y confianza: éstas son actitudes indispensables si queremos favorecer un desarrollo positivo del duelo.

La proximidad de la Iglesia se puede expresar a través de diversas iniciativas. Ante todo a nivel litúrgico, con los ritos de despedida (oraciones, velorio, Misa de cuerpo presente, triduo, aniversarios): momentos importantes para decir lo que no se había tenido el valor de decir, para confiar al difunto y confiarse a la fuerza de Dios y al consuelo del Espíritu Santo, para permitir una participación comunitaria y coral que saque al doliente del aislamiento, que permita la primera de todas las formas de solidaridad: la presencia y la oración para quien se ama.

La comunidad católica puede, además, ser importante en una presencia de “prevención” (no propiamente del duelo, sino de sus consecuencias patológicas), con una labor educativa, de concientización, de “anuncio” y preparación para vivir estos momentos difíciles.

Las iglesias –no sólo las comunidades católicas– pueden, además, conformar una red de “centros de escucha”, promover grupos de ayuda mutua, favorecer momentos recreativos y sociales para personas solas.

Se pueden promover las visitas a las personas en duelo, no dejarlas solas, involucrarlas en actividades parroquiales para que se sientan útiles, favorecer y estimular la solidaridad entre deudos, y favorecer la ayuda práctica y económica.

SALUD MENTAL

Un sufrimiento difundido y cercano

El sufrimiento mental es una forma de pobreza que parece, a menudo, sin solución; es un sufrimiento difundido y cada vez atañe a un mayor número de personas. Según la Organización Mundial de la Salud, las personas que viven, a lo largo de su vida, un período más o menos largo de sufrimiento mental corresponden al 20% de la población: millones y millones de personas. Las proyecciones para el futuro, además, prevén un aumento significativo; las razones son múltiples y se deben a factores diferentes: ambientales, socio-educativos, laborales, espirituales, por la pobreza, por la desintegración de muchas familias, por las migraciones, etc.

El sufrimiento mental puede pasar desapercibido frente a nuestra mirada, porque no se trata, en la mayoría de los casos, de manifestaciones llamativas. El sufrimiento mental se presenta de manera variada y multiforme. Los que intentan captar la esencia de este malestar, han obtenido respuestas confusas, vagas, misteriosas, escuchando palabras como desesperación, inutilidad, vacío y derrota.

El sufrimiento mental, además, está asociado a comportamientos “raros”, anormales, incomprensibles y excéntricos, que suscitan temores y miedos. Una razón más para que este sufrimiento sea poco comprendido o evitado.

La enfermedad mental es una alteración en la forma de pensar, de sentir y de actuar de una persona, y se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida. La enfermedad mental no es algo sencillo de asumir, ni para el paciente, ni para la gente más allegada, pues implica una serie de cambios en el estilo de vida, así como la implementación de múltiples herramientas personales que permitan una mejor adaptación a las situaciones cotidianas que se viven en torno a la enfermedad. Es importante que tanto el paciente como la familia conozcan la enfermedad y el tratamiento a seguir, ya sea farmacológico, psiquiátrico o psicológico, y apegarse a él para prevenir cualquier recaída.

La mayoría de los pacientes logran superar la enfermedad, pero puede ser un proceso largo y doloroso, en particular por la imagen negativa que se tiene de estos enfermos, pues gran parte de su sufrimiento se debe al rechazo, la marginación y el desprecio social

que tienen que soportar, debido a una serie de mitos y creencias erróneas derivadas de la falta de información y el miedo a la “locura”, entre otros factores.

Se supone que su conducta es anormal, que no funcionan en un trabajo, que son peligrosos, impredecibles, etc.: todas estas creencias repercuten de tal manera en la percepción de la enfermedad mental que llevan a la discriminación y estigmatización, que casi siempre es inconsciente. Estos mitos levantan una barrera para la asistencia y la reintegración social.

Las personas que sufren por trastornos mentales están entre nosotros, en nuestras familias, en los lugares de trabajo, entre los vecinos y conocidos; la mayoría de ellas no expresa su sufrimiento, lo esconde, lo vive con emociones de miedo y vergüenza. A menudo no piden ayuda, algunas veces porque no tienen la capacidad para enterarse de su enfermedad, otras veces porque tienen miedo al rechazo, a la burla y a la marginación.

Las instituciones para la salud están llevando adelante sus iniciativas para ofrecer respuestas en situaciones de emergencia y cronicidad. Se trata de respuestas necesarias y, a menudo, bien estructuradas; sin embargo, no son suficientes: la sociedad entera debe hacerse cargo de este sufrimiento, acompañando a los enfermos y sus familias.

Los conceptos de *peligrosidad social* y de *protección de la sociedad*, o simplemente el miedo, empujan hacia soluciones drásticas y deshumanas: marginar y “encerrar” a estos hermanos y hermanas, para que no generen molestias o problemas.

La respuesta de la comunidad cristiana, inspirándose en la actuación de Jesús, puede y debe ser diferente: acercarse, acompañar, cuidar... y amar.

No siempre se podrán encontrar las terapias adecuadas que resuelvan la enfermedad, pero sí –siempre– se podrá tratar a estas personas con respeto, cariño, y ofreciéndoles los cuidados que necesitan. Podríamos empezar por nuestro lenguaje, quitando todo lo que suena ofensivo y humillante, para continuar con una mirada diferente y un trato digno, el mismo que nos gustaría recibir en situaciones análogas.

El estilo de Jesús con los enfermos mentales

No queremos forzar el Evangelio según nuestras categorías culturales, clínicas o sociales, pero podríamos decir –siguiendo el parecer de los expertos más destacados en este sector– que las

narraciones evangélicas que presentan a personas “poseídas por espíritus inmundos” están describiendo a personas con enfermedades mentales (trastornos de personalidad, esquizofrenia) o neurológicas (epilepsia).

Puede iluminarnos la narración del Evangelio según San Marcos, capítulo 5. Jesús desembarca en la tierra de los gerasenos, lugar de paganos, donde crían puercos –animales impuros– en un lugar de sepulcros (falta de fe, impureza y muerte: la situación no puede ser peor).

