



CÁTEDRA DE BIOÉTICA

# ACOMPañAMIENTO AL ADULTO MAYOR ENFERMO

---

Desde una relación de ayuda

Por

Jesús Alfonso Baca Méndez

Visto Bueno del Director

Prof. Dr. D. Javier de la Torre Díaz

Fdo.

Madrid – Julio de 2014

## **ABREVIATURAS**

BAC	BIBLIOTECA DE AUTORES CRISTIANOS
CONAMED	CONSEJO NACIONAL DE MEDICINA (México)
IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ONU	ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
UPCO	UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS
OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

## INTRODUCCIÓN

Hoy, viven en México ocho millones de adultos mayores. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) calcula que de continuar las tendencias actuales, en el 2025 los adultos mayores en América Latina constituirán el 14.1 % de la población, incrementándose hasta el 22,6 % en 2050, cuando uno de cada cuatro habitantes pertenecerá al grupo de población de más de 65 años.

El envejecimiento de la población no es algo nuevo. Siempre ha estado ahí, en la historia y en la vida, como una demostración del proceso natural común a todos los seres vivos, sean gentes, plantas o animales. Lo que está sucediendo es que la esperanza de vida ha aumentado notablemente. Antes, la edad de las gentes llegaba hasta los cuarenta o cincuenta años, ahora, la edad de las personas llega hasta los setenta u ochenta años.

Es verdad, sin embargo, que muchos quedan en el camino todavía, pero, gracias a los avances médicos y a los logros sociales, las personas mayores viven más años en los tiempos actuales, consiguiendo que su número sea más abundante. Si además sopesamos, cómo en las otras etapas de la vida, infancia y juventud, el número ha disminuido en una sociedad que camina por derroteros contrarios a la procreación, resulta lógico que esto pase. Aunque ciertamente, México sigue siendo un país de jóvenes, es muy notorio el aumento de adultos mayores en las familias mexicanas.

Desafortunadamente, la visión de la vejez, o mejor dicho, del adulto mayor o anciano, que hasta hace unos años era en extremo valorado, va cambiando paulatinamente. Así pues, gran parte de los estudios sociológicos se realizan desde un enfoque asistencialista y excluyente de la vejez, centrándose en el impacto y las consecuencias alarmistas que tendrá el acelerado envejecimiento de las poblaciones en cuestiones de salud, previsión social, modificaciones de la fuerza de trabajo en el mercado laboral, en fin, aspectos que relacionan al conjunto de las personas de avanzada edad con el espacio de la carga presupuestaria y social, el retiro, las pérdidas y la ruptura de vínculos sociales. Esto lleva a formarse una idea negativa de la vejez, asociando dicho proceso y a las personas que se encuentran en este, a la improductividad, a la inactividad, y sobre todo con la dependencia. Se llegan a percibir como una carga.

Es verdad que la vejez es una etapa en el ciclo de la vida en la cual las personas poseen menos control de sí mismas, física y psíquicamente, pero esto no debe llevarnos a devaluar, consciente o inconscientemente, el status social de las personas mayores. Uno de los prejuicios más frecuentes que uno se encuentra en nuestra sociedad es el de que los viejos son todos enfermos o discapacitados porque pasan mucho tiempo en la cama a causa de enfermedades, tienen accidentes en el hogar, tienen pobre coordinación psicomotriz, desarrollan infecciones fácilmente, o están hospitalizados, o viven en residencias geriátricas (si las hay). Esto ha llevado a identificar erróneamente la vejez con la enfermedad.

Por otra parte, no podemos olvidar que las personas mayores cumplen un papel esencial en la familia y en la sociedad. Tradicionalmente han aportado su experiencia, conocimiento, consejo y sabiduría. En mi país, el modelo tradicional de familia ha sufrido algunos cambios. El modelo de familia numerosa de seis a ocho miembros es muy raro ya. Estas son ahora de dos a tres hijos. Sin embargo, la familia sigue siendo la institución social primaria de ayuda para las personas mayores a pesar de su estructura y funciones cambiantes. La familia brinda a los ancianos un auxilio de tipo material, emocional y social durante los tiempos normales y también en los de crisis. Las limitaciones, la incapacidad, la enfermedad u otro tipo de impedimentos para llevar una vida independiente, hacen imperativo que la familia asuma un rol más activo en la provisión de cuidados y servicios a los ancianos y representa el factor principal para reducir la posibilidad de institucionalización, que por otra parte, en mi país es muy escasa, prácticamente inexistente, de acceso a muy pocos.

Los ancianos aspiran a vivir sus años de vejez en su propia casa, con su familia. Se trata de la aspiración personal más elemental, la más sagrada y la más digna de respeto. Por eso nada se entiende más digno que centrarse en la perspectiva de facilitar una vida correcta y confortable para las personas mayores. Pues su vida cursada a lo largo de los años comprende la entrega total y absoluta a los suyos cuando pudieron hacerlo, comprende en sus años de ancianidad el derecho a disfrutar de la entrega de los suyos cuando apenas tienen nada que entregar. Pero a veces, debido a múltiples obligaciones que tienen sus familiares que debían de ocuparse de ellos, la falta de recursos económicos y de acceso a los servicios sociales, la nula o escasa formación de la familia para asistirlos, conduce a situaciones de un grave descuido en

el que se pone en juego la integridad física, psíquica, e incluso, la dignidad de la persona mayor.

Esta situación se acentúa cuando el anciano está enfermo. La enfermedad desestructura a la persona y a su familia, el anciano se siente muchas veces solo, angustiado, desesperado, triste, y muchas veces deprimido y abandonado. Junto a él, su familia experimenta también la incertidumbre y la angustia por no saber cómo ayudarlo, por las limitaciones económicas, de tiempo, la falta de asistencia sanitaria, de servicios sociales, o de preparación para paliar las necesidades más elementales de su ser querido.

Ante esta realidad, de mi contexto existencial, encontré la motivación para realizar este trabajo. Pues estoy convencido que cuando uno se acerca a una realidad, por adversa que esta sea, y se adentra en ella para entenderla, es más fácil comprenderla, asumirla, aceptarla y acompañarla. Muchas personas mayores y sus respectivas familias no cuentan con el apoyo social y económico necesario para afrontar los efectos provocados por la enfermedad en un anciano.

Está claro que las instituciones públicas deben esforzarse por ofrecer los medios necesarios para atender a las personas mayores, y lo hacen. Sin embargo, es imposible abarcarlo todo. Por eso, las familias tienen que hacer lo que a ellos les corresponde. Pero muchas veces sus cuidados y servicios a su anciano enfermo, aunque de muy buena voluntad, son ineficientes e inadecuados. No sabemos escucharlos, comprenderlos, ayudarlos. Y por otra parte, la misma familia también necesita ser ayudada.

Por tal razón, pretendemos aportar en este trabajo unos elementos que nos permitan acercarnos al fenómeno del envejecimiento, y más concretamente a la persona que se ve inmersa en este proceso. Desde la sociología, que nos ayude a comprender la situación y lugar del adulto mayor en la sociedad actual y evitar posturas o actitudes excluyentes, desinteresadas o indiferentes, y promover una actitud sensible y de servicio ante las necesidades del adulto mayor, y especialmente ante el anciano enfermo. Desde la medicina, para conocer cuáles son las enfermedades y síndromes más comunes en esta etapa de la vida, y evitar identificar la vejez con la enfermedad, y por otra parte, conocer algunos rasgos más comunes provocados por la enfermedad y poder tomar actitudes preventivas. Desde la psicología, para intentar

comprender el estado psíquico – afectivo del anciano enfermo y sus necesidades más básicas, y poder ofrecer unas pautas para intentar acompañarle de una manera integral.

Por eso, nos atrevemos a proponer la relación de ayuda como un instrumento de apoyo para acompañar a nuestros ancianos enfermos, y a la vez a la misma familia. Aceptamos que no es fácil abarcarlo todo y que nos seguirán faltando medios, sin embargo, intentamos hacerlo de la mejor manera posible.

El método empleado ha sido el de una lectura asidua sobre el tema del envejecimiento, sus efectos en la sociedad, en la familia, y desde luego en la persona que experimenta y vive existencialmente dicho proceso. Así mismo, también hemos estudiado los efectos que la enfermedad provoca en la persona, física, psíquica y emocionalmente. Hemos utilizando una bibliografía especializada en el tema, desde la sociología, la psicología, la gerontología, la medicina, el counseling, la relación de ayuda, e incluso la pastoral de la salud, todo ello con el fin de elaborar y proponer unas pautas de acción para comprender, asumir y acompañar de la mejor manera posible al anciano enfermo. Hemos de aclarar que, en la medida de lo posible, realizamos una adaptación de los contenidos, en origen para la realidad española, a la realidad contextual de la región de mi país, México, en la cual yo desempeño mi servicio.

En el primer capítulo intentaremos acercarnos a la realidad existencial del adulto mayor, conocer su situación y lugar en la sociedad, como vive la jubilación, qué significa envejecer para algunas ciencias humanas como la medicina, la psicología, la antropología. Cuál es rol del adulto mayor en la familia, su problemática dentro de la misma y qué pide este a la misma, y lo más importante, acercarnos a su realidad personal, para intentar conocer y comprender cómo le afecta el proceso mismo del envejecimiento y poder acompañarle mejor.

En el segundo capítulo intentaremos acercarnos al adulto mayor enfermo. Partimos de la salud entendida como un estado de armonía integral de la persona (biológico, psíquico, emocional, social y espiritual), que se ve alterado por la enfermedad, rompiendo el equilibrio integral del individuo provocando una desestructuración en su persona. Por lo cual, intentaremos adentrarnos en el proceso de la enfermedad y el sufrimiento que esta provoca, proceso, en principio desestructurante y desintegrador para cualquier persona, y que se acentúa de manera especial en el adulto mayor. Nos auxiliaremos de las aportaciones de las ciencias

como la medicina, la psicología, la sociología, etc., para acercarnos a las necesidades fundamentales de la persona mayor enferma (físicas, psíquicas, afectivas, espirituales, etc.), y a partir de ello intentar brindarle el mejor acompañamiento posible.

En el tercer capítulo presentamos la *relación de ayuda*, aplicada a la persona mayor, como instrumento de acompañamiento que nos permita ser más competentes para cuidar a las personas mayores de una manera integral, holística y humanizada. Ya que son muchas las familias que están dispuestas a cuidar a sus ancianos, sin embargo, estas necesitan ser formadas para poder brindar un mejor acompañamiento y cuidado a sus adultos mayores enfermos. Los cuidadores, formales e informales, no pueden contentarse con su buena voluntad, sino que necesitan algunos conocimientos y adiestrarse, en la medida de lo posible, en algunas técnicas y habilidades para el acompañamiento.

### **Agradecimiento.**

Mi más sincero y profundo agradecimiento a mis padres y hermanos, de quien he recibido un gran apoyo para mi desempeño en esta etapa de mi formación profesional. De una manera muy especial, mi más sincero y profundo agradecimiento al Dr. Javier de la Torre Díaz, que con gran empeño y sabiduría me ha guiado en el desarrollo de este trabajo. No sólo por sus consejos académicos, sino porque ha sabido escucharme como un verdadero amigo. También agradezco cordialmente a la Dra. María Carmen Massé, por su apoyo y consejo para la mejor realización de este trabajo, a mis amigos y compañeros del Máster en Bioética, que con su amistad y confianza me han motivado cada semana para seguir adelante, aprendiendo y compartiendo una misma pasión, el estudio de la Bioética. Pero sobre todo, doy gracias a Dios, porque siento que es él quien me ha puesto en este camino, dándome los medios necesarios para recorrerlo y guiándome con su gracia.

## **CAPÍTULO 1. LA REALIDAD EXISTENCIAL DEL ADULTO MAYOR.**

### **INTRODUCCIÓN**

Pretendemos en este primer capítulo acercarnos a la realidad existencial del adulto mayor, es decir, nos interesa conocer su situación y lugar en la sociedad actual, el papel que desempeña dentro de su familia, su problemática dentro de esta, así como los problemas que suscita su vulnerabilidad o dependencia para la misma, y, más importante aún, acercarnos a su realidad personal, intentando conocer y comprender lo mejor posible cómo le afecta el proceso mismo del envejecer, y en la medida de lo posible descubrir cuáles son sus expectativas o peticiones frente a los sujetos que “acompañan” su realidad.

#### **1. Realidad social del adulto mayor.**

Acudimos, a mi parecer, a un fenómeno casi nuevo y característico del siglo XXI: el envejecimiento de la población. Los procesos de industrialización, urbanización y modernización social, unidos a los avances tecnológicos, científicos y sanitarios han provocado la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad, junto al aumento de la esperanza de vida. Estas dos últimas causas son las fundamentales de este hecho demográfico en nuestra historia actual. Podemos decir que, todas las regiones del mundo están envejeciendo.

Ya en los días de abril de 2002, en la ciudad de Madrid, se celebró la “Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”, y en esta, el mismo secretario general de la ONU recordó a los presentes que existían ya unos 600 millones de personas mayores de 60 años y que, en menos de medio siglo, esta cifra alcanzaría los 2.000 millones. Lo que representaría el 21 % de la población mundial<sup>1</sup>.

En América latina se estima que para el año 2025 habrá alrededor de 98 millones de personas mayores y, para el 2050 este grupo constituirá el 23,4 % de la población total de la región, es decir, prácticamente uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> F. J. ELÍA, *Aprendiendo a envejecer*, BAC, Madrid 2007, 11.

<sup>2</sup> I. MIRALLES, *Vejez productiva*: Kayros 26 (2010), 2.



En México, en 1950 había 25. 791. 017 habitantes, de ellos 865. 614 eran de 65 años y mayores, correspondientes a un 3. 36 % de la población. Para el 2005 ya sumábamos 103. 263. 338 habitantes, de los cuales 5. 716. 359 tenían edades de 65 años y mayores, equivalentes a un 5. 54 % de la población. Así, los adultos mayores en 55 años, pasaron de 865. 614 a 5. 716. 359, cifras equivalentes a un incremento del 560 %. Mientras que la población en general aumentó de 25. 971. 017 a 103. 263. 388, es decir un 400 %. La población de mayores está aumentando más rápidamente que la población en general<sup>3</sup>.

Ahora bien, la imagen que la sociedad tiene de las personas mayores, de la vejez, como fenómeno social y del envejecimiento como proceso y estado demográfico, suele estar asociado generalmente con elementos negativos. Culturalmente ha prevalecido una visión de la vejez que tiende, desafortunadamente, a identificar a las personas mayores como un grupo poblacional caracterizado por la inactividad, improductividad y dependencia, condicionando de este modo el rol social de los adultos mayores.

A la luz de los datos, mencionados más arriba, no cabe duda que se plantean una serie de problemas que afectan a toda la sociedad, por sus repercusiones sociales, económicas y políticas. Las responsabilidades sociales, aunque recaigan más directamente en el Estado, nos implican a todos en la búsqueda de soluciones.

### ***1.1 Efectos económicos del envejecimiento.***

Es claro que al llegar a esta edad las fuerzas disminuyen y las limitaciones físicas, e incluso psíquicas devienen muchas veces en impedimentos para el trabajo productivo. De seguir el ritmo constante de los últimos años, puede suceder que las generaciones de personas mayores lleguen a superar en un futuro próximo a las generaciones en edad activa. Lo cual indica que les llega trabajo extra a los organismos sociales del Estado, que tienden a legislar con el fin de aumentar la edad idónea para la jubilación, actualmente en los 65 años. El campo del trabajo y de la rentabilidad precisa acción, conocimientos, experiencia y consistencia física y mental. Por eso, la disminución de gentes dedicadas a estas facetas laborales implica a medio o largo

---

<sup>3</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. CENSOS NACIONALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA: 1950-2005. México 2006.

plazo un riesgo en la efectividad de los rendimientos económicos de las empresas y de las instituciones<sup>4</sup>. Según los expertos, este proceso es tendencia general, afecta tanto a los países ricos como a los pobres. Ante esta perspectiva, los responsables de los gobiernos de los países en vías de desarrollo defienden que el envejecimiento y la consecuente asistencia a sus necesidades, debe considerarse como un punto esencial en el diseño de los planes de desarrollo de la comunidad mundial<sup>5</sup>. Está claro, me parece, que los políticos y estadistas saben perfectamente que, más allá de las necesidades humanas y de las soluciones sociales, el envejecimiento paulatino de la población plantea urgentes consideraciones económicas.

La principal preocupación se refiere, pues, al peso que sobre los recursos del país supondrá la existencia de una población pasiva. La relación, por ejemplo, entre jubilados-trabajadores activos, en economías en desarrollo se presenta como uno de los grandes interrogantes. Muchos se preguntan si en un futuro se podrá mantener el nivel de vida de los pensionistas de manera que el Estado y la sociedad en general puedan satisfacer sus necesidades<sup>6</sup>. Aunque no nos guste, hemos de aceptar que el envejecimiento de la población, aún en un país de gente mayoritariamente joven como es México, empieza a representar un problema para su economía, en un futuro a mediano plazo. Por una parte, se convierten en un grupo inactivo para la producción, y por otra, muchas veces, en una carga económica para sus familias que se ven obligadas a solventar los gastos generados de su manutención. Pues la gran mayoría recibe una pensión en base al salario mínimo (2. 200 pesos al mes).

### ***1.2 La jubilación como reconocimiento social del adulto mayor.***

La jubilación suele tener un valor simbólico, es una especie de certificado oficial por el que, aunque se agradezca una placa o una comida por los servicios prestados, en realidad se trata del inicio de una nueva e importante etapa de la vida, donde la profesión y el trabajo mantenían una profunda vinculación con la sociedad. Y, aunque la jubilación era un estímulo

---

<sup>4</sup> F. J. ELÍA, *op. cit.*, 10.

<sup>5</sup> *Ibid.*, 11.

<sup>6</sup> Cf. G. PÉREZ SERRANO, *Personas mayores y calidad de vida*, en: G. PÉREZ SERRANO (Coord.), *Calidad de vida en personas mayores*, DYKINSON, Madrid 2006, 30.

profundo para seguir adelante, el trabajo ha quedado cerrado para siempre<sup>7</sup>. Se trata, pues, del paso a las clases pasivas, al cierre de actividades que se habían realizado siempre como, si a partir de una fecha determinada, el individuo se hubiera vuelto incapaz e improductivo.

Las personas que estrenan la jubilación comienzan por asumir toda una realidad diferente y muy distinta a la que estaban acostumbrados. Antes se mantenían ocupados, programados, organizados y sujetos a la vida laboral. No es lo mismo un descanso el fin de semana o unas vacaciones cortas anuales, que de por vida. Existen dos variantes para situarse ante la jubilación. Una es como puerta a la vejez: *la voluntaria*, que viene con la edad. La persona ha ido creciendo los últimos años de su vida activa en reflexión, análisis y preparación psicológica y mental, lo cual facilita un tránsito sosegado al estado de jubilación<sup>8</sup>. La otra es una entrada *forzada*. En la que se da una especie de choque violento, que llega inesperadamente. El individuo no ha tenido el tiempo y la disposición necesaria para prepararse con convicción a una mutación de vida que le significa un cambio radical. En muchos casos, se da una especie de sufrimiento callado que ayuda muy poco a la inmediata aceptación de la jubilación<sup>9</sup>.

Podemos decir que, al jubilado, señor o señora de su existencia, conocedor de mil experiencias personales, que se sitúa o le sitúan en la gozosa jubilación, le ha llegado el momento donde tiene que bandearse por sí mismo. Ha de valerse por él mismo ante el futuro siempre incierto, ha de salvar obstáculos que le sobrevengan a su persona, a su matrimonio y a su situación. Ha de plantarse ante el nuevo reto: se le ofrece una liberación cuasi absoluta de jornadas, horarios, jefes, obligaciones laborales y responsabilidades. Dispondrá ahora de todo el tiempo para sí mismo. Sin embargo, es posible que aparezca también, un sentimiento de vacío y aburrimiento que no sabe cómo superar<sup>10</sup>. Supone además, el abandono de un grupo al que se encontraban vinculados por los intereses y preocupaciones comunes, en el que se habían encontrado buenos amigos, cuya relación ya no es fácil mantener por diferentes circunstancias. Es verdad que, la palabra jubilación viene de júbilo, alegría, y para algunos

---

<sup>7</sup> E. LÓPEZ AZPITARTE, I. NÚÑEZ DE CASTRO, *Cruzando el puente. Problemas éticos relacionados con la vida*, San Pablo, Madrid 2011, 346.

<sup>8</sup> F. J. ELÍA, *op. cit.*, 13.

<sup>9</sup> *Ibidem*.

<sup>10</sup> E. LÓPEZ AZPITARTE, I. NÚÑEZ DE CASTRO, *op. cit.*, 347.

será la hora de un reposo merecido, pero para la mayoría puede convertirse en una especie de marginación<sup>11</sup>. Puede ser, por tanto, o un empobrecimiento cultural y económico, pues se asume como un estado de inutilidad, de aislamiento y de soledad. O bien, como un estado de placentera libertad, en el que se dispone de tiempo suficiente para realizar sus particulares ilusiones, objetivos no realizados, sus curiosidades no disfrutadas y desde luego, para compartir lo que se es y se tiene con la familia y sus gentes más allegadas<sup>12</sup>.

### ***A modo de conclusión.***

Ante estas realidades, el adulto mayor para sentirse satisfecho con la sociedad, necesita tener apoyo social, comprensión, respeto, buenas relaciones sociales y dinero para satisfacer las necesidades básicas de alimentación y medicamentos. Este apoyo social traducido en la ayuda material ofrecida por las autoridades, brindando la posibilidad de acceder a los servicios de salud de manera gratuita, vivienda, lugares de esparcimiento, apoyo educativo específico, promoción de la cultura para ellos, y desde luego una pensión suficiente para satisfacer sus necesidades económicas más elementales. Descuentos a los pagos de servicios públicos como la energía eléctrica, gas, agua, transporte, etc., el reclamo de ser tomados en cuenta como miembros de una sociedad a la que pueden todavía aportar mucho, y la no exclusión de las actividades socioculturales de la comunidad en la que se desarrollan, constituyen los retos de la persona adulta mayor actual. Muchos dicen: “las personas tienen que respetarnos como personas y ciudadanos que somos”, “que la sociedad no nos aparte”, “medicinas y salud gratuita”. La vinculación de los adultos mayores a la sociedad a través de las diversas formas, le proporciona al individuo la posibilidad de ser útil, asimismo, su participación en las actividades y toma de decisiones relacionadas con el medio en el que se inserta, le permite al anciano poner a disposición de las nuevas generaciones su experiencia acumulada de forma enriquecedora para la sociedad y las nuevas generaciones.

---

<sup>11</sup> E. LÓPEZ AZPITARTE, *Envejecer: Destino y misión*, San Pablo, Madrid 1999, 85.

<sup>12</sup> F. J. ELÍA, *op. cit.*, 20.

## 2. Qué es envejecer (antropología del envejecimiento).

La vejez constituye la última etapa del ciclo vital por el que transcurre el devenir de los seres humanos. No existen datos seguros que nos indiquen cuando comienza, aunque en nuestra sociedad se suele situar en torno a los 65 años<sup>13</sup>. Por tanto, al utilizar el término de anciano o adulto mayor, nos referimos al convencionalismo social y legal de personas con más de sesenta y cinco años. Es una etapa que termina, indudablemente, con la muerte, pero cuyo comienzo, características y condiciones, no están, ni mucho menos claras. Es cierto que está asociada a la edad, pero no es igual a esta, y además, no hay una edad concreta en la que se comienza a ser viejo, pues depende también de cada persona<sup>14</sup>. Sin embargo, si hay una cierto tipo de situaciones o manifestaciones de tipo biológico, psicológico y cultural, que nos indican su llegada.

### 2.1 Concepciones sobre la vejez.

- a) **Vejez cronológica:** Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento. Se basa en las edades de retiro tradicionales. Se fundamenta en la vejez histórica real del organismo, medida por el transcurso del tiempo<sup>15</sup>.
- b) **Vejez biológica o funcional:** Corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento natural o biológico. Se ha utilizado el término “viejo” como sinónimo de incapaz o limitado, y refleja la asimilación tradicional de vejez y limitaciones. Se trata de un concepto erróneo, pues la vejez no representa necesariamente incapacidad<sup>16</sup>.
- c) **Vejez etapa vital:** Esta concepción se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa. Esta etapa posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada sólo por las condiciones objetivas externas y las subjetivas del propio sujeto<sup>17</sup>.

---

<sup>13</sup> G. PÉREZ SERRANO, *op. cit.*, 34.

<sup>14</sup> R. FERNÁNDEZ – BALLESTEROS, *Envejecer bien y cómo lograrlo*, Pirámide, Madrid 2002, 25.

<sup>15</sup> *Ibid.*, 35.

<sup>16</sup> *Ibidem.*

<sup>17</sup> *Ibidem.*

- d) *Vejez normal*: sería aquella que cursa con los estándares correspondientes a un contexto cultural<sup>18</sup>. Lo que en dicho contexto se considera a una persona anciana.
- e) *Vejez patológica*: es aquella que se vincula con la enfermedad. Está claro que vejez no es igual a enfermedad, pero también es cierto que a mayor edad mayor probabilidad de enfermar<sup>19</sup>.

## ***2.2 Desde el punto de vista de la biología.***

La biología opera a niveles más generales de la vida que la medicina, cuyo estudio posee un enfoque específico del ser humano. El envejecimiento es un problema intrínseco de los seres vivos, ya que envejecer es perder: representa un proceso de transformación física y biológica de carácter carencial<sup>20</sup>:

- a) Deterioros fisiológicos (arrugas, canas, alteraciones sensoriales, nutritivas, incontinencias, etc.).
- b) Presencia de distintas enfermedades clínicas relacionadas con el aparato respiratorio, el aparato digestivo, dificultad para controlar los esfínteres, presencia de prótesis para la visión, alteración del sueño, etc.
- c) Factores ambientales que en edades jóvenes o maduras cohabitan con el hombre o la mujer y que a partir de los 65 años se convierten en factores de riesgo.

## ***2.3 Desde el punto de vista de la medicina.***

Sabemos que la vejez no es una enfermedad, sino un deterioro orgánico y funcional, que afecta a los humanos en cualquier edad, tenemos que aceptar que los años de vida son determinantes en la aparición de la vejez, sin embargo, no son el único factor y pueden, incluso, no ser el principal, cuando se permite que el estilo de vida y el ambiente, actúen libremente sobre nuestro organismo. Las manifestaciones de la vejez no se desarrollan al mismo tiempo, ni en la misma magnitud, en individuos diferentes y en los diferentes aparatos

---

<sup>18</sup> R. FERNÁNDEZ – BALLESTEROS, *op. cit.*, 27.

<sup>19</sup> *Ibidem*.

<sup>20</sup> *Ibid.*, 42.

y sistemas del organismo humano<sup>21</sup>. Las principales manifestaciones en el ámbito de la medicina son:

- a) **Sistema nervioso central:** La memoria se deteriora progresivamente, con olvidos cada vez más frecuentes y mayor esfuerzo para asimilar y retener los conocimientos. Puede aparecer el Alzheimer<sup>22</sup>.
- b) **Sistema nervioso central:** Con la edad avanzada aparecen dolores articulares en las rodillas, en las caderas, en la columna y en las manos, habitualmente por osteoartropatía degenerativa o desgaste crónico de las articulaciones<sup>23</sup>.
- c) **Sistema cardiovascular:** Como consecuencia de diversos factores de riesgo, entre los que se encuentran los genéticos, el sedentarismo, la alimentación inadecuada, la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial, hiperlipidemias, que pueden conducir a infartos, etc.<sup>24</sup>.
- d) **Sistema respiratorio:** El deterioro de la capacidad ventilatoria como consecuencia de sedentarismo, problemas restrictivos de tórax, tabaquismo, bronquitis crónica y enfisema pulmonar, limita la capacidad física de los ancianos y puede llevarlos a la dependencia, inclusive del oxígeno<sup>25</sup>.
- e) **Sistema digestivo:** La función de masticación se dificulta, como consecuencia de disminución de la producción de saliva, la pérdida de piezas dentales y el deterioro de las existentes por caries y falta de atención. Las encías retroceden, la higiene deficiente ocasiona que el sarro se deposite bajo de ellas, ocasionando gingivitis que contribuye a la pérdida de la dentadura<sup>26</sup>.

---

<sup>21</sup> H. AGUIRRE-GAS, G. FAJARDO-DOLCI, E. M. CAMPOS-CASTELO, *Recomendaciones para el cuidado de la salud del adulto mayor*, en: CONAMED n. 14 (2009), 48.

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> Ibidem.

<sup>24</sup> Ibidem.

<sup>25</sup> Ibidem.

<sup>26</sup> Ibidem.

- f) **Sistema génito – urinario:** En el hombre el crecimiento de la próstata determina dificultad para la micción y hay micciones nocturnas frecuentes. En la mujer suelen aparecer la vaginitis atrófica y frecuentes infecciones secundarias<sup>27</sup>.
- g) **Visión:** El cristalino tiende a opacarse por los depósitos cálcicos ocasionando cataratas, que representan una de las principales causas de consulta especializada. La glaucoma y la degeneración macular, son las principales causas de ceguera<sup>28</sup>.
- h) **Apetito:** El deterioro ocasionado por la vejez, lleva a la pérdida progresiva de los sentidos del gusto y el olfato, que aunados a la imposibilidad de preparar sus propios alimentos, el desagrado por los que les ofrecen, la soledad, los llevan muchas veces a la desnutrición<sup>29</sup>.

#### **2.4 Desde el punto de vista de la psicología.**

Existen diversas teorías que tratan de explicar el proceso del envejecimiento:

**Teoría del declive o carencia:** Al avanzar en la edad se produce un declive así como diferentes carencias en el desarrollo personal y social. Esta teoría une los complejos procesos de degradación psíquica al concepto del tiempo<sup>30</sup>.

**Teoría de la competencia:** Resalta aquellos aspectos positivos como negativos que van apareciendo a medida que nos hacemos mayores<sup>31</sup>.

**Teoría interpretativa:** Reconoce que la mente humana tiene un poder transformador. Centra su esencia en que la realidad está construida por los individuos, por lo que destaca el valor subjetivo de toda experiencia y el valor simbólico del envejecimiento<sup>32</sup>.

---

<sup>27</sup> Ibidem.

<sup>28</sup> Ibidem.

<sup>29</sup> Ibidem.

<sup>30</sup> M. V. PÉREZ DE GUZMÁN, *Aspectos psicológicos en las personas mayores*, en: G. PÉREZ SERRANO, *op. cit.*, 211.

<sup>31</sup> Ibidem.

<sup>32</sup> Ibid., 212.



**Teoría de la actividad:** Los defensores de esta teoría se basan en un optimismo respecto al discurrir de los años, al ser defensores del potencial activo de todo ser humano. Conciben el tramo último de la vida lleno de satisfacción, realización y desarrollo de la persona<sup>33</sup>.

**Teoría de la vinculación – desvinculación:** El ser humano se desarrolla en sociedad y, como consecuencia, realiza una serie de actividades concretas. Esta teoría, descriptiva, trata de aclarar si resulta conveniente o adaptativo que la persona que ha llegado a la ancianidad siga comprometiéndose en ciertas actividades<sup>34</sup>.

**Teoría del desarrollo personal:** Desde esta perspectiva se destaca que los últimos años de vida pueden ser ocasión para un sustancial desarrollo personal. Aunque para algunas personas mayores, el desarrollo personal es difícil o imposible debido a una serie de circunstancias como el estrés, problemas de salud, pérdida de seres queridos, etc., esta teoría es de las más destacadas<sup>35</sup>.

Sobrevenen limitaciones de orden mental y psíquico. Afectan al raciocinio, a la memoria, a la atención. Con la mayoría de edad se pierde capacidad de memoria, los recuerdos se quedan en el olvido, se debilita la atención mental hacia las cosas, los sucesos y las personas. Igualmente, se hace difícil de mantener una disposición interior hacia el rendimiento activo, el cual era habitual y constante en tiempos anteriores de madurez. La experiencia enseña que estas limitaciones de tipo anímico se muestran más contundentes cuando el envejecimiento va ya muy avanzado, salvo en situaciones en que aparece la enfermedad, que lo recrudecen<sup>36</sup>. Algunas personas pueden llegar a manifestar cambios repentinos de la personalidad y la conducta, sufrir tristezas prolongadas, sobre todo ante la jubilación, incluso hasta depresión, temores que les atormentan, obsesiones que les paralizan ante la incertidumbre de su futuro, el miedo a quedarse solos, en algunos afloran complejos que alteran la percepción de la realidad<sup>37</sup>.

Por otra parte, es obvio que el deseo de vivir está inserto en nuestros mecanismos psicológicos. Nadie, a no ser por situaciones especialmente duras e insoportables, está

---

<sup>33</sup> Ibidem.

<sup>34</sup> Ibidem.

<sup>35</sup> Ibid., 213.

<sup>36</sup> F. J. ELÍA, *op. cit.*, 20.

<sup>37</sup> Ibid., 21.

ilusionado con el fin de su existencia. Puede surgir, a estas alturas de la vida, cierto temor a la muerte. El ser humano toma conciencia de su temporalidad por la experiencia concreta de todo lo que pertenece al pasado<sup>38</sup>. Toda persona que se acerque a esta frontera de la vejez sabe, por experiencia, que nunca se avanza sin sentir las consecuencias de este proceso sobre el propio psiquismo. La fuerza del impacto depende de cada persona y de la ayuda que pueda recibir de los demás. Se trataría de procurar que en el rostro del anciano brillen la paz, el sosiego y la esperanza, que no tienen porque agotarse en un cuerpo envejecido<sup>39</sup>.

### *A modo de conclusión.*

La vejez está provocada por los cambios substanciales que se manifiestan en el cuerpo y se aferran al organismo. Los cambios aparecen progresivamente, a veces, imperceptiblemente, y por lo común con el paso de los días llegan a ser irreversibles. El adulto mayor toma conciencia y descubre una imposible recuperación de las energías de los tiempos en que era adulto robusto y sano. Aun así, conviene aceptar que el proceso del envejecimiento, a pesar de las manifestaciones comunes, se gestiona de forma individualizada, por lo que se desarrolla de manera distinta en cada uno.

La vejez resulta demasiado amplia, en tiempos y personas, en circunstancias y en condicionamientos como para calibrarla en su conjunto con los baremos del desgaste y el deterioro. Por eso, nos encontramos venerables ancianos que todavía ocupan cargos de verdadero liderazgo dentro de la sociedad y las instituciones. Es verdad, que conforme se avanza en la edad se pierde la masa y la fuerza muscular, se pierde velocidad y reflejos, con la consiguiente incapacidad. Que aparecen arrugas, canas, se debilita la visión, disminuye la talla personal y el caminar se hace cada vez más lento. Sin embargo, esto es normal, forma parte de la naturaleza misma, en consecuencia, por el hecho de ser normal, este conjunto de mermas no tiene porque ser un obstáculo insuperable para que la persona mayor pueda desenvolverse bien en la cotidianidad que le corresponde vivir. Es decir, la vejez no debe identificarse con una enfermedad, aunque en esta etapa de la vida aparezcan estas con mayor frecuencia que antes.

---

<sup>38</sup> E. LÓPEZ AZPITARTE, *op. cit.*, 80.

<sup>39</sup> *Ibid.*, 97.

Siendo objetivos, en un análisis del envejecimiento no conviene generalizar pretendiendo determinar su estado como una personificación única idéntica para todos. Cada anciano es diferente, porque es persona diferente, porque ha vivido su experiencia, su crecimiento y su madurez de manera muy diferente a como lo han hecho otros ancianos. Es preciso reconocer que subsisten de por vida las influencias de las condiciones biológicas personales y aquellas otras de infancia, juventud, madurez y vejez que han marcado y siguen marcando el área personal por medio de un específico entorno sociocultural.

### **3. Realidad familiar del adulto mayor.**

En nuestra sociedad actual, la comunidad familiar ha variado sus funciones. Componentes económicos, ideológicos y sociológicos han convertido a la familia en un grupo pequeño (familia nuclear) con reducciones notables en el número de sus miembros y con variaciones importantes en los papeles ejercidos por los mismos. La heterogeneidad de los roles de la familia numerosa debido a la existencia de personas de distintas generaciones ha cedido paso, en nuestras familias actuales, a otras importantes funciones sociológicas, pero ha ido creando el problema sobre la forma de vida de las personas mayores, que antes eran cuidadas en sus familias acompañados del cónyuge y por sus hijos, pero hoy les cuesta más a las familias que ellos permanezcan en el ámbito familiar<sup>40</sup>.

No podemos olvidar que en nuestra cultura la familia representa un papel muy importante en nuestra vida. Desde que nacemos nos hacemos con los otros, nos hacemos una imagen de nosotros mismos a través del desarrollo social y familiar. Pero es en la familia donde vamos adquiriendo las normas básicas de nuestro comportamiento. Es de esperar que la mayor parte de nuestra población de adultos mayores y en general, esperen vivir en su casa con sus hijos u otros familiares toda su vida. Son pocos los que esperan ser trasladados a una residencia para mayores o a algún otro lugar para pasar los últimos años de su vida. Aún, en caso de necesitar ayuda, la mayoría desearía seguir viviendo en su casa, bien adaptándola a sus nuevas necesidades, o bien recibiendo ayuda remunerada de alguna persona<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> G. PÉREZ SERRANO, *op. cit.*, 26.

<sup>41</sup> *Ibid.*, 27.

Por eso nos parece importante acercarnos a la realidad familiar del adulto mayor y de la situación de la misma familia, y profundizar en sus necesidades, especialmente en lo que la persona mayor pide o necesita de su familia, contexto en el que viven la gran mayoría en mi país.

### ***3.1 La nueva situación de la familia.***

Sin duda, el aumento de la longevidad a comienzos de este siglo impacta en la estructura y el comportamiento familiar permitiendo una mayor coexistencia de generaciones en las familias actuales. No obstante, a pesar de todos los cambios y transformaciones que presenta hoy la estructura familiar, la solidaridad familiar intergeneracional continúa siendo prioritaria. Los vínculos parentales son fundamentales en el escenario actual del envejecimiento. Asimismo, el modo de integración de los adultos mayores al grupo familiar dependerá en gran parte de la valoración y atributo de roles que los otros miembros familiares les asignen, así como el grado con que ellos lo asuman<sup>42</sup>.

Actualmente, la incorporación de las personas mayores al hogar de alguno de sus hijos adultos es una de las situaciones más frecuentes donde juega un papel muy importante el factor económico. De este modo, el anciano convive con sus nietos, donde es más evidente la asunción de manera voluntaria o no de su nuevo rol de cuidador de los niños, convirtiéndose muchas veces en una estrategia de supervivencia familiar<sup>43</sup>. Por otra parte, el alargamiento de la esperanza de vida ha permitido también en el crecimiento de familias intergeneracionales, formadas por cuatro o hasta cinco generaciones. Hablamos de familias con bisabuelos y tatarabuelos. Por otra parte, también, dado a la situación de crisis económica nos encontramos con hijos y familia que se trasladan a la vivienda de los abuelos para solventar su déficit económico.

La situación de la mujer mayor requiere de una reflexión especial por dos razones: la elevada supervivencia actual de las mujeres de edad avanzada se ha convertido en un factor de feminización de la vejez que hacen que el rol del cuidador primario del cónyuge y la viudez

---

<sup>42</sup> Cf. I. MIRALLES, *op. cit.*, 7.

<sup>43</sup> Cf. *Ibid.*, 8.

sean más probables en este grupo y, por otro lado, las históricas diferencias de género han asignado como parte de la naturaleza de las mujeres su función en el ámbito doméstico<sup>44</sup>.

Así pues, la mayoría de las mujeres mayores han estado condicionadas por un acceso desigual en la estructura de oportunidades, es decir, muchas de ellas no han tenido posibilidades reales de educación formal y las que han podido desempeñarse en trabajos extradomésticos lo han hecho en tareas socialmente consideradas femeninas, abandonando su participación económica una vez contraído matrimonio o por razón de la maternidad. Asimismo, el proceso del envejecimiento femenino no sólo viene marcado por la continuidad en el rol tradicional de ama de casa que además se intensifica con la prestación de ayuda a otros miembros, principalmente a los nietos y a los cónyuges, sino que también extiende su apoyo a los hijos adultos que, en muchos casos siguen viviendo en sus hogares<sup>45</sup>.

No obstante, afortunadamente, están surgiendo otros roles y espacios que otorgan a las mujeres mayores la posibilidad de disfrutar de mayor independencia, desenvolvimiento y realización personal. Por otra parte, hemos de reconocer que ellas suelen contar con el mayor afecto y cariño de los demás miembros de la familia, para los cuales su presencia ha sido fundamental en sus vidas.

### ***3.2 Lo que el adulto mayor espera de la familia.***

Hoy, los mayores, piden que no se les deje en el desamparo material, después de que ellos, con todos los esfuerzos y sacrificios de que los padres son capaces, han sacado adelante a sus hijos, aunque no lo piden como una reivindicación materialista. El anciano espera de su familia aquello que necesita en cuanto a aspectos básicos que definen su equilibrio emocional<sup>46</sup>. El anciano necesita sentirse amado, ser valorado en lo que es y en lo que fue, porque a ello se debe, en no pocas ocasiones, lo que son y serán los que le siguen. Necesita ser aceptado tal y como es.

---

<sup>44</sup> Ibidem.

<sup>45</sup> Ibid., 9.

<sup>46</sup> G. HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, *El anciano en la familia*, en: S. ADROHER BIOSCA (Coord.), *Mayores y Familia*, U. P. Comillas, Madrid 2000, 100.

El anciano espera de la familia comprensión para su carácter y su personalidad. Al llegar a la ancianidad se conserva el carácter de toda la vida. Lo que ocurre es que por una parte, varían las formas y las posibilidades de expresarlo y, por otra, que por parte de los familiares, en función de la edad y de la nueva situación familiar, se perciben de manera diferente<sup>47</sup>.

Espera también comprensión y respeto por unas ideas y creencias, para unas estructuras mentales que, aunque trate de adaptarlas a la evolución y al ritmo cambiante de la sociedad actual, le han acompañado muchos años. Él espera no sentirse menospreciado en y por la familia. Espera que sus criterios y opiniones sean también tenidos en cuenta, espera no oír frecuentemente que está desfasado y obsoleto. Espera interés y paciencia para escucharle sus historias, las historias de su vida, sin que se le considere un pesado<sup>48</sup>.

El anciano espera y desea que se comprenda y respete, en su caso, su austeridad no tachándola de tacañería o de avaricia. Que se valore lo que tiene, porque sabe lo que le ha costado conseguirlo y que a partir de su jubilación se limitan sus ingresos. Espera de su familia que le animen a disfrutar de la vida y que no le recriminen que se gasta parte de sus recursos en gozar de aquello que antes, por obligaciones laborales y familiares, le estaba restringido. Espera comprensión y tolerancia para con los efectos, nunca queridos por él, de sus disminuciones y limitaciones físicas y mentales<sup>49</sup>.

Aguardan, también, que se valoren en él la capacidad de reflexión, la claridad de juicio, la utilidad de su experiencia, la discreción en el decir y en el hacer, el saber de la vida y de las cosas, la veteranía y la madurez en el trato con los menores, que hacen verdaderamente gratas las relaciones intrafamiliares. Espera el máximo apoyo y ayuda afectiva para que sus relaciones conyugales sean felices y armónicas. Que, entre todos, creen y se conserven las condiciones más idóneas posibles para que se dé una perfecta convivencia entre los padres-abuelos con sus hijos e hijas, yernos, nueras y nietos<sup>50</sup>.

---

<sup>47</sup> Ibidem.

<sup>48</sup> Ibid., 101.

<sup>49</sup> Ibidem.

<sup>50</sup> Ibid., 102.

Sería de desear que se le valoren y reconozcan las ayudas que en innumerables ocasiones presta a sus hijos, tanto económicas, como en el apoyo en tareas domésticas o cuidando a los nietos. Así como su función coeducadora e integradora que realiza en el contexto familiar y, fundamentalmente, por lo que se refiere a la trasmisión de valores a las nuevas generaciones. Y también que se le respete, en caso de viudez, la posibilidad de rehacer su vida con un nuevo amor conyugal.

De manera especial, espera que, cuando sobrevenga la enfermedad, el grave deterioro de sus facultades, se le acoja y se le atienda como le corresponde y, mientras ello sea posible, no sean transferidas a instituciones competencias que corresponden y han de corresponder a toda la familia. Asimismo, que se le ayude a orientar el tiempo libre y de ocio y posibilidades reales para poder hacerlo. Y desde luego, en caso de necesidad, apoyo económico<sup>51</sup>. En este sentido, teniendo en cuenta que las pensiones no son suficientes, nos parece que los ancianos tienen derecho a esperar la ayuda y solidaridad amorosa de sus hijos que gocen de una posición económica desahogada, y aun de aquellos que no la tengan tanto y hayan de hacer un esfuerzo o sacrificio, en justa compensación para quienes, en su caso, lo hicieron a fin de facilitarles cuanto, en su infancia y juventud, precisaron<sup>52</sup>.

Se espera de la familia que ponga todos los medios materiales e inmateriales posibles para que el adulto mayor no viva percibiendo las sensaciones de soledad, abandono y aislamiento que para muchos ancianos tienen fatales consecuencias. Pero lo más esperado, lo prioritario, es el amor, el cuidado, la compañía y la solidaridad de toda la familia.

### ***A modo de conclusión.***

Aunque son la mayoría los hogares que recogen a los padres mayores, la situación será distinta en un futuro. El número de hijos por familia tiende a ir disminuyendo en las futuras generaciones, mientras la proporción de ancianos aumenta. La mujer con su incorporación al trabajo, no puede estar al servicio exclusivo de una persona, que exige atenciones y, muchas veces, durante un prolongado tiempo. Un anciano, en estas condiciones, supone una dificultad seria para el ritmo actual de una familia. Estas necesidades crecientes exigen soluciones

---

<sup>51</sup> Ibid., 103.

<sup>52</sup> Ibidem.

sociales, sanitarias, familiares que impliquen a todos los que se encuentran afectados por esta situación<sup>53</sup>.

Sin embargo, la familia no puede convertirse en una mini residencia para mayores o en una especie de mini hospital cuando el anciano está enfermo. La carga que representa el cuidado de un anciano, por mucho cariño que se le tenga, recae sobre personas adultas que tienen otras obligaciones que también les cansan y tensionan. Las demandas afectivas que surgen en esos momentos y el cansancio inevitable de un cuidado que se prolonga y aumenta, suelen traer también consecuencias negativas sobre la familia, que se siente incapaz de responder a todas las obligaciones concretas. A veces, no se terminan de olvidar por completo los conflictos anteriores que han podido darse. Los disgustos entre hermanos porque no colaboran en el cuidado de los padres, con justificaciones que no resultan convincentes para los demás. Ni es posible siempre encontrar los espacios adecuados en una vivienda pequeña y limitada. Es decir, nos duele, pero hay que aceptar que no basta muchas veces con la buena voluntad, sino que las condiciones sociológicas y las complejidades de la familia actual podrían impedir las formas tradicionales para proteger a los adultos mayores, sobre todo los enfermos o de más avanzada edad.

Me parece que, aunque la familia sigue siendo en mi país, el espacio más adecuado para cumplir con el cuidado del anciano, no siempre se puede realizar eficazmente. Lo más eficaz, quizá sería la posibilidad de tener acceso al ingreso en residencias, pero esto apenas existe en nuestro país, de manera que lo mejor es, en mi opinión, lo que estamos proponiendo en este trabajo, que la familia sea apoyada con una formación lo más adecuada posible para esta tarea, o bien, que sea ayudada por agentes con cierta formación y gran disposición para ayuda y apoyo a domicilio, desde una relación de ayuda para solventar lo mejor posible su situación.

#### **4. Conclusión.**

En primer lugar, deberíamos insistir en hacer un esfuerzo social y colectivo para crear una actitud radicalmente distinta ante el anciano. Hay que hacer un esfuerzo por recuperar la estima y aprecio que pudo existir en épocas pasadas que, aunque se mantenga en la gran

---

<sup>53</sup>Cf. E. LÓPEZ AZPITARTE, *op. cit.*, 37.



mayoría de nuestras familias y ambientes, ha disminuido de forma llamativa en la actualidad. Aun en la hipótesis de su ineficacia absoluta, su figura debe recuperar el prestigio y relieve que conserva en otras culturas, consideradas falsamente como inferiores a la nuestra<sup>54</sup>.

La edad produce el desgaste y el deterioro del individuo, física y psicológicamente, pero ello no significa que hayan perdido su dignidad. En su retiro y aparente ineficacia pueden ofrecer, y de hecho ofrecen, su sabiduría amontonada con los años, sus pequeñas colaboraciones y ayudas, el recuerdo de una historia que no conviene tampoco olvidar.

Pero la estima social no se funda en su rentabilidad utilitaria. Es de llamar la atención, el constatar que el cambio generalizado de imagen en torno al anciano se opera cuando los esquemas económicos comienzan a ser prioritarios y la productividad se convierte en el principal objetivo. Una visión demasiado mercantil, donde su presencia se hace inútil e inoperante y quedan, por ello, desposeídos de todo valor<sup>55</sup>.

Es entonces, nos parece, que habría que subrayar con más fuerza su plena vinculación con nuestra historia, personal y social. Ellos forman parte de esa larga cadena que hizo posible lo que nosotros ahora somos y tenemos. El presente está tejido con la pequeña colaboración que aportaron, como la que ahora realizan otros. Su estado actual es el fruto de la lucha que mantuvieron, como un trofeo que valora y manifiesta su esfuerzo anterior. Esta nueva visión del anciano sería suficiente para levantar un sentimiento de gratitud y solidaridad, que evitara el abandono y la marginación. Allí, donde no estuviera presente, habría que inventarlo, como inspirador de las grandes actitudes y valores humanos.

Pensamos que la familia sigue siendo la institución social primaria de ayuda para las personas de edad avanzada a pesar de la estructura y funciones cambiantes. La familia brinda a los ancianos un auxilio de tipo material, emocional y social durante los tiempos normales y sobre todo en los de crisis. La incapacidad o impedimentos para llevar una vida independiente, hacen imperativo que la familia asuma un rol más activo en la previsión de cuidados y servicios a los ancianos y representa el factor principal para reducir la posibilidad de institucionalización de personas seriamente incapacitadas o enfermas. La familia soporta el

---

<sup>54</sup> E. LÓPEZ AZPITARTE, I. NÚÑEZ DE CASTRO, *op. cit.*, 367-369.

<sup>55</sup> *Ibid.*, 368.

peso mayor del cuidado y servicio al anciano o anciana. El último recurso es internarlos en un asilo o residencia. Su asistencia está vinculada a la dinámica particular de cada unidad familiar y a factores socioestructurales y demográficos.

En conclusión, las relaciones familiares tienen gran importancia en la vejez, ya que se ha comprobado que la salud física y psicológica se incrementa en personas cuyos lazos afectivos familiares son fuertes, en comparación con personas que por algún motivo tienen que vivir solos o en instituciones para ancianos.

## **CAPÍTULO 2. LA ENFERMEDAD EN EL ADULTO MAYOR.**

### **INTRODUCCIÓN.**

Pretendemos en este segundo capítulo acercarnos, no sólo a lo que es la *enfermedad* en sí misma, sino esencialmente acercarnos al adulto mayor enfermo. Partimos de la salud como algo connatural al ser humano, entendida como un estado de armonía integral de la persona (biológico, psíquico, emocional, espiritual, social, etc.), que se ve alterado por la enfermedad, que rompe el equilibrio integral del individuo provocando una desestructuración en la totalidad de dicha persona. Por lo cual intentaremos adentrarnos en el proceso de la enfermedad y el sufrimiento que esta provoca, proceso, en principio, desestructurante y desintegrador para cualquier persona, y que se acentúa de manera especial en el adulto mayor. Intentaremos valernos de las aportaciones de las ciencias humanas como la medicina, la psicología, la sociología, la antropología, etc., para acercarnos a las necesidades fundamentales de la persona mayor enferma (físicas, psíquicas, afectivas, espirituales, sociales, etc.), y a partir de ello intentar comprenderlo y poder ofrecerle un acompañamiento más humano y humanizador desde una relación de ayuda (tercer capítulo).

### **2.1 Salud y enfermedad en el adulto mayor.**

La salud es una realidad que ha preocupado al ser humano desde siempre y que configura su modo de verse y de pensarse a sí mismo y su existencia. Es un concepto que ha variado a través de la historia pero que siempre tiene gran importancia y significación. Primero, porque enmarca la propia esfera del ser y del estar del hombre en-el-mundo (la salud es algo connatural a todo hombre, tanto en su dimensión corporal, mental y espiritual), y segundo, porque tener salud o no tenerla es lo que determina poder ajustarse o hallarse más y mejor a la existencia que a cada uno le haya tocado vivir. Según se tenga o no salud, cambia o se modifica nuestra percepción del mundo, de los demás, de la trascendencia y desde luego de nosotros mismos.

Podemos decir que, salud y enfermedad, son realidades que afectan al hombre en su totalidad y están implicadas en todas las dimensiones de la persona y su relación con el entorno. Para D. Gracia:

«El concepto de salud es tan inseparable del de la enfermedad que no puede ser definido con exclusión de este. Los seres humanos adquieren conciencia de la salud a través de la enfermedad»<sup>56</sup>.

Hace algunos años la Organización Mundial de la Salud propuso una definición que, aunque teóricamente sea perfecta, no deja de ser un tanto irreal. La salud sería un estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no simplemente la ausencia de enfermedad. Es evidente que nadie puede vivir a gusto si su organismo no funciona muy bien, pero se encuentra condicionado por otra serie de tensiones internas o situaciones sociales que le impiden una existencia tranquila<sup>57</sup>.

La dolencia, sobre todo cuando no es algo leve y pasajero, revela la vulnerabilidad de la carne que no había provocado hasta el momento ningún tipo de protesta. Si la salud es el silencio pacífico del organismo, podríamos decir que la enfermedad es como el grito del cuerpo que se siente amenazado no sólo por el desorden de su biología, sino por todo el mundo simbólico que despierta y que afecta también, mucho más de lo que a veces creemos, a toda la psicología de una persona.

Tal vez podríamos decir que la salud es un concepto