



UNIVERSIDAD BÍBLICA
LATINOAMERICANA
PENSAR • CREAR • ACTUAR

BACHILLERATO EN CIENCIAS TEOLÓGICAS

LECTURA SESIÓN 12

CT 118 ACOMPAÑAMIENTO PASTORAL

Clinebell, Howard. “El cuidado y asesoramiento en el duelo”. En *Asesoramiento y cuidado pastoral: Un modelo centrado en la salud integral y el crecimiento*, 224-247. Grand Rapids: Libros desafío, 1995.

Reproducido con fines educativos únicamente, según el Decreto 37417-JP del 2008 con fecha del 1 de noviembre del 2012 y publicado en La Gaceta el 4 de febrero del 2013, en el que se agrega el Art 35-Bis a la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, No. 6683.

9

El cuidado y asesoramiento en el duelo

Bienaventurados los que lloran, porque ellos recibirán consolación.

—MATEO 5.4

El cual nos consuela en todas nuestras tribulaciones, para que podamos también nosotros consolar a los que están en cualquier tribulación.

—2 CORINTIOS 1.4

En medio del invierno, finalmente aprendí que había dentro de mí un verano invencible.

—ALBERT CAMUS¹

El duelo es una crisis humana universal, que golpea a todos tarde o temprano. Los ministros son los profesionales clave en ayudar a las personas con esta crisis. Wayne Oates observa:

A través de los siglos, el pastor ha sido la principal persona responsable para tratar a los afligidos ... Haya aceptado o no el pastor estas responsabilidades, las haya realizado o no con habilidad y sabiduría, haya apreciado o no el peso de las expectativas puestas sobre él, la gente continúa buscándolo cuando se trata de atender a un afligido.²

Los pastores son los únicos profesionales con entrenamiento en asesoría que tienen la puerta abierta al mundo de las personas que más sufren. Esto les da una oportunidad y una responsabilidad sin paralelos para ser guías y compañeros eficientes de los afligidos mientras estos caminan por el valle de sombras de una pérdida. Obviamente, corresponde a los pastores desarrollar un alto grado de competencia en el cuidado y asesoramiento de los afligidos.

No existe otra dimensión en el ministerio del cuidado pastoral en la cual los riesgos sean más altos en términos de integridad humana. El psiquiatra Erich Lindemann, un pionero en la investigación del sufrimiento, informa:

Las investigaciones demuestran que muchas personas se enferman luego de la muerte de un ser querido. Muchos más pacientes de hospital han tenido períodos de aflicción recientes en comparación con otros miembros de la población en general ... Aún más ... en muchos trastornos físicos y psicológicos la mecánica del sufrimiento desempeña un rol significativo.³

El sufrimiento está involucrado en todos los cambios, pérdidas y transiciones significativas de la vida, no sólo en las relacionadas con el fallecimiento de un ser querido. Cualquier hecho de la vida en la escala del estrés de Holmes-Rahe involucra alguna pérdida y, por lo tanto, sufrimiento. Existen evidencias de que muchas enfermedades psicofisiológicas (psicosomáticas) están relacionadas con un sufrimiento que no ha sido reparado. Lo mismo ocurre con muchos de los casos de alcoholismo y otras enfermedades adictivas (incluyendo la adicción a los alimentos). Hace algunos años, el personal de un centro de asesoramiento pastoral y crecimiento, del cual soy director clínico, decidió preguntarles a todas las personas que buscaban ayuda si habían experimentado grandes cambios o pérdidas en los dos años precedentes. Más de un tercio de nuestros pacientes pudo identificar una pérdida dolorosa, una experiencia de encierro o una privación. En muchos casos, una pérdida grande se relacionó con el surgimiento o el empeoramiento dramático de los síntomas dolorosos que los llevó a buscar ayuda. Las personas incluidas tenían una amplia gama de problemas: depresión, crisis matrimoniales y familiares, problemas sexuales, dificultades en el trabajo, abusos de medicamentos, enfermedades psicossomáticas y problemas religiosos. También había personas con malestar espiritual general: aburrimiento, falta de deleite, sensación de no tener vida, falta de energía creativa y de propósito en la vida.

El sufrimiento bloqueado que queda sin solucionar tiene un pesado costo, que mina la creatividad. Cuanto más se posterga la sanidad, más costosa es la acción de este sufrimiento sobre la integridad de la persona. El fallecimiento de mi hermana menor, Rut, al cumplir un año, cuando yo tenía cuatro años y medio ensombreció oscuramente la vida de nuestra familia. Todos pagamos un alto precio por no saber cómo experimentar la sanidad de nuestro sufrimiento. Más de treinta años de vivacidad apagada, de falta crónica de impulsos y de períodos de-

presivos en mi vida siguieron la muerte de Rut antes de que mi herida provocada por el sufrimiento, que estaba oculta pero infectada, fuera arrojada en mi terapia de modo que pudiese tener lugar la sanidad. Si nuestro pastor hubiera sabido cómo ayudar a mi familia a expresar y trabajar nuestros sentimientos devastadores de pérdida y culpa, todos podríamos habernos ahorrado años de sufrimiento innecesario y de plenitud disminuida.

Existe en la mayor parte de las congregaciones y comunidades una epidemia de heridas provocadas por el sufrimiento no sanadas ni identificadas, en particular relacionadas con grupos considerables de personas mayores. La vida es una serie continua de separaciones y pérdidas, pequeñas y grandes. Saber encarar la aflicción es parte indispensable del crecimiento humano. Muchas pérdidas son oportunidades potenciales para el crecimiento personal y espiritual. La frecuencia de las pérdidas se acelera a medida que pasan los años. Por esta razón, aprender a enfrentar las pérdidas sin que nos dejen inválidos es una habilidad esencial para envejecer con creatividad. La disminución del apoyo de la comunidad y de los ritos corporativos que rodean a la muerte y al luto en nuestra sociedad ha hecho que sea más difícil recuperarse de la aflicción. La falta de raíces de la multitud solitaria en la gran ciudad ha privado a millones de personas del cuidado de la comunidad. Las crisis y las tragedias personales se ven exacerbadas por la soledad y la crisis social de nuestro mundo.

En la última década, le he preguntado a muchos grupos de adultos, tanto de laicos como de profesionales: «¿Cuántos de ustedes han tenido cambios o pérdidas dolorosas en los últimos años?» En la mayoría de los grupos, dependiendo de su edad, levantan la mano entre un 35 y un 50%. Dado que la mayoría de nosotros somos adictos a esconder nuestras heridas (aun de nosotros mismos), intuyo que el porcentaje de aquellos que tienen heridas causadas por el sufrimiento es en verdad mucho más alto. Se necesita de una nueva estrategia para que aquellos que tienen heridas abiertas encuentren la sanidad. Las congregaciones y sus pastores deben desempeñar un rol central en el diseño y la ejecución de esta estrategia.