En esta situación se da el encuentro con un hombre raro y agresivo, que no encuentra cabida en medio de los demás. Tal vez este hombre esconde mucho miedo detrás de su agresividad que, de hecho, dirige sólo contra sí mismo, provocándose dolor y heridas con las piedras. Ni siquiera las cadenas contienen la furia que alberga en sí; el único lugar que puede ocupar es el cementerio, el rincón de la ciudad deshabitado y siniestro que a todos habla de muerte...

Es suficiente que vea de lejos a Jesús, para que se despierte en él un deseo, nunca satisfecho, de dirigirse hacia alguien, ahogando con ímpetu sobre otra persona el drama de los muchos espíritus inmundos que habitan en su interioridad. En la narración, llaman la atención los esfuerzos que el hombre hace para ir al encuentro con Jesús y hablarle, a pesar de que sus palabras resuenan sólo como una amenaza. No es difícil pensar en muchas personas con trastornos mentales que formulan de una manera muy torpe sus necesidades de afecto y cercanía, resultando agresivas a los ojos de los demás.

Pero Jesús no se deja engañar por su modo de actuar: la sociedad hizo a un lado a aquel hombre y Él va ante todo hacia quienes la sociedad ha marginado y rechazado. Para que una persona tan lacerada pueda salir de su aislamiento y vivir un auténtico encuentro de liberación, es necesario que alguien con valor desembarque y ponga su pie en el reino de los muertos para volver a dar vida, para rescatar lo que estaba perdido. El miedo no paraliza a Jesús. También a nosotros se nos pide movernos hacia quienes en nuestras ciudades y en nuestro corazón no tienen cabida, sin esperar que sean ellos –tal vez víctimas de una rabia inextinguible– quienes lleguen a tocar a nuestra puerta.

Jesús pregunta por el “nombre”, porque no nos acercamos a una diversidad o a un caso clínico entre muchos, sino a una persona singular que se quiere encontrar en su singularidad.

El hombre de Gerasa, persona enferma, responde con la voz de los muchos espíritus inmundos que lo enredan: "Mi nombre es Legión, porque somos muchos"; él revela la angustia de su disgregación interior, de las muchas facetas que han tomado en él una dramática autonomía, propia del ser humano afectado por una psicosis.

Jesús libera del mal y sólo Él puede hacerlo. A nuestras comunidades les toca la tarea de favorecer el encuentro personal con el Señor que libera y salva.

Sufrimiento mental y comunidad cristiana

El enfermo mental es una persona sumergida en el sufrimiento, con la necesidad de contar siempre con alguien que lo acoja y lo respalde: es por esto que la comunidad cristiana está llamada a velar por ellos, a fin de que se respeten y garanticen sus derechos.

Hay que recordar que no es sólo el sufrimiento mental el que margina al enfermo de la sociedad, sino que también contribuyen los prejuicios que acompañan el concepto de "locura" ("el enfermo es peligroso, no razona, está encerrado en su mundo", etc.) y el contexto social que con dificultad reconoce y acepta la presencia de una enfermedad que no muestra signos evidentes de un problema físico.

Por eso, la comunidad cristiana debería preguntarse en situaciones tan complejas: ¿por qué dar voz al que se cierra en el mutismo, al que se pierde en el delirio o se hunde en la depresión?, ¿se considera una práctica fuera de lugar en una comunidad que supuestamente se considera solidaria?

Aunque existan diferentes actitudes, se debe buscar y lograr que la comunidad sirva de puente entre la familia y las instituciones sanitarias, dado que pueden darse relaciones difíciles, por lo que se debe tratar de convencer al enfermo y a su familia de hacerse ayudar para afrontar su situación, y en cualquier caso se les debe dar la importancia que merecen los que hasta ahora no han sido debidamente reconocidos, acogidos y escuchados.

Dada la respuesta de los servicios de salud psiquiátricos, a menudo insuficiente, la comunidad está llamada, ahora más que nunca, a realizar servicios de prevención, curación y rehabilitación, con la debida atención ética.

También se debería favorecer la creación de otros proyectos que resolvieran las necesidades espirituales de los enfermos, pues a la Iglesia le ha sido confiado el "cuidado de los enfermos". Este

cuidado, atender y acompañar a los enfermos, es inseparable de la “Evangelización”.

Evangelizar el mundo del sufrimiento constituye para nuestras comunidades un reto, por lo cual se les debe alentar y proponer las siguientes acciones urgentes:

- Educar para vivir y asumir el sufrimiento. Se debe ayudar a cada uno a comprender el misterio profundo encerrado en toda persona que sufre.
- A la luz del Evangelio, renovar actitudes ante el sufrimiento propio o ajeno, para lograr que la fe sea fuerza en medio de la enfermedad.
- Escuchar más a los enfermos, pues ellos saben lo que es sufrir, difundir su testimonio y facilitar el intercambio de experiencias de fe en la enfermedad. El que sufre tiene necesidad de modelos y ejemplos, más que de palabras.
- Despertar y afinar la sensibilidad hacia el prójimo enfermo, y desarrollar actitudes de cercanía y asistencia.
- Promover una solidaridad afectiva y efectiva hacia los enfermos. “El sufrimiento está presente en el mundo para irradiar el amor”.
- Finalmente, reconocer y celebrar los logros de la ciencia para suprimir o aliviar el dolor.

Los gestos innumerables de afecto, preocupación y ternura de los que asisten a los enfermos, así como la presencia sacrificada y amorosa de las familias junto a sus seres queridos, son un patrimonio y un recurso para la entera comunidad parroquial.

Toda la historia de la Iglesia está impregnada de la caridad y del valor fundamental de reconocer, en el que sufre, al hermano enfermo que precisa de acogida, de amor, de cuidados, de ternura y de protección con generosidad. La caridad no debemos delegarla sino asumirla y actuar con generosidad, como gesto de promoción y celebración de la vida, voluntad de Cristo que “ha tomado nuestras enfermedades y cargado nuestras miserias”.

Reflexionando sobre la presencia del enfermo mental en nuestra parroquia, al que habitualmente se le percibe como un rostro silencioso, irreconocible, fastidioso, deberemos recordar el ejemplo de Jesucristo, quien les acompaña, y en la Eucaristía nos da un ejemplo de entrega hacia todos. La actitud de Jesús, de acercarse y curarlos, nos estimula fuertemente a la Iglesia a ser solidaria, a

colocarse al lado de cada persona que sufre disturbio mental, pero que lleva la imagen y la semejanza de Dios.

La familia

La familia tiene un papel fundamental e insustituible en el cuidado y promoción de la salud, en la prevención y alivio del sufrimiento: es el santuario de la vida, donde ésta es amada, cuidada y protegida. Cuando la enfermedad mental se presenta, casi siempre genera un desequilibrio en el núcleo familiar. Esta crisis es vivida de manera diferente, y depende de muchos factores: situación socioeconómica, tipo de problema, grado de cultura y educación, lugar que ocupa quien sufre en la familia, creencias y posturas religiosas, etc.

Cuando se habla de enfermedad mental, no sólo el enfermo está implicado, sino que todos sus allegados (familiares y amigos) conviven el sufrimiento: es una historia personal que se entrelaza con la historia familiar.

La Organización Mundial de la Salud afirma que la familia juega un papel clave al ocuparse de sus enfermos mentales, ya que puede tener un impacto positivo o negativo, si no se les acoge a través del apoyo, la comprensión y la motivación. Por esta razón, es importante ayudar a la familia a comprender la enfermedad, a alentar su colaboración en la recuperación, a reconocer el primer síntoma de una recaída para que no se prolonguen las crisis, a hacer todo lo posible para alcanzar una pronta recuperación y reducir las secuelas negativas.

Desafortunadamente, a pesar de que hoy en día se comprende más esta problemática, se condena algunas veces al enfermo y a sus familiares al aislamiento social. Este aislamiento se basa en la culpa, en el miedo a que resulten imprevisibles o peligrosos, en el rechazo a la anormalidad, en el ocultamiento de la enfermedad por vergüenza. Evitando que se enteren los demás, la familia termina por sentir la carga de un peso insoportable, el peso de un enfermo difícil de manejar; debido a esta falta de comunión con la sociedad y a la sensación de imaginarse diferente, inevitablemente van separándose de la comunidad y terminan cerrados en un círculo por demás pequeño.

Compete a la comunidad cristiana rescatar al enfermo y a su familia del cerco de dolor privado, así como ayudarlo a recuperar su lugar en la comunidad y contar con una posibilidad de vida, y no sólo de supervivencia, a través de acciones concretas, de una

presencia eficaz que exprese acercamiento y redescubra el valor del trabajo de conjunto al servicio de los demás.

Todo esto contribuye a la transformación de la imagen del enfermo mental, a intentar el cambio en la cultura dominante y a solicitar de las instituciones de salud la búsqueda de respuestas que garanticen a cada uno el derecho a la salud.

Acciones de acogida:

- Cuidados y atenciones primarias: limpieza, alimentación, atención médica, medicinas, terapias, hospitalización, etc.
- Cariño para saberse querido; apoyo y protección para sentirse seguro; compañía para no verse abandonado; comprensión y paciencia para no considerarse una carga.
- Ayuda para afrontar el problema con realismo y asumirlo con serenidad.
- Apoyo y ánimo para seguir luchando; fortaleza y valor en los momentos críticos.
- Ayuda en la fe, compartiendo con él la Palabra de Dios, orando por él y con él, facilitándole la presencia del sacerdote y de los miembros de la comunidad cristiana.

VIH–SIDA

Entre miedo y esperanza

Fue en 1981, al detectarse los primeros casos en América, cuando el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos informó al mundo sobre este *nuevo y grave problema de salud pública en el mundo*, iniciándose estudios y constataciones que fueron perfilando este nuevo azote a la humanidad.

Las *reacciones*, motivadas por el terror y el desconocimiento, fueron injustas y desproporcionadas: se habló de cerrar fronteras, se pensaba que se contagiaba por el saludo de mano, por utilizar los mismos cubiertos o por respirar el mismo aire; se discriminó a los homosexuales porque se les consideraba los principales portadores, incluso se decía que era justo castigo para una sociedad pecaminosa que no respetaba las leyes divinas de la sexualidad.

¿Cómo impacta a las sociedades el problema del SIDA?

Además de las pérdidas humanas, se manifiestan otros problemas relacionados: niños huérfanos; consecuencias laborales por la muerte de población activa y por ausencias debidas a los tratamientos; el sector salud que se vulnera ante lo costoso de los tratamientos; y el impacto financiero y económico es incalculable, creando un clima de miedo porque no conoce fronteras geográficas, ni de raza, edad o condición social.

En la actualidad, tener VIH *no es sinónimo de muerte*; tampoco es lo mismo que tener SIDA: los nuevos medicamentos van logrando detener la enfermedad y *transformarla en una infección crónica*, cuando responsablemente las personas infectadas se adhieren al tratamiento y, aunque esto sea alentador, el afectado deberá enfrentar a una sociedad cargada de temores, prejuicios y factores emocionales negativos, de tal manera que con frecuencia las personas infectadas o enfermas sufren de rechazo, segregación, limitaciones o aislamiento, no sólo en el medio laboral o escolar, sino incluso en el ambiente familiar y médico.

Las personas infectadas deben aprender a vivir en esta situación. Toda la sociedad debe mentalizarse de que –como cualquier persona– los hermanos infectados *tienen derecho a una buena calidad de vida*, a convivir estrechamente con otros, abrazar, compartir ropa, disfrutar de una pareja, familia, hijos...: la vida sigue y está aquí en cada uno de nosotros para ser vivida en plenitud, sin importar enfermedades o dolencias.

¿Qué es y cómo se transmite?

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que afecta el sistema de defensa del cuerpo, actúa destruyendo las células del sistema inmune y lo incapacita para defenderse de virus, bacterias y hongos que causan enfermedades, como ciertos tipos de cáncer e infecciones oportunistas.

Manera de transmisión

- **Contacto sexual:** es la manera más común y sucede cuando una persona en la pareja está infectada y su sangre, semen, líquido pre-eyaculatorio o secreción vaginal entra al cuerpo del otro.
- **Contacto con sangre:** a través de transfusiones, agujas o jeringas para administración intravenosa de drogas, heridas o úlceras abiertas, trasplantes de órganos, y por material dental o quirúrgico mal esterilizado.
- **Contacto madre a hijo:** ya sea durante el embarazo, parto o lactancia.

Signos y síntomas

Hasta el momento *no existe un tratamiento o vacuna que cure o prevenga este virus*, pero *se cuenta con medicamentos antirretrovirales* que controlan el progreso de la enfermedad, disminuyendo la carga viral, lo que ayuda al sistema inmunológico a suprimir al máximo los síntomas por el mayor tiempo posible. Estos medicamentos inhiben el crecimiento y la replicación del virus en varios estadios de su ciclo de vida, mejorando la calidad de vida del paciente.

México se clasifica en las estadísticas como un país que tiene una epidemia concentrada, lo cual significa que, aunque la infección por VIH se ha difundido rápidamente en algunos subgrupos de la población, aún no se propaga en la población en general. El grupo poblacional más afectado es el comprendido entre los 15 y 44 años de edad, y, en las dos últimas décadas, la infección ha crecido de forma alarmante *entre la población femenina*, ya que es el sector más vulnerable en el campo biológico, epidemiológico y social.

Detección y prevención

Toda persona que decida hacerse una prueba de detección, debe recibir *asesoría previa y posterior* a su examen, con el fin de aclarar dudas o temores, evaluar posibles riesgos vividos y conocer las

alternativas de prevención que existen, decidir si es el momento adecuado y si se está preparado para realizar sus pruebas o no.

Criterios

1. Sólo se realizarán bajo *consentimiento libre e informado* (firma de aceptación);
2. El resultado es *confidencial*. Lo conocerá sólo el afectado y decidirá a quién comunicarlo;
3. *No se debe exigir como requisito* para: obtener un empleo, contraer Matrimonio, recibir atención médica, formar parte de instituciones, o tener acceso a cualquier tipo de servicios.

Prácticas de riesgo

Para que una práctica se considere de riesgo, es necesario que existan 3 condiciones:

1. *Que esté presente el VIH*. Si el virus no está presente no hay infección; cuando se desconoce si hay o no presencia de VIH, se deben tomar medidas preventivas.
2. *Que exista un fluido capaz de transportar el VIH*: como la sangre, la leche materna y los fluidos sexuales como semen, líquido pre-eyaculatorio, y cérvico-vaginal.
3. *Que el fluido se ponga en contacto con un punto de entrada al organismo*, como las mucosas expuestas (ojos, boca, ano, recto, pene, vagina), heridas abiertas y ulceraciones.

Estas prácticas de riesgo se incrementan cuando la persona tiene más de una pareja sexual o tiene otras infecciones de transmisión sexual.

El VIH *no se transmite por besos, abrazos, caricias* o masajes que gratifican sexualmente sin tener contacto con fluidos sexuales; por *compartir cubiertos*, alimentos o bebidas; o por *utilizar sanitarios*, manejar dinero, usar regaderas, albercas, gimnasios, asistir al lugar de trabajo, acudir a la escuela, ni por ninguna otra forma de contacto casual.

Vías de trasmisión

SANGUÍNEA: El riesgo de transmisión a través de una *transfusión* se encuentra prácticamente controlado debido a una reglamenta-

ción vigente desde 1987. Es importante alentar las donaciones altruistas para evitar el comercio ilegal de la sangre y sus derivados que pueden ser a riesgo. Los *materiales punzocortantes* como navajas de afeitar, rastrillos, cortauñas y el material quirúrgico deben ser *esterilizados y no deben ser compartidos*. Las jeringas y las agujas de acupuntura o de tatuajes deben ser desechables.

PERINATAL: De la madre al hijo. Cuando hay sospecha de riesgo, es oportuno que la mujer se practique el examen antes de quedar embarazada. En caso de resultado positivo, la mujer deberá consultar a un especialista para tomar tratamiento temprano y evitar o disminuir la probabilidad de transmitirlo al hijo.

SEXUAL: Para prevenir la transmisión por esta vía, existen alternativas que requieren un compromiso personal. Los organismos civiles de salud proponen *la teoría ABC*, es decir, con términos ingleses: “*Abstinence*” – *Abstinencia sexual*; “*Be faithful*” – *Fidelidad mutua* y comprometida entre personas que no tienen VIH ni otras infecciones de transmisión sexual; “*Condon*” – Uso constante y adecuado del *preservativo*.

La Iglesia Católica no admite el punto C, es decir, el uso del preservativo, porque *alienta comportamientos irresponsables* de manejo de la sexualidad, fuera del matrimonio, y *da un sentido falso de seguridad* (ningún método, excluyendo la abstinencia sexual, es seguro al cien por ciento). Una objeción a esta enseñanza es la que afirma que el uso del preservativo disminuye la posibilidad de contagio: eso puede ser verdadero a corto plazo; sin embargo, el uso del condón, dando un sentido de seguridad, alienta comportamientos de riesgo y, paradójicamente, aumenta la posibilidad de infección a largo plazo.

Orientaciones éticas

El VIH-SIDA, en cuanto infección y enfermedad, no tiene carácter de moralidad; sin embargo, por su estrecha relación con el manejo de la sexualidad y el uso de drogas, *cuestiona moralmente a quienes lo contraen, a la sociedad entera y la cultura*, cada vez más permisiva y tolerante, que crea las condiciones para su difusión. Por eso se cree oportuno sugerir algunos criterios éticos y espirituales:

- El VIH-SIDA no es un castigo divino ni ha de originar marginación social.

- Es necesario buscar los remedios adecuados para prevenir y curar la infección y la enfermedad, promoviendo *campañas de concientización* y brindando los recursos económicos necesarios.
- Los enfermos de SIDA *son hermanos nuestros* y deben ser atendidos con solidaridad humana y caridad cristiana.
- No se debe someter al test del VIH-SIDA a la población o a determinados grupos que ofrecen mayor riesgo de ser portadores: esta práctica provoca actitudes de marginación (como despidos de puestos de trabajo).
- *Quien tiene la duda de haber sido infectado, está moralmente obligado a someterse a dicho test para evitar dañar a otras personas.*
- En los centros de salud puede ser necesario hacer el test; sin embargo, se debe asegurar un trato confidencial y que esta información no será utilizada en otros ámbitos.
- La ética, justamente, obliga a prevenir el contagio y la transmisión del VIH-SIDA, apelando a la responsabilidad personal en comportamientos de riesgo y promoviendo la *vivencia responsable de la sexualidad*.
- A las autoridades públicas les corresponde intervenir con programas de política sanitaria, de *información y de educación* integral en aspectos relacionados con la enfermedad. Tales políticas han de respetar la dignidad de la persona, la promoción del bien común y la construcción de una sociedad más humana y más respetuosa de los valores morales.
- La reflexión moral cuestiona sobre la tolerancia en la práctica del uso de preservativos para evitar el contagio y la propagación de la enfermedad, porque también sería una manera de incentivar un manejo irresponsable de la sexualidad, engendrando falsas seguridades. La comunidad católica prevé como orientación la vivencia responsable de la sexualidad, en una *relación estable en el matrimonio fiel y comprometido*.

En el caso de la presencia de la infección en uno de los cónyuges, se aconseja la *abstención de las relaciones sexuales*.

Si, por un lado, nadie puede juzgar a otra persona y sobre los motivos que causaron la infección, por otro lado, no podemos ignorar el hecho de que la mayoría de los casos de VIH en México se deben a prácticas irresponsables respecto al manejo de la sexualidad y al uso de drogas. Esto cuestiona las medidas de prevención, que no pueden reducirse a limitar el daño, sino que deben enfrentar el *desafío de la educación y la formación ético-moral*.

Ética de las personas portadoras de VIH

Hay un aspecto en este padecimiento que lo convierte en algo singular y que involucra directamente la reflexión y el compromiso de la persona infectada por VIH: la responsabilidad moral que supone el haber contraído el virus y poderlo transmitir a otras personas. Cada uno deberá reflexionar y desarrollar una *conciencia bien formada* y llegará hasta donde su conciencia lo decida.

La familia

El amor más generoso, puro e incondicional es el de los padres a los hijos, el amor de los hermanos que nace de compartir la misma sangre. Afortunadamente, algunos enfermos de SIDA reciben apoyo de la familia, aunque muchos de ellos ni con eso cuentan, pues *son abandonados* y obligados a buscar refugio con otros enfermos que se encuentran en las mismas condiciones.

Otro aspecto de esta epidemia es el creciente número de *niños* a los que la enfermedad ha dejado *huérfanos*, pues –al contrario de otras enfermedades– el VIH-SIDA generalmente no mata sólo a uno de los padres, sino a los dos, y lo que es peor: la estigmatización y la discriminación se transmiten a sus hijos. Por todo esto, la supervivencia resulta mucho más dura, aunque en realidad los problemas surgen desde que el padre o la madre contraen la enfermedad y quedan incapacitados para el trabajo y la familia se resiente económicamente, pues a menudo los niños tienen que abandonar la escuela para ir a trabajar, cuidar de sus papás y atender a sus hermanos menores.

La respuesta de la familia hacia el VIH está estrechamente ligada a la visión que ésta tenga de la infección y de sus condiciones de vida.

La mayoría de las personas que obtienen resultado de VIH positivo, analizan la posibilidad de *hablar* de esto *con la familia*, lo cual depende mucho de la comunicación que exista y de cómo se abordan las situaciones críticas o difíciles, si se hablará abiertamente o si se discutirá sólo con algunos miembros de la familia.

Es muy respetable que la persona afectada decida no decir a nadie que vive con este virus, pero también es importante valorar la posibilidad de hacerlo en algún momento porque puede llegar el día que no pueda ocultarlo y, si la familia no tiene información o no se ha tenido comunicación, probablemente se presenten situaciones difíciles de sobrellevar para todos.

Los comportamientos de las familias con un miembro seropositivo se deben a elementos derivados de su historia familiar y sus reacciones frente a la vida: van desde la adaptación a la nueva situación hasta la necesidad de cambiar su visión respecto a la realidad. Dentro de las conductas de rechazo y solidaridad, se da el caso de que un mismo individuo puede dar apoyo material (cubre gastos médicos, da atención física al enfermo) y a la vez existe un rechazo moral.

También el temor da forma a reacciones que se manifiestan con la discriminación. El temor suele reflejarse en la negación a permanecer cerca del enfermo; o bien, extremando las medidas de precaución.

La familia ocupa un lugar muy importante en el *tratamiento y la mejoría de la persona*, es ella quien observa los cambios físicos, psicológicos, económicos y sociales de quien vive con el virus. Estos cambios generalmente son pérdidas que despiertan sentimientos difíciles y que requieren de acompañamiento y apoyo.

La Iglesia

La vida es un don de Dios y tenemos la obligación de luchar por ella, de mantener la salud y de prevenir las enfermedades y, si nos enfermamos, tenemos el derecho de ser atendidos y en lo posible curados. En lo que se refiere al VIH-SIDA, se han hecho muchos esfuerzos que no siempre son suficientes por parte de la ciencia médica para su prevención y control. La Iglesia Católica también hace esfuerzos en la atención integral de los enfermos, en la prevención y en la defensa de sus derechos.

La reflexión teológica cristiana afirma con claridad que Dios nuestro Salvador *no castiga con la enfermedad*, y esto incluye al VIH-SIDA. El amor de Dios es incondicional y perdurable, es un amor gratuito, otorgado expresamente a cada persona, y su intensidad y grandeza sobrepasan toda medida que nuestra mente humana pueda imaginar. *La vida de todos y cada uno de los seres humanos es sagrada*, poseedora de una dignidad que todos debemos respetar; de ahí que la discriminación de las personas afectadas viole su misma dignidad.

El *aporte de la Iglesia Católica es muy significativo* en la asistencia, las campañas de prevención y sensibilización. Este hecho nos debe llenar de satisfacción y ser aliciente en el compromiso de apoyar las iniciativas presentes en nuestra Arquidiócesis. La postura de la Iglesia Católica a favor de la abstinencia y la fidelidad, así como

del esfuerzo por atender a muchos enfermos de SIDA, es una contribución valiosa para *defender la vida, la institución del matrimonio, una sexualidad responsable*, la salud y la dignidad de la persona, base de cualquier justicia social. Otro aporte importante de la Iglesia Católica es contribuir a la *lucha contra la marginación, discriminación y exclusión*.

Con la campaña de sensibilización “*Esperanza de VIHda*”, de la Conferencia del Episcopado Mexicano, se favoreció la creación, en 2006, de una Red de Organizaciones Eclesiales y Sociales basadas en la Fe Católica con trabajo en VIH y SIDA denominada *Red fe*, integrada por instituciones comprometidas en la educación, promoción social y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas. Este proyecto está fundamentado en el Magisterio de la Iglesia y motiva el compromiso con la sociedad.

Los Obispos de México, en 2008, presentaron la *Orientación Pastoral “Nuestra Fe en Acción para la Vida Digna de nuestros Hermanos y Hermanas con VIH”* para responder a los desafíos del VIH-SIDA, en la que se llama al compromiso y a la acción frente al sufrimiento y la injusticia que sufren las personas con dicho virus.

La Iglesia nos invita a ver el VIH-SIDA *desde el ejemplo de Jesucristo, recordando la parábola del Buen Samaritano*, que nos pide *hacernos prójimo de estas personas* afectadas, sintiendo como propias sus necesidades con una actitud de respeto, inclusión y de amor misericordioso.

ANCESTROS: EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El proceso del envejecimiento resulta de la interacción de factores genéticos, la influencia del medio ambiente y el estilo de vida de una persona. Es la suma de todos los cambios que normalmente ocurren en un organismo con el paso del tiempo: conlleva un lento pero progresivo deterioro del organismo y sus funciones.

Es también época privilegiada de aquella sabiduría que generalmente es fruto de la experiencia, porque “el tiempo es un gran maestro”: *“Enséñanos a calcular nuestros años, para adquirir un corazón sensato”*, reza el Salmo 90.

El ser humano, al formar parte de un ciclo vital como plantas y animales, nace, crece, alcanza su plenitud, envejece y muere. Una larga existencia implica también una última y prolongada etapa, que no siempre se vive con gozo y bienestar, por el cúmulo de diferentes problemas y limitaciones que comporta.

El paso de los años va dejando su huella en las personas: es la persona, pues, la que envejece, la que siente en sí misma la progresiva incapacidad y el deterioro de su cuerpo y de su mente, y la que siente también cómo su entorno familiar y situación económica, laboral y social, se derrumba lentamente a su alrededor.

Esta vivencia en su Yo más íntimo va a depender fundamentalmente de tres factores:

- La salud física,
- La actitud personal ante el envejecer,
- El entorno familiar y social.

Para la sociedad de hoy, la vejez parece una especie de secreto vergonzoso que no se puede aceptar; quiere ignorarlo, pero es una forma ingenua de huir, para no tener que escuchar la voz que algún día gritará con fuerza y sin remedio.

“Tercera edad”, “vejez”, etc.

La vejez es un concepto fluctuante y muy relativo, los términos utilizados varían y no es fácil encontrar un denominador común. Incluso los individuos inmersos en ella, la viven con características muy diferentes. Podríamos decir que, más que vejez, existen los

ancianos y ancianas que la experimentan. Los distintos términos que la describen nos servirían para comprender mejor algunos aspectos de su naturaleza y de sus exigencias.

Desde una perspectiva biológica y psicológica, el envejecimiento comienza muy temprano. El ser humano toma conciencia de su temporalidad por la experiencia concreta de todo lo que pertenece al pasado, como pequeños despojos que ha de aceptar precisamente para continuar adelante (“pequeñas muertes”).

Sólo abandonando el ayer podremos caminar hacia el futuro como peregrinos que no tienen morada estable; lo que se ha vivido acompaña, vivifica y enriquece el presente, como el nacimiento que se fragua en los meses de gestación.

Todos estamos envejeciendo, aunque no nos sea fácil detectar cuando la vejez comienza a convertirse en una experiencia que, sin ser instantánea, marca el mundo interior de la persona.

Los ancianos en la Sagrada Escritura

“Juventud y pelo negro son vanidad”, observa el Eclesiastés (11,10). La Biblia llama la atención sobre la caducidad de la vida y del tiempo que pasa inexorablemente. Sin embargo, la Escritura conserva una visión muy positiva del valor de la vida, y manifiesta que cada edad tiene sus tareas y su belleza.

Con Abraham señala el privilegio de la ancianidad, donde ésta se convierte en promesa: “de ti haré una gran nación y te bendeciré” (Gén 12,2-3). Junto con él, está Sara, su mujer, que vio envejecer su propio cuerpo, pero que experimentó el poder de Dios que suple la insuficiencia humana.

Otro anciano es Tobit, padre de Tobías, el cual, con humildad y valentía, se compromete a observar la ley de Dios. Soporta con paciencia su ceguera hasta la intervención sanadora del Ángel de Dios (Tb 3). También está Eleazar cuyo martirio nos muestra su fortaleza (2 Mac 6).

El Nuevo Testamento está inundado de la luz de Cristo, y así mismo nos ofrece figuras elocuentes de ancianos: Isabel y Zacarías, padres de Juan el Bautista, a los que se dirige la misericordia de Dios. Isabel, además, es visitada por la Virgen y, llena del Espíritu Santo, exclama: “*Bendita tú entre las mujeres*”. He aquí una pareja admirable de ancianos, animada por un profundo espíritu de oración.

También se encuentra el anciano Simeón, el cual, al encontrarse con el Señor, entona el canto: “Ahora, Señor, puedes dejar que

tu siervo se vaya en paz". Así podemos continuar con la vida de Nicodemo y con el anciano Pedro, llamado a dar testimonio de su fe con el martirio.

Los ancianos y la comunidad eclesial

La ancianidad es algo venerable para la Iglesia y la sociedad, y merece el máximo respeto y estima. "Ponte en pie ante las canas y honra el rostro del anciano" (Lev 19,32): en ellos está el saber, la sensatez y la longevidad, don de Dios.

Por eso los ancianos son muy valiosos, e –podríamos decir– indispensables en la familia y la sociedad. ¡Cuánta ayuda dan a los jóvenes con su sabiduría y experiencia! Todos debemos estar agradecidos, pero ellos también tienen necesidad de ser apoyados y consolados. La Iglesia quiere hacer oír su voz en apoyo de las personas ancianas, tan beneméritas, pero a veces, también, desatendidas.

El Papa Juan Pablo II se inclinaba con profundo respeto ante la ancianidad, e invitaba a todos a que lo hicieran con él. La vejez es la coronación de los escalones de la vida; en ella se cosechan frutos de lo aprendido y experimentado, de lo realizado y conseguido, de lo sufrido y soportado. Como en la parte final de una gran sinfonía, se recogen los grandes temas de la vida en un poderoso acorde. Y esta armonía confiere sabiduría, bondad, paciencia, comprensión y amor. Decía: "Manifiesto sincera estima a todas las personas más necesitadas, por estar abandonadas u olvidadas en los asilos, a veces privados del calor humano".

A este propósito se puede leer y meditar el Documento del Consejo Pontificio para los Laicos: *"La dignidad del Anciano y su misión en la Iglesia y en el Mundo"* (1º de Octubre de 1998).

Líneas de acción

Para el anciano:

- Revisión y cambios en el estilo de vida;
- Motivar su autoestima;
- Hacer que se sienta útil (salir de sí para ir hacia el otro);
- Evitar el aislamiento;
- Ser responsable de cuidar su salud;
- Mantenerse activo (ejercicio adecuado);
- Alimentarse adecuada y equilibradamente;

- Tener una razón para vivir;
- Acrecentar la vida espiritual.

Para la familia:

- Conocer, para entender los cambios de la persona cuando envejece;
- Evitar negligencia, abuso y maltrato;
- Demostrarle aceptación y cariño;
- Buscar alternativas para su cuidado integral;
- Permitir autonomía y capacidad de decisión;
- Evitar la dependencia y saber poner límites;
- Llegar a acuerdos, e involucrar a todos en el compromiso (hijos e hijas, nietos, etc.);
- Respetar y proteger sus bienes;
- No olvidarlos o abandonarlos.

Para la sociedad:

- Respetar y valorar su dignidad como persona;
- Cercanía y comunicación;
- Solidaridad: ayuda en sus carencias;
- Oportunidades de empleo y tarifas especiales en tiendas, servicios, etc.

Para el gobierno:

- Sistema de salud adecuado a esta etapa;
- Infraestructura adecuada: letreros visibles, rampas, pasamanos, etc.;
- Oficinas especiales para quejas, orientación, información, servicios de pensión, abogados, etc.;
- Albergues nocturnos y estancias de día;
- Lugares para ofrecer educación continua;
- Lugares recreativos, sin o a bajo costo, dignos y de calidad.

Para la parroquia:

- Ubicar a los ancianos: conocerlos mediante un censo;
- Integrarlos a la vida de la parroquia;
- Enlazarlos con grupos y organismos de acuerdo a sus necesidades;
- Creación de grupos voluntarios preparados para dar atención de acuerdo a la realidad y necesidad (visitas

domiciliarias sistemáticas);

- Modificar la estructura arquitectónica de algunos templos;
- Presencia de baños dignos, limpios, con pasamanos y que quepa una silla de ruedas;
- Convivencia periódica;
- Catequesis a las familias respecto a la vejez;
- Acompañamiento pastoral;
- Atención sacramental, oportuna y permanente;
- Ser voz de los que no tienen voz;
- Programas y proyectos acordes a las necesidades.

PERFIL DE LOS AGENTES DE PASTORAL DE LA SALUD

Las Directrices para la Pastoral de la Salud en México, en el número 74, nos presentan, de manera sintética, el rol de los visitadores de enfermos y de los Ministros extraordinarios de la sagrada Comunión (MESC).

Se afirma que “son presencia de la comunidad eclesial con los enfermos y sus familias; al mismo tiempo son los ‘oídos’ de la comunidad, para detectar necesidades, para suscitar respuestas de la comunidad, para ser ‘puente’ entre los enfermos-familias y la comunidad”. Se trata de una actividad delicada, que requiere preparación y sensibilidad humana.

El mismo Documento afirma que ellos “desarrollan un rol misionero de primera importancia; en muchas situaciones son la única modalidad ‘misionera’ de una comunidad, la única forma de salir del templo y acercarse a las vivencias y necesidades de la gente. Pueden ser evangelizadores con los lejanos o alejados de la práctica eclesial”.

Entrando en los hogares, en los hospitales y asilos, deben saberse relacionar con personas de diferentes credos y creencias; se enfrentan con problemáticas espirituales y éticas; están llamados a dar pareceres, orientación y consejos; están llamados a transmitir, de manera fiel y sencilla, el mensaje cristiano sobre los temas de la vida, el sentido del sufrimiento, la práctica cristiana, los lineamientos morales. Todo esto requiere un conjunto de actitudes y habilidades.

Las Directrices añaden: “Su formación debe contemplar la capacitación a la ayuda a través de la relación interpersonal, al acompañamiento de los familiares, al seguimiento en la estación del duelo. Particular importancia, y por ende capacitación, necesitan los que trabajan en los centros de salud, acompañando también a los profesionistas y a todas las personas en las decisiones éticas” (número 70).

Perfil del Agente de Pastoral de la Salud

- Tiene una profunda experiencia de Jesucristo, conocido por

la fe; esta experiencia se nutre con la Palabra de Dios, la experiencia de la conversión personal, una intensa vida espiritual (animada por el Espíritu Santo), la participación a los Sacramentos y de la oración personal y comunitaria.

- La experiencia personal del encuentro con Jesucristo se traduce en el seguimiento y el discipulado (Documento de Aparecida): del encuentro con Jesucristo, a la conversión, al discipulado, a la vivencia comunitaria, a la misión.
- Tiende a la madurez humana, al equilibrio y serenidad frente al misterio del dolor propio y ajeno. Acepta, en el constante esfuerzo para superarlas, sus limitaciones. Busca responder de manera serena ante las expresiones emocionales y espirituales del enfermo. Es una persona de “esperanza” y optimismo.
- A través de su apostolado en favor de los enfermos y sus familiares, realiza su sacerdocio común, como entrega de todas sus facultades y recursos en favor de los hermanos que sufren (dimensión sacerdotal).
- Cultiva el espíritu comunitario, formándose una conciencia eclesial. El “sentir con la Iglesia” se traduce en el trabajo apostólico por la comunidad y la sociedad: con una “caridad solícita y una delicadeza provisoria” (*Marialis Cultus*). Explícita, de tal manera, su dimensión real a través del servicio desinteresado. Eso implica una aceptación “de corazón” de las directivas de los pastores y una obediencia generosa y humilde. Es saber trabajar en equipo.
- El talante misionero expresa su dimensión profética, con el diálogo, la propuesta del camino de la vida cristiana y también la “denuncia profética”.
- Lleva adelante el proyecto comunitario con un espíritu de pobreza personal y en el uso de medios, confiando más en la Providencia de Dios y la presencia del Espíritu Santo, que en los recursos materiales y los apoyos humanos.
- Cultiva la pureza de las intenciones, las palabras y el trato, para ser una presencia amigable, respetuosa y promotora de los recursos de los interlocutores.

- Tiene y desarrolla el sentido de su vida como respuesta a un llamado de Dios (sentido vocacional).
- Frente a las dificultades, sabe reaccionar con prudencia, paciencia, perseverancia y fortaleza a la vez. Trata a todos con justicia y caridad. Manifiesta en sus relaciones las virtudes humanas y cristianas que ha interiorizado.
- Conoce la realidad en la que actúa, haciendo suyos “los gozos y las esperanzas”, los problemas y aspiraciones de las personas que atiende.
- Está dispuesto a la formación continua.

Formación

1. Buena preparación en el sector de la Pastoral de la Salud: qué es, cómo se lleva a cabo, documentos y propuestas del Magisterio de la Iglesia.
2. Conocimiento de los aspectos ligados a la ayuda a través del diálogo y la entrevista: capacidad de comunicación. Conocimiento y práctica en las habilidades de acogida, respeto, ayuda atenta, compasión y lucidez.
3. Asimilación de las herramientas básicas para el liderazgo, para saber “educar” a la salud, a los cuidados y a la vida de fe. Haber desarrollado las habilidades para el trabajo en equipo.
4. Posesión de los conocimientos sociológicos, económicos y culturales que le permitan hacer un diagnóstico de la situación social, de la pobreza y la injusticia.
5. Conocimiento y aceptación de las herramientas de retro-alimentación que hagan posible la corrección fraterna y la “supervisión”.
6. Conocimientos de los aspectos fundamentales de la moral cristiana y cómo acompañar en la toma de decisiones éticas.
7. La formación debe llegar a la integración de la inteligencia (conocimientos, capacidad de análisis y síntesis), corazón (sensibilidad) y espiritualidad.

REGLAMENTO

PARA EL AGENTE DE PASTORAL DE LA SALUD (APSa) DE UN GRUPO PARROQUIAL O DE UNA INSTITUCIÓN PARA LA SALUD

- 1) Ofrece sus servicios GRATUITOS y no acepta ninguna forma de compensación por su servicio.
- 2) Se compromete a guardar TOTAL CONFIDENCIALIDAD, tanto de lo que escuche por parte de los demás integrantes del grupo, como de los enfermos y sus familiares. Únicamente se podrán tratar temas confidenciales en las sesiones del equipo, con el coordinador o los pastores de la comunidad.
- 3) Se compromete a CONOCER, ACEPTAR e INTEGRAR en su labor voluntaria la DOCTRINA y la MÍSTICA de la PS contenidas en las directrices, y a participar en las reuniones a nivel parroquial, diocesano o de Provincia Eclesiástica, de acuerdo a su responsabilidad.
- 4) Acepta SEGUIR LOS LINEAMIENTOS PASTORALES de su comunidad. Estará dispuesto a la SUPERVISIÓN y retroalimentación por parte de la coordinación.
- 5) Desea tener PREPARACIÓN y actualización periódica para el desempeño de su labor. Habrá reuniones periódicas para la organización y la formación.
- 6) Adquiere una actitud ecuménica (según los Documentos de la Iglesia Católica) en la relación con personas de otras Confesiones Cristianas o Religiones.
- 7) La Comunidad (Diócesis, Decanato, Equipo Diocesano de PS) ofrecerá a sus agentes CAPACITACIÓN CONTINUA y de calidad, así como las asesorías que soliciten.
- 8) Se compromete a RESPETAR LA AUTORIDAD del párroco, así como del coordinador del grupo. Para cualquier duda, comentario o inconformidad, acudirá directamente con el coordinador o el señor párroco.

- 9) El equipo parroquial de PS está integrado a toda la actividad pastoral de la comunidad, por lo que ningún miembro trabajará de manera individual, y está invitado a participar en las actividades de formación y convivencia de toda la comunidad.
- 10) El agente que trabaja en las estructuras para la salud respeta las normas de las instituciones y se coordina con los responsables.
- 11) Podrá RETIRARSE del servicio en el momento que lo deseé, presentando la renuncia correspondiente.
- 12) Tendrá “UN PERÍODO EN PRUEBA” de algunos meses: podrá capacitarse y “acompañar” a otro APS.
- 13) Antes de la adhesión definitiva, FIRMARÁ una CARTA de compromiso.
- 14) Es oportuna UNA ENTREVISTA (o más) por parte de una persona experta (responsable del grupo, párroco, psicólogo, psicoterapeuta), para evaluar la seriedad de las motivaciones y de las actitudes.
- 15) Cada comunidad parroquial establece la DURACIÓN del compromiso y, en una liturgia de ENVÍO, entrega un distintivo o una credencial.
- 16) Si comete alguna FALTA al REGLAMENTO, será informado por el coordinador; en caso de reincidir será retirado del servicio. En casos graves, determinados por el coordinador y el párroco, de inmediato se dará de baja al agente de Pastoral de la Salud.