La pérdida de alguien que ha sido parte significativa del propio mundo de significados y satisfacciones es una amputación psicológica. La intensidad de su traumatismo depende de la naturaleza y la importancia de esta relación en la vida de la persona. Las respuestas que las personas utilizan para sobrellevar las grandes aflicciones son las mismas que han aprendido al sobrellevar privaciones, frustraciones o pérdidas anteriores, sean pequeñas o grandes. Estas son las habilidades aprendidas de

su cultura, tal como se filtran de las respuestas que han dado sus padres a situaciones de pérdida. Si la persona ha aprendido habilidades constructivas, orientadas hacia la realidad, su psiquis seguirá un proceso algo predecible mezclando los sentimientos poderosos que resultan de la aflicción y los ajustes que se requieren para vivir sin lo que se ha perdido. Lindemann llama «indicios de aflicción» al proceso por medio del cual se sana la herida provocada por el sufrimiento. La tarea la realiza la psiquis de la persona que sufre.⁴

La sanidad de la herida provocada por la aflicción

El siguiente cuadro enlista las cinco tareas que encierra este proceso y el tipo de ayuda para facilitar la realización de cada una de ellas.⁵

<i>Indicios de aflicción</i>	<i>Ayuda que se necesita</i>
1. Se experimenta shock emocional, enmudecimiento, negación y aceptación gradual de la realidad de la pérdida.	Un ministerio de cuidado y presencia, de ayuda práctica y de consolución espiritual.
2. Se experimenta, expresa y trabaja por medio de sentimientos dolorosos: por ejemplo, culpa, remordimiento, apatía, enojo, resentimiento, anhelo, desesperación, ansiedad, vacío, depresión, soledad, pánico, desorientación, pérdida de una identidad clara, síntomas físicos, etc.	Un ministerio de cuidado con capacidad de escuchar animadamente para alentar una catarsis completa.
3. La aceptación gradual de la pérdida recobrando nuevamente la vida menos lo que se había perdido, haciendo decisiones y sobrellevando la nueva realidad; estar dispuesto a dejar viejas maneras de satisfacer las propias necesidades y aprender nuevas formas de hacerlo. Decir «adiós» e invertir las energías de la propia vida en otras relaciones.	Un ministerio de cuidado y asesoramiento en momentos de crisis, que aliente la comprobación de la realidad, y apoye la difícil tarea de reconstruir la propia vida (con el enfoque ABCD).

4. Poner la pérdida que se ha sufrido en un contexto más amplio de significado y fe; aprender de la pérdida. Un ministerio para alentar el crecimiento espiritual.
5. Alcanzar a otros que sufren experiencias similares de pérdidas para lograr la ayuda mutua. Un ministerio que permita alcanzar a otros.

Excepto por las dos primeras, esta lista de indicios de aflicción no se da necesariamente en una secuencia lineal. Por ejemplo, aprender a sobrellevar la nueva realidad que trae aparejada la pérdida (punto 3) comienza casi inmediatamente después de la pérdida y continúa durante el resto. (Discutiremos estos indicios ahora relacionándolos con la pérdida de un ser querido; los indicios son similares en otras pérdidas graves.)

Cuando golpea la muerte o cualquier otra pérdida seria, la respuesta común es la sensación de enmudecimiento y shock psicológico (anestesia natural) que se mezcla con sentimientos de irrealidad, el estar en una pesadilla de la cual se espera despertar. La mente no puede aceptar el tremendo dolor, la realidad de que la persona se ha ido verdaderamente. La aceptación de la totalidad de esta realidad de pérdida debe ocurrir en algún momento o la sanidad será incompleta. Esta aceptación debe tener lugar gradualmente, por lo general durante un período de meses.

El rol del pastor al alentar la aflicción normal es cooperar con el proceso de recuperación interior de la psiquis. Durante esta etapa de shock, el cuidado efectivo incluye métodos de apoyo, entre ellos el de gratificar necesidades de dependencia. Las pérdidas graves activan al Niño interior (en términos psicoterapéuticos), y muchas veces traen consigo sentimientos dolorosos de ansiedad, privación y abandono. La necesidad de consuelo es intensa. No recuerdo nada de lo que el pastor dijo durante el entierro de mi madre, pero recuerdo con aprecio que puso su mano en mi hombro al dejar la capilla funeraria luego del servicio religioso. Las acciones que tienen que ver con el ministerio, incluyendo las lecturas bíblicas, las oraciones, los himnos y los rituales que nos son familiares, muchas veces son un consuelo silencioso para los afligidos. Tanto el contacto físico como los regalos de comida son formas simbólicas no verbales de comunicar cuidado y nutrición. El equipo laico de una congregación dedicado al cuidado o a la recuperación de la aflicción debería rodear a la persona que sufre y a su familia con el apoyo y el cuidado que necesitan. La comida luego del funeral afirma la continuidad de la vida a pesar de la pérdida. Comer juntos se convierte en

una suerte de comida comunitaria, una manera de decir: «podemos y debemos seguir adelante juntos».

Al buscar comprender por qué las heridas causadas por la aflicción se sanaban relativamente rápido en ciertas personas, en otras muy lentamente, y en otras no sanaban, después del incendio del local bailable *Coconut Grove* en 1942, en los alrededores de Boston, Lindemann hizo un descubrimiento sorprendente: *¡experimentar y expresar los sentimientos de agonía de manera completa es parte indispensable del proceso de sanidad!* Los sentimientos bloqueados equivalen a retardar el logro de la sanidad. Así, se facilita el segundo paso en la expresión de la aflicción alentado por la disposición a escuchar activamente, que permite una completa catarsis de cualquier sentimiento que la pérdida hizo surgir en la persona. Los sentimientos incluidos pueden ir desde la desesperación total al alivio y el gozo. Muchas veces los sentimientos son ambivalentes y conflictivos. La función de la catarsis comienza a desarrollarse de manera intermitente a medida que disminuyen gradualmente el enmudecimiento y la negación, y se permite la toma de conciencia de la inflexible realidad de la pérdida. En las grandes pérdidas, trabajar los sentimientos tiene lugar en distintos niveles y, por lo general, toma un año. Se requieren varios años de trabajo luego de pérdidas tremendas como la muerte de uno de los esposos o de un hijo. Hace casi siete años que falleció mi padre. La mayoría de mis sentimientos sobre su muerte han sido trabajados y se han liberado. No obstante, hace poco experimenté una ola de tristeza y de nostalgia cuando vi un rincón lleno de cañas de pescar en la habitación de un hombre anciano que estaba visitando. (A mi padre le encantaba pescar.)

Para ayudar a las personas a realizar la catarsis sanadora de su aflicción, se debe ir contra la tendencia cultural que evita los sentimientos dolorosos. Durante la visita inmediatamente después del fallecimiento, mientras se planea el entierro, el ministro debe alentar a la familia afligida a conversar sobre su ser querido: las circunstancias de su muerte, y los recuerdos y atributos que más amaban de esa persona. (Estos recuerdos amados bien pueden incorporarse en el mensaje en memoria del difunto durante el entierro.)

Uno de los propósitos del funeral es facilitar la liberación emocional de los sentimientos de aflicción. Lo que se dice durante el servicio debería ser directo y claro acerca de la dolorosa realidad de la pérdida, en lo que concierne a esta vida, y lo apropiado del duelo. No se debería decir nada que implique que el estoicismo ante la aflicción es señal de verdadera fuerza o de virtud cristiana, o que aquél cuya fe es genuina no experimentará aflicción. El funeral debería incluir himnos, oraciones y

lecturas bíblicas familiares que brinden consuelo espiritual y también ayuden a liberar sentimientos de condena. Una meditación que permita expresar la aflicción sobre un texto como «Jesús lloró» (Jn. 11.35) o «Bienaventurados los que lloran» (Mt. 5.4) puede ayudar a dar permiso a la aflicción para aquellos que la necesitan. (La palabra griega «llorar» en este pasaje se refiere al tipo más abierto y demostrativo de llanto y lamento.) El funeral es también un servicio de agradecimiento por la persona fallecida, un servicio de apoyo a los afligidos por parte de la comunidad cristiana, y una afirmación de las creencias de la comunidad que ayuda a los afligidos a poner su pérdida en el contexto más amplio de su fe que afirma la vida. El pastor puede ayudar a la familia y a los amigos a hacer su duelo expresando sus propios sentimientos de tristeza y pérdida, y creando rituales adecuados para la participación, invitando a todos a poner una flor sobre el féretro al dejar la tumba.

Es crucial que el cuidado y el apoyo de la familia continúe durante las semanas y los meses que siguen al funeral. Muchas personas no se dan cuenta de que los afligidos continúan necesitando un apoyo especial durante el extenso proceso en el cual se trabaja la pérdida. Se puede alentar la catarsis de sentimientos haciendo preguntas como las siguientes al visitar a la familia luego del funeral: «¿Cómo se siente desde el funeral?» «¿Qué tipo de recuerdos continúan viniéndole a la mente?» «¿Se permite llorar seguido?» «¿Le cuesta seguir adelante?» «¿Puede contarme más sobre la manera en que su ser querido falleció?»⁶. Los dos sentimientos que más infectan la herida de la pérdida son la *culpa* no resuelta (remordimiento y vergüenza) y el *enojo* (resentimiento e ira). Es importante, por lo tanto, hacer preguntas como «Si pudiera revivir a su ser querido, ¿qué haría diferente?», «¿Siente mucho enojo o resentimiento?» y «¿Ha podido expresar sus sentimientos?» Estas preguntas sólo deberían hacerse cuando el pastor está dispuesto a ayudar a la persona a expresarse, a través de la conversación, y a liberar y resolver los intensos sentimientos que pueden despertarse en ella.

La manera en que las personas responden a las pérdidas varía mucho y depende de los propios recursos, de la calidad y la extensión de la relación, de la oportunidad de la pérdida, de si la muerte era esperada y de la naturaleza de la muerte. Cuanto más dependiente y ambivalente haya sido la relación, más largo y complicado será el proceso de recuperación. El duelo que sigue a la muerte inesperada de niños o de gente joven por lo general es extremadamente difícil. Las muertes repentinas e inesperadas o violentas, por lo general, son seguidas por duelos más extensos y difíciles que las muertes lentas y esperadas. Existen varias razones para esto: no ha habido ninguna preparación para el due-

lo antes de la muerte; el impacto es mayor y también lo es el enojo; existen más aspectos no acabados de la relación, lo que produce una culpa mayor; el rol social que queda vacante no ha sido suplido gradualmente. Las muertes donde el cuerpo se pierde o aparece terriblemente mutilado (de modo tal que el féretro permanece cerrado) por lo general demandan una recuperación prolongada porque las personas afligidas no son capaces de aceptar la realidad de la pérdida ni de hacerse una imagen del cuerpo de la persona fallecida. Debido a que nuestra propia identidad y la de los otros está relacionada con la imagen del cuerpo, tener la oportunidad de hablar sobre los sentimientos acerca del cuerpo es casi siempre esencial para que la herida causada por la pena se sane completamente. La visita tradicional que se hace al fallecido antes del funeral, cuando el cuerpo es visible, puede convertirse en una experiencia que permita expresar la pena a muchos de los deudos.

La difícil tarea de reconstruir la vida sin la persona fallecida implica cambiar incontables hábitos cotidianos, aprender nuevas maneras de satisfacer necesidades que antes suplía la persona fallecida, y tomar muchas decisiones sobre cómo sobrellevar los nuevos problemas que crea la pérdida. Los miembros de la iglesia en general, y el equipo de laicos dedicados al cuidado en particular, deberían ser guiados para funcionar como una familia extensa substituta para aquellos que no tienen el apoyo del sistema, ofreciendo la ayuda práctica y el apoyo emocional que necesiten. Ese apoyo puede ser variado: por ejemplo, la viuda que nunca ha manejado sus finanzas o el viudo que nunca cocinó necesitan ayuda para aprender a hacerlo. Se necesita apoyo emocional y constatación de la realidad para que las personas afligidas tomen decisiones y comiencen a aventurarse a mantener nuevas relaciones y nuevas experiencias: por ejemplo, ir a reuniones sociales sin la persona fallecida, salir con alguna otra persona, comenzar un trabajo nuevo. Dos señales de que las personas están alcanzando a completar el proceso de recuperación son decir «adiós» (emocionalmente) a la persona fallecida e invertir algo de energía en otras relaciones. La herida provocada por la pérdida no puede sanarse plenamente hasta que uno *haya aceptado la realidad* de la pérdida, *haya renunciado* a los lazos emocionales con la persona fallecida, y haya comenzado a formar otras relaciones que provean de nuevas fuentes de satisfacción interpersonal.

Los recursos religiosos cumplen una función mucho mayor que de mero apoyo durante el duelo. La muerte de otra persona nos confronta con nuestra propia mortalidad. La ansiedad existencial (sobre la cuestión del no ser) puede manejarse de manera constructiva sólo dentro del contexto de una fe vital. Los símbolos y afirmaciones de la tradición

religiosa de cada uno pueden tocar niveles profundos de la psiquis renovando gradualmente sentimientos de confianza fundamentales que por sí solos pueden permitir que las personas manejen su ansiedad existencial de manera creativa. Por lo tanto, las funciones educativas y sacerdotales del ministro son importantes para ayudar a los afligidos a poner su pérdida en el contexto de la fe. La capacidad de un pastor para facilitar el crecimiento espiritual puede ayudar a las personas que están de duelo a aumentar su fe y a revitalizar su relación con Dios.

En asesoramientos en momentos de crisis y de aflicción, la raíz original de la palabra «religión» —*religio*, juntar— tiene un significado dinámico. Cuando una pérdida nos sacude y fragmenta nuestra vida, la religión vivida con vitalidad puede ayudar a unirla, restaurando algo del sentido de coherencia y significado. La crisis de la muerte confronta a algunas personas con la pobreza o la obsolescencia de sus creencias y valores. Esta toma de conciencia puede abrirles a un proceso de crecimiento que implique revisar y renovar su vida espiritual. La renovación de la fe, por lo general, se desarrolla sólo después de haber terminado buena parte del duelo, cuando la persona puede reflexionar y aprender de la dolorosa pérdida.

Al trabajar con las personas que están de duelo (como así también con las personas impedidas de por vida), es crucial ayudar a distinguir entre lo que puede cambiarse y lo que no puede cambiarse en su situación. La familiar oración de Alcohólicos Anónimos, «Oración por la serenidad», (escrita por Reinhold Niebuhr) puede ser útil en este tipo de asesoramiento:

Otórgame la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar,
El coraje para cambiar lo que puedo cambiar,
Y la sabiduría para conocer la diferencia.

Al reflexionar sobre la terapia para momentos de crisis, Gerald Caplan afirma:

No todos los problemas se solucionan quitando las amenazas a la necesidad de encontrar satisfacción; pero en estos casos, también, un tipo de actividad «sana», que consista en un *acto de resignación en la satisfacción de una necesidad y su reemplazo por alternativas*, puede diferenciarse del hecho de evitar los problemas de manera «enferma» cuando no se toman decisiones ni se resuelve el conflicto. Así, en la crisis del duelo ... la persona que sufre debe resignarse activamente a la imposibilidad de satisfacer sus necesidades a través de la interacción con la persona fallecida. Psicológicamente debe «enterrar a los muertos»; sólo después de ha-

berlo hecho se sentirá libre para buscar la gratificación de estas necesidades en otras personas. Aquellos que sobrellevan su duelo mal pueden pretender que la persona querida no esté muerta, o introyectar su imagen mágicamente tomando características del fallecido en la propia personalidad, evitando así el doloroso acto de resignación. Es probable que esto dé como resultado que sus energías queden tan atadas a la persona fallecida, que no podrán liberar su amor para otros.⁷

La herida provocada por un duelo, que no sana

En la recuperación normal del duelo, las personas gradualmente encararan esos sentimientos ambivalentes que están presentes en toda relación íntima. Si, por el contrario, las personas continúan idealizando a la persona fallecida, están usando los mecanismos de defensa de la negación y la represión. Estos mecanismos permiten evitar la agonía de la pérdida, pero también impiden que sane la herida provocada por su aflicción.

La herida está infectada y no puede sanarse hasta que la persona encare los sentimientos reprimidos.

Aquí detallo algunas señales de peligro que pueden indicar la existencia de una aflicción patológica si persiste por varios meses o más tiempo: aumento del alejamiento de las relaciones y actividades normales; ausencia de llanto; llanto que no disminuye; grave depresión que no mejora; problemas psicosomáticos graves; desorientación; cambios en la personalidad; culpa, enojo, fobias o graves pérdida de interés en la vida, que no disminuyen; evasiones continuas por medio de drogas o alcohol; sentimientos de muerte interior. Un asesoramiento capacitado para momentos de duelo en las primeras etapas de estas respuestas inadaptadas puede ayudar a sanar algunos aspectos de este duelo patológico. Cuando los pastores se encuentran con lo que parece ser un duelo bloqueado, deberían alentar a la persona a hablar y expresar sus sentimientos sobre su relación con el fallecido, y continuar haciéndolo hasta que se confronten estos sentimientos y se los exprese completamente. Al responder aceptando las expresiones tentativas de sentimientos mezclados o negativos, se facilita una mayor catarsis. Junto con el resentimiento y/o el enojo (hacia la persona fallecida, Dios, los parientes, los médicos, etc.) existe, por lo general, una carga de culpa con relación a estos sentimientos que debe ser trabajada. La herida del duelo debe sanar desde adentro. La sanidad no puede ser forzada, pero la relación de asesoramiento puede facilitar el proceso. Si los síntomas de duelo

patológico persisten luego de varios meses a pesar del esfuerzo del ministro, es imperativa una derivación a un psicoterapeuta competente. Cuanto más se retrasa el duelo, más doloroso y costoso será para la salud mental y espiritual de la persona, y se precisarán más recursos psicoterapéuticos para lograr la sanidad.

Es importante destacar que el duelo *en sí mismo* no es una enfermedad. Es un proceso normal de sanidad en el ser humano para el cual la mayor parte de las personas cuenta con los recursos adecuados, recursos que el asesoramiento pastoral puede ayudar a movilizar. Sólo cuando la herida provocada por la aflicción se infecta se convierte en un proceso patológico que requiere asesoramiento o psicoterapia. En nuestra cultura, que niega la muerte, muchas heridas provocadas por la aflicción se infectan. La mayor parte de estas infecciones son relativamente sin importancia y responderán a la capacidad de ayuda del asesor pastoral.

La conformación y el liderazgo de un grupo de ayuda en el duelo

La nueva estrategia que se necesita para capacitar a una congregación para que ministre más eficazmente a los afligidos tiene tres partes. La primera es informar a los miembros de la congregación, a través de los sermones y del programa educativo para adultos, acerca de la naturaleza y la importancia del duelo, y cómo pueden alentar este acto de sanidad en sí mismos, en sus familias y amigos. La segunda parte de la estrategia es capacitar a un equipo de laicos cuidadosamente seleccionados para esta tarea de cuidado para que lleve mucho del peso del apoyo a las personas que atraviesan un duelo normal en la congregación (ver cap. 16). Hay demasiadas personas que atraviesan una variedad de crisis, pérdidas y transiciones en cualquier congregación típica, y el proceso de recuperación plena es demasiado extenso (por lo menos un año y a veces mucho más) para que el ministro trabaje solo para responder plenamente a estas múltiples necesidades de cuidado pastoral.

El pastor de una congregación en el centro de Minneápolis descubrió que ministrar a los que estaban de duelo le requería más tiempo que cualquier otra actividad. Cuando tomó conciencia de la cantidad de viudas y viudos que había en su congregación, se dio cuenta de que tenía un rico recurso para el cuidado pastoral al alcance de su mano:

Invitó a las personas viudas a reunirse con él para planear un ministerio laico con las personas que atraviesan por un duelo ... Cada año se

organiza un período de capacitación de seis semanas para nuevos colaboradores en este ministerio. Cuando alguien muere, el pastor elige a un miembro de este grupo como ministro de duelo y lo presenta a los familiares. Este ministro de duelo se compromete a pastorear a la persona o a la familia que está de duelo durante un año, haciendo contactos regulares que complementan la tarea del pastor.⁸

Hace quince años que existe este ministerio laico, ayudando a que esa congregación sea una comunidad sanadora para muchas personas en duelo.

La tercera parte de la estrategia para ayudar a las personas que están de duelo implica que el pastor debe conformar y guiar (o co-guiar) periódicamente un grupo de sanidad para el duelo. Este tipo de grupo es un medio eficiente para profundizar el ministerio del duelo en una congregación y también una manera de comenzar la capacitación de un equipo laico para atender crisis y aflicciones. La participación en este tipo de grupo puede ayudar a las personas a terminar el propio duelo y a aprender a ayudar a otras personas en duelo. No puedo pensar en ninguna otra cosa que pudiera hacer un pastor o una congregación que podría tener un impacto sanador mayor que dar oportunidad regularmente a la gente que está de duelo a participar en este grupo.

La capacidad que tienen los seres humanos de convertir los signos miserablemente negativos en signos al menos parcialmente positivos —utilizar las crisis y las pérdidas como desafíos para crecer— es una de las grandes cosas que existen en la humanidad. Pero para utilizar el duelo de esta manera se requieren dos cosas: estar en relación de cuidado mutuo y encontrar significado espiritual en la pérdida. Los grupos de sanidad para el duelo son espacios dentro de los cuales muchas veces tienen lugar estas dos experiencias transformadoras.

Los grupos de duelo son relativamente fáciles de conformar y guiar.⁹ En una congregación, puede formarse un grupo si el pastor invita a asistir simplemente a todos aquellos que han experimentado alguna pérdida en los últimos dos o tres años. Por lo general, todo lo que se necesita para reunir al grupo es realizar invitaciones personales por teléfono y una invitación general a través del boletín de la iglesia para alcanzar a otras personas. En el mismo grupo pueden incluirse personas con una variedad de tipos de pérdidas, a pesar de que ayuda tener al menos dos personas con el mismo tipo de pérdida (p. ej., divorcio, fallecimiento, jubilación) en el grupo para que exista entre ellas la empatía especial que proviene de las personas que conocen desde adentro las pérdidas que cada una ha sufrido.

Se han utilizado efectivamente varios formatos para grupos de duelo en las iglesias. El modelo más común es una serie de reuniones semanales de una hora y media o dos horas, por un período de cuatro a ocho semanas. Estos grupos, por lo general, se reencuentran al final del tiempo establecido para extender la tarea del grupo a temas no resueltos.

Un segundo formato es reunirse por un tiempo más largo durante una jornada o un retiro de fin de semana. Bob Kemper, pastor de una iglesia cerca de Chicago, nos informa que en su congregación fue muy efectiva una sesión de tres horas para compartir los duelos y aflicciones. Veintiséis personas asistieron a la sesión.

El nombre del grupo era «Solos/Juntos» y yo hablé de la soledad que sentimos cuando debemos sobrellevar una pérdida y del poder de la comunión que nos ayuda a sobrellevarla. Luego hablé de las ansiedades que todos tenemos cuando enfrentamos una nueva experiencia, y sugerí que la mayoría de nosotros no quería estar en esa reunión ... Sugerí que ya habían hecho la parte más difícil, o sea, venir a la reunión ... Finalmente, anuncié las reglas de la tarea, explicando que cada uno debía sentirse libre para responder a medida que sentían necesidad de hacerlo. No era necesario desempeñar el rol de la viuda valiente, ni el de los que siempre saben contener sus sentimientos. Se podía llorar o aun reír, si eso era lo que sus sentimientos requerían.¹⁰

Luego de esta introducción, el pastor guió a los participantes en un breve servicio de adoración en la capilla de la iglesia, donde incluyó el canto de himnos, una lectura bíblica adecuada y una breve meditación sobre las promesas de Dios. Después el grupo volvió al salón de la iglesia para realizar un estudio bíblico sobre 1 Corintios 15. Más tarde, se invitó a cada persona a escribir una carta a un amigo, que comenzara diciendo: «La semana pasada en la iglesia estudiamos una carta de Pablo y la nueva perspectiva que adquirí fue...». Algunas de estas cartas se compartieron con el grupo. Luego Kemper presentó las etapas del duelo tal como las describe Granger Westberg en su libro *Good Grief*. Se detuvo en cada etapa para constatar la realidad, preguntando si algo como esto había sido parte de la experiencia de los oyentes. Esto dio lugar al diálogo, a que se compartieran lágrimas y se desarrollara el apoyo mutuo dentro del grupo.

El almuerzo en conjunto permitió un rico momento para compartir informalmente alrededor de la mesa. Cuando se levantaron, Kemper invitó al grupo a describir recursos —libros, personas, actividades— en los cuales habían encontrado ayuda o que los habían desilusionado. Al finalizar, el grupo decidió reunirse otra vez y concertó una próxima

fecha. La sesión se cerró uniendo las manos alrededor de la mesa para compartir oraciones de unos por otros y agradecer la experiencia que habían vivido juntos. Al describir al grupo, el pastor señala: «De todas las actividades en las que he participado este año, ninguna me ha dado más satisfacción personal o me ha hecho sentir más útil y más pastor que la formación de un grupo de duelo en nuestra congregación».¹¹ Este modelo demuestra que la sanidad puede *ocurrir* aun en un grupo relativamente grande que se reúne durante un tiempo relativamente breve.

El cuidado pastoral del moribundo y su familia

El ministerio a los enfermos terminales y sus familias presenta oportunidades vitalmente importantes para el cuidado pastoral. Recuerdo vívidamente el dolor y la riqueza de estar como pastor con individuos y familias, durante las últimas semanas, días y horas de una enfermedad terminal. El aprecio que expresaban en sus corazones era una indicación clara de cuánto necesitaban un cuidado pastoral de apoyo. En esta tarea se necesita realizar llamados telefónicos breves al hospital o (si la persona moribunda es adinerada) a su hogar o algún hogar de ancianos. Si es posible, es importante quedarse con la familia que desea la presencia del pastor durante las horas finales de la persona moribunda.

Desde que escribí la primera edición de este libro, he aprendido mucho acerca de la experiencia de morir. Mis maestros fueron cinco moribundos: mis padres, los padres de Charlotte y una querida amiga, Lois, que falleció siendo una adulta joven luego de una larga lucha contra el cáncer. Poco antes de su muerte, le pregunté a Lois si estaría dispuesta a hablar en detalle sobre su experiencia, de modo que aprendiera de ella y compartiese sus perspectivas acerca de morir acompañada (como estoy haciéndolo aquí). Aceptó gustosa.¹² En nuestra conversación, habló de la intensa necesidad que sentía de que la gente escuchara *realmente* sus sentimientos vacilantes y cambiantes a medida que el mal la invadía gradualmente. Describió cuán decepcionada se sentía cuando alguno de sus amigos o de sus médicos cambiaba de tema y trataba de darle reaseguros superficiales, porque se sentían incómodos con sus sentimientos. Relató que entre todos sus muchos sentimientos, los cinco que identifica Elizabeth Kubler-Ross en enfermos terminales (negación, enojo, regateo, depresión y aceptación) iban y venían, sin seguir una secuencia en particular.¹³ Lois contó que experimentaba un nuevo enojo en cada nuevo escalón de su enfermedad progresiva y se refirió a la ayuda de una amiga que la abrazó (luego de que le dijeron

que el cáncer había invadido sus órganos vitales) y exclamó: «¡Maldito sea! ¡Maldito sea!», compartiendo de esa manera su enojo. Describió una pena múltiple por «perderlo todo» y cómo esto hizo que experiencias tales como acariciar a sus hijos, hablar con amigos y mirar las hermosas montañas se convirtieran en algo urgente y muy especial. Lo precioso de estar viva hizo que muchas cosas pequeñas fueran importantes, comentó. Lois habló de su temor al posible dolor y a la pérdida de control que podría sufrir durante el momento de la muerte y sus sentimientos de celos cuando veía a una pareja de ancianos caminando juntos (y lo incómoda que la hacían sentir estos sentimientos). Habló de la importancia de no posponer los temas entre ella y los demás. Compartí mi percepción de que en los meses recientes ella parecía más vital y despierta que nunca. Respondió que cuando uno sabe que el futuro será probablemente corto, el presente resulta más importante. Al concluir nuestra conversación, me dijo que para ella había sido muy significativo hablar sobre su experiencia de una manera tan completa. Yo le conté cuán profundamente me había tocado todo lo que me había contado. ¡Lois me ayudó a ver con más claridad que el proceso de morir *puede ser*, para algunos, una etapa importante de su crecimiento continuo como personas!

La muerte de cada persona es única como lo fue su vida. Pero hay cinco cosas que parecen ayudar a que las personas usen su muerte para ampliar su perspectiva, movilizar nuevas fuerzas y luego morir bien: (1) *Tener una pequeña comunidad que la cuide*, con personas que la escuchan y le den apoyo. La experiencia de la muerte es muy privada, pero también intensamente interpersonal. En nuestra sociedad solitaria, la riqueza de la red interpersonal de cada uno hace una diferencia tremenda en la calidad de la muerte que se avecina. (2) *Completar la mayor cantidad de temas no resueltos* en su vida, en especial con las relaciones cercanas (p. ej., expresar amor o pedir y recibir el perdón de alguien). Ted Rosenthal señala: «No creo que la gente le tema a la muerte. Le temen a que la vida quede incompleta».¹⁴ (3) *Hacer el duelo completo ante la muerte* de modo que experimenten la aceptación (Kubler-Ross). (4) *Tener una fe, un sentido de confianza y de hogar en el universo* que otorgue algún significado que trascienda las múltiples pérdidas que sobrevienen con la muerte. (5) *Tener un lugar donde se pueda morir con dignidad*. El movimiento de hospicios es una de las recientes creaciones que más han humanizado el sistema, en especial, en lo concerniente a la muerte. Un médico cristiano, Cicely Sanders, quien comenzó el primer hospicio moderno, el Hospicio de Sant Christopher, en un suburbio de Londres, en 1967, afirma que: «Un hospicio

moderno, ya sea una unidad separada o un pabellón, o un hogar especializado o un equipo hospitalario, tiene como objetivo permitir que el paciente viva al límite del potencial de su capacidad física y mental y emocional y de sus relaciones sociales». ¹⁵

Los programas de hospicios permiten que algunos enfermos terminales mueran en sus hogares rodeados de sus familiares en lugar de la atmósfera impersonal que es típica en muchos hospitales. Lo logran controlando cuidadosamente el dolor y con visitas frecuentes de voluntarios entrenados que ofrecen apoyo y cuidado tanto al moribundo como a la familia. Este voluntario continúa en contacto con la familia durante el período de duelo.

El programa de cuidado pastoral de una congregación debería aprender de este movimiento y cooperar plenamente con él en su comunidad, o tomar la iniciativa de comenzar este tipo de programa si no existe ninguno. Los pastores pueden alentar a miembros de su congregación a capacitarse y participar en este programa. Las personas cercanas a un moribundo están luchando simultáneamente con un grave duelo anticipado y soportando la tremenda carga emocional y física de cuidar a una persona en su lecho de muerte. Necesitan la experiencia y el cuidado del pastor así como un apoyo masivo del equipo de laicos y/o del programa de hospicios de la comunidad.

La crisis y el duelo del divorcio

El divorcio es una de las experiencias de duelo más extendidas en la sociedad occidental. En los Estados Unidos, por ejemplo, cerca de un millón de matrimonios se rompen cada año. Esto significa que casi tres millones de personas (incluyendo niños) están directamente involucradas en el trauma de la muerte del matrimonio y la ruptura de una familia. Si continúa la tendencia actual, cerca del 40% de los matrimonios existentes terminará en un divorcio. Un estudio entre las similitudes y las diferencias entre las experiencias de las mujeres divorciadas y las viudas reveló que las divorciadas recibían un apoyo social menos significativo y sentían una soledad y restricciones mayores que las viudas. También sufrían más problemas de salud física y mental que las viudas. Sin embargo, nuestra sociedad tiene pocos recursos organizados para ayudar a que las mujeres y los hombres divorciados hagan su duelo y aprendan y crezcan a partir de sus experiencias dolorosas. Las iglesias tienen una oportunidad estratégica para desarrollar programas de cuidado pastoral innovadores a fin de ayudar a las personas divorciadas a

utilizar sus pérdidas como ocasiones para el crecimiento emocional, espiritual e interpersonal, incluyendo la ayuda a los padrastros que deben aprender las habilidades difíciles pero esenciales de ser co-padres en una familia reconstituida.¹⁶

Para ser eficaz en el establecimiento de un ministerio de sanidad para personas divorciadas, los pastores que no son divorciados deben desarrollar una comprensión de la experiencia en su corazón. El divorcio, por lo general, es un insulto al ego, una experiencia que disminuye la autoestima. Las mujeres están programadas para sentirse especialmente responsables por el éxito de sus relaciones interpersonales, incluyendo el matrimonio. Por ello sus sentimientos de fracaso y de culpa son muchas veces intensos. Tanto los hombres como las mujeres sienten la profunda herida del rechazo de parte de su ex-pareja, en especial si no iniciaron o no quieren el divorcio. Las actitudes de juicio que toman algunas personas en la iglesia refuerzan los sentimientos de fracaso y rechazo. El enojo no resuelto, la amargura, el resentimiento, la soledad, la duda en uno mismo y la depresión se arremolinan y producen heridas de duelo infectadas, que muchas veces son el resultado del divorcio. Aunque el individuo haya querido y necesitado ser liberado de una relación miserable y mutuamente destructiva, por lo general encontramos dolor y pena mezclados con una sensación de alivio y liberación.

El ministerio del cuidado y asesoramiento pastoral con los divorciados debería tener como objetivo el logro de tres metas íntimamente relacionadas. La primera es ayudar a los divorciados a *trabajar y resolver la pena y el dolor*. Si las personas vuelven a casarse antes de que se complete el duelo por un matrimonio anterior, casi con seguridad sentimientos y conflictos no resueltos que vienen de la primera relación complicarán la segunda. Algunas personas no están dispuestas a prestarse al asesoramiento pastoral por una cuestión de divorcio porque temen el juicio o la incompreensión de los pastores. Cuando un matrimonio que asiste a sesiones de asesoramiento decide divorciarse, es importante alentar a cada cónyuge a que continúe con sesiones de asesoramiento individual con el fin de ayudarle a reducir el daño emocional que implica romper una familia.

La segunda meta íntimamente relacionada es *ayudar a las personas que se divorcian a aprender y crecer a partir de esta experiencia*. Hacer esto es la mejor preparación para volver a casarse (cosa que hacen cinco de cada seis hombres divorciados y tres de cada cuatro mujeres divorciadas en los Estados Unidos) o para una soltería creativa. Ayudar a que las personas identifiquen y cambien todo lo que contribuyó a la muerte de su matrimonio y capacitarlas para aprender nuevas habilida-

des para comunicarse y resolver problemas son dos partes esenciales de este proceso de aprendizaje y crecimiento. Es probable que las nuevas decisiones que debe tomar una persona divorciada sean más constructivas si ella ha tenido la oportunidad de participar en un asesoramiento realista para momentos de crisis en el que se discutieron estos temas complicados. La participación en un retiro o en un grupo sobre el divorcio creativo, o en un grupo de duelo, puede ser una experiencia valiosa para aquellos que atraviesan una separación o un divorcio. La tercera meta del asesoramiento a los divorciados —*reducir al mínimo el daño emocional a los hijos*— se discutirá en el capítulo 13. La decisión de terminar un matrimonio destructivo es, por lo general, un primer paso esencial hacia una nueva vida más constructiva. Las posibilidades de que esto sea así son mayores con la ayuda de un asesor pastoral capacitado y/o un grupo de crecimiento efectivo.

El pastor de una iglesia en Carolina del Norte contactó a cada uno de los miembros divorciados de su congregación para explorar las posibilidades de que se ayudaran mutuamente a sobrellevar los problemas y las cuestiones que surgen del divorcio.¹⁷ La respuesta de las personas que invitó fue un sí entusiasta. La primera reunión se realizó en la casa pastoral. Luego de una breve introducción por parte del pastor sobre el propósito de la reunión, las personas comenzaron a compartir sus intereses espontáneamente y esto se prolongó durante dos horas. Casi de inmediato se desarrolló un fuerte espíritu de conjunto. El grupo decidió reunirse dos veces al mes. Las reuniones siguientes trataron temas elegidos por los miembros, incluyendo la crianza de los hijos, el trabajo, el sexo, el crecimiento personal, las finanzas y los problemas legales. El grupo proveyó de apoyo mutuo y de un lugar donde compartir sentimientos y problemas con otros que comprenden la situación. El pastor informa: «El grupo continúa reuniéndose luego de diecisiete meses porque para estas personas ha significado *koinonia*». Entre los libros que se utilizaron como disparadores para la discusión figuran *Creative Divorce* (Divorcio creativo), de Krantzler, y *Reaching Out* (Extender), de Nouwen.¹⁸

Numerosas iglesias han desarrollado respuestas creativas a las necesidades largamente sin respuesta de los divorciados que buscan apoyo mutuo, cuidado y aliento para no malgastar sus posibilidades de crecer en medio de su experiencia dolorosa. El divorcio y el nuevo casamiento están comenzando a ser un modelo cada vez más común en las sociedades occidentales. Es apropiado que las iglesias tomen más y más la iniciativa de alcanzar modos de sanidad para un grupo de personas que muchas veces han sentido el juicio y el distanciamiento de la iglesia.

La crisis y el duelo del suicidio

Es más probable que los posibles suicidas consulten a un clérigo que a cualquier otro profesional, exceptuando a los médicos. No obstante, los pastores son menos capaces de reconocer a un suicida que aquellos que trabajan en otras profesiones dedicadas a la ayuda.¹⁹ Es crucial que los pastores sepan responder en crisis de suicidio. El rol del pastor en estos casos tiene cuatro facetas: (1) reconocer al suicida potencial; (2) proveerle de ayuda de emergencia hasta que se lo derive a un profesional de la salud mental o a un centro para la prevención del suicidio; (3) continuar el cuidado y el asesoramiento pastoral de la persona y la familia para ayudarlos a tratar las causas subyacentes del comportamiento suicida en el individuo y en el sistema familiar; y (4) ayudar a la familia a enfrentar las consecuencias destructivas de un suicidio incompleto o completo.

El suicidio es rara vez un acto repentino y no premeditado. Antes de intentar el suicidio, la mayor parte de la gente pide ayuda.²⁰ Estas señales de zozobra incluyen: (1) *Amenazas obvias de suicidio*: la vieja creencia de que «las personas que hablan acerca del suicidio no se suicidan» muere mucho más lentamente que las incontables personas que han demostrado su falsedad. El único axioma seguro para seguir es: ¡Deben tomarse muy en serio *todas* las amenazas de suicidio! Aunque las personas intenten manipular a otras, sin intención de autodestrucción, el hecho de que utilicen este tipo de amenaza de muerte indica que ellas y sus relaciones están profundamente alteradas. (2) *Amenazas de suicidio encubiertas*: aquellos que articulan sentimientos de que la vida está vacía y no tiene significado, que creen que las otras personas ya no los valoran ni los necesitan, que desean dormir y no despertarse, o que se sienten atrapados y débiles en una situación sin salida, expresan muchas veces sentimientos suicidas. (3) *Depresión*: el psiquiatra Karl A. Menninger dice que: «¡Todas las personas profundamente deprimidas son suicidas en potencia!»²¹ Psicodinámicamente, gran parte de la depresión es ira que se vuelca contra uno mismo. La depresión tiene muchas caras: un retardo notorio en el habla y en el movimiento; marcada agitación; la sensación de que «la cabeza pesa una tonelada»; fuertes sentimientos de falta de esperanza y de valoración; insomnio crónico; pérdida del apetito o del interés en actividades que antes resultaban atractivas; marcada apatía y cansancio crónico; alejamiento de las relaciones; una fachada frágil de alegría crónica. (4) *Pérdidas aplastan-*

tes y duelos patológicos: golpes que hacen tambalear la autoestima y otras pérdidas traumáticas pueden producir un comportamiento suicida durante la depresión reactiva que sigue. Cuanto más grande es el enojo y la dependencia frustrada, más probable resulta una respuesta suicida. (5) *Disturbios psicológicos y enfermedades crónicas:* algunos enfermos mentales son suicidas, pero la mayoría de los suicidas no son enfermos mentales, a pesar de que experimentan una alteración interna agónica. Cualquiera persona en un estado mental caótico y desorganizado que siente rechazo y/o falta de esperanza, debería ser considerada en riesgo suicida. Los que sufren dolores crónicos y/o enfermedades incurables pueden convertirse en suicidas, en especial si tienen miedo intenso a la dependencia, a no poder manejarse solos o al desastre financiero.

Al asesorar a personas que se sabe o se sospecha que son suicidas, es crucial preguntar acerca de sus impulsos, fantasías o intenciones suicidas. El temor a que al preguntar sobre ello se les sugiere el suicidio a personas que no lo consideran es algo que no tiene fundamento. Los centros de prevención al suicidio donde he recibido capacitación clínica dan las siguientes instrucciones a sus asesores:

Su propia disposición y voluntad de confrontar al paciente directamente con el problema del suicidio es de gran ayuda para reducir la ansiedad del paciente. Pregunte acerca de los aspectos suicidas como al pasar. Pregunte sobre intentos anteriores y cuándo ocurrieron; si en la actualidad planea un intento, y, si lo hace, que especifique sus planes y si tiene los medios disponibles como para llevarlos adelante.²²

Una de las razones para hacer estas preguntas es tener información para evaluar el peligro involucrado en las amenazas de suicidio. La presencia de cualquiera de los siguientes factores aumenta la probabilidad estadística de que una persona realmente se destruya a sí misma: *ser varón:* los varones intentan suicidarse con menos frecuencia que las mujeres pero tienen más éxito en sus intentos; *ser anciano:* los ancianos que amenazan con suicidarse tienen más tendencia a intentarlo que los jóvenes (no obstante, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los adolescentes); *tener un plan de suicidio específico; los medios necesarios como para ejecutar el plan* (p. ej., un revólver o píldoras para dormir); *tener un comportamiento suicida anterior; graves pérdidas o problemas médicos recientes; depresión; alcoholismo; falta de un sistema fuerte de apoyo; enfermedad mental; comunicación pobre con personas significativas; y reacciones defensivas por parte de miembros de la familia.*

Cuanto más alta es la probabilidad de muerte, mayor es la necesidad de que el pastor utilice cualquier enfoque necesario para prevenir la acción suicida. Manifestando cuidado y aceptación, pero firmeza, el pastor debería utilizar la persuasión, los argumentos teológicos, la posibilidad de permanecer con la persona, llevarla al médico o a la guardia de emergencia del hospital, o —si nada más tiene éxito— llamar a la policía y utilizar la fuerza física. A veces resulta eficaz pedir que, al menos, se postergue el suicidio. *Pastor*: «Matarse puede parecerle la única salida en su desesperada situación actual. Pero estoy seguro de que puede encontrar un camino mejor. Si termina con su vida, se privará de cualquier posibilidad de encontrar una solución mejor a su situación. ¡Al menos espere hasta que lo haya intentado!»

Durante las primeras conversaciones con una persona suicida, trate de obtener los nombres y los teléfonos de parientes cercanos, de amigos y de un médico, e intente explicar por qué es necesario hacerles saber que él o ella precisan un apoyo emocional adicional durante esta crisis. Se debería asesorar a la familia a que no deje sola a la persona durante su fase suicida aguda. Involucrar al médico de la familia lo antes posible es también importante, en caso de que se precisen medicamentos antidepresivos o una internación temporal. Una evaluación realizada por un psiquiatra de personas que amenazan con suicidarse puede ayudar a decidir acerca de la internación o el tratamiento psiquiátrico necesario. Los métodos de asesoramiento durante una crisis que se describen con anterioridad son importantes al trabajar con suicidas.

La mayoría de los suicidas necesitan tres tipos de ayuda una vez que han superado una crisis aguda. Primero, necesitan un cuidado pastoral de apoyo continuo; segundo, psicoterapia y/o asesoramiento familiar para resolver los problemas intrapsíquicos subyacentes (p. ej., la culpa patológica) y la patología interpersonal que alimentó el comportamiento suicida; y tercero, ser ayudados con los problemas espirituales y valorativos atacando la raíz de su sensación de falta de significado y desesperación. En su nivel más profundo, el problema del suicida es un problema teológico. Como profesional con algo de experiencia en el crecimiento espiritual, el pastor tiene que realizar una contribución única e indispensable para lograr la sanidad a largo plazo del suicida y su familia.

Al trabajar con personas suicidas, es de gran ayuda recordar que sólo una pequeña porción de los que amenazan con suicidarse lo intentan en verdad y, de los que lo hacen, sólo una fracción se mata. También es importante recordar que la decisión final y la responsabilidad del suicidio permanecen con la persona. Si han decidido terminar con su vida

inequívocamente (cosa que ocurre con el 5% o menos de los suicidas) probablemente lo hagan, no importa cuán competentes sean las personas que intentan evitar.

El suicidio es casi siempre la punta del témpano de problemas más profundos que existen en el sistema familiar. Toda la familia necesita cuidado pastoral y, a menudo, terapia familiar conjunta. Luego de un frustrado intento de suicidio, es importante que toda la familia reciba ayuda para abrir su comunicación y resolver la interacción destructiva que probablemente contribuyó al comportamiento suicida. La familia de un suicida que logró su cometido casi siempre necesita ayuda pastoral y asesoramiento durante un período extenso para encarar el torbellino de sentimientos de vergüenza, culpa y furia hacia la persona muerta, que dejan una herida abierta. Estas heridas casi siempre se infectan. La vergüenza familiar, la negación y el hecho de esconderse para protegerse, casi siempre impiden que los familiares estén dispuestos a recibir ayuda. Es esencial que haya una iniciativa pastoral persistente y paciente para ayudarlos a bajar sus defensas y abrirse gradualmente a la ayuda que necesitan con urgencia. Si están dispuestos a unirse a un grupo de duelo, éste puede resultarles de especial ayuda.

El asesoramiento a suicidas es, muchas veces, amenazador y exigente. Nos confronta con los temas últimos, referidos a la vida y a la muerte, con nuestra propia tendencia al suicidio (incluyendo el suicidio lento, como matarnos con el estrés y la sobrecarga de trabajo crónicos). Nuestra eficacia al encarar temas existenciales con los cuales está luchando el suicida dependerá de cómo encaremos estos temas nosotros mismos y si hemos encontrado un significado a nuestra vida que nos permita trascender y transformar, en cierto grado, el dolor y la tragedia de nuestra existencia.

Las pérdidas y las crisis del pastor

Revise su memoria y trate de recordar algún fracaso personal, rechazo, o derrota, o pérdida de alguien (o de algo) que haya sido doloroso y sin lo cual siente que no puede vivir, o alguna crisis desagradable en la que usted sintió que alguien había tirado de la alfombra sobre la cual se apoyaba su vida. Tómese unos pocos minutos para *revivir* la desagradable experiencia, permitiéndose experimentar una vez más los sentimientos de agonía que tuvo cuando esto le sucedió. Ahora, reflexione sobre lo que acaba de revivir; tome conciencia de qué aspectos de esa experiencia permanecen inacabados; que aprendió de ella; y de qué

manera alteró su fe, sus creencias verdaderas y su relación con Dios, qué le ayudó y qué no le resultó de ayuda./

Es probable que se haya puesto en contacto con su capital más valioso para el cuidado y asesoramiento pastoral con personas que atraviesan graves crisis y aflicciones. Cualquiera sean sus capacidades para asesorar durante crisis y aflicciones, su utilidad final dependerá de cómo sobrelleva usted sus propias crisis y pérdidas, y qué aprende acerca de usted mismo, de la gente, de la vida y de Dios por medio de estos intrusos inoportunos. Las personas quebrantadas necesitan su fuerza de apoyo, pero también necesitan sentir que usted sabe cómo es sentirse conmovido. Necesitan su fe y su esperanza, pero también necesitan sentir que usted conoce la duda y la desesperación de primera mano. En resumen, necesitan experimentar la fuerza que hay en usted que proviene de admitir su debilidad y sus fracasos, de aceptar la propia vulnerabilidad y la profunda necesidad que tiene de los demás. Durante la década pasada, la vida me trajo una serie de grandes pérdidas y de cambios que dislocan. Adquirió un nuevo significado para mí la frase de Henri Nouwen «el sanador herido». Al trabajar con personas en crisis, he notado que muchas veces me siento más conectado con su mundo interior que antes. La imagen que mejor comunica lo que espero para mí mismo y para usted (cuando usted encare sus crisis y sus pérdidas) es la afilada hoja de una pérdida dolorosa que al igual que una pala, abre una zanja en nuestra alma, convirtiéndose en un canal a través del cual fluye una corriente sanadora de comprensión y cuidado en la vida quebrantada de otras personas que atraviesan por crisis y pérdidas.

Sesión de práctica de la realidad

EL ROL DEL MIEMBRO DE LA IGLESIA: Si tuvo una pérdida dolorosa en su vida (quizá la que acaba de revivir con esta lectura), vaya al pastor y pida ayuda.

O: intente adentrarse en los sentimientos de alguien que usted conoce bien que está en proceso de encarar una grave pérdida. Realice el «role-playing» de la persona que busca la ayuda del pastor.

O: Usted es Jane Carey, una mujer que ha pasado los cuarenta años, cuyo esposo Dick falleció de manera inesperada de un ataque al corazón hace dos meses. Siente la pérdida con intensidad y encuentra que es casi imposible volver a participar en sociedad, en especial en la iglesia donde eran un matrimonio muy activo. Se siente muy deprimida y quiere esconderse de la gente.

EL ROL DEL PASTOR: Utilice lo que aprendió en este capítulo sobre cómo facilitar el duelo mientras asesora a uno de estos miembros de la iglesia. Esté atento a la necesidad que tiene la persona de recibir ayuda para realizar su duelo.

EL ROL DEL OBSERVADOR-SUPERVISOR: Interrumpa la sesión periódicamente para hacerle la devolución al pastor sobre su eficiencia en la tarea de facilitar el proceso de duelo, en especial al manifestar los sentimientos inacabados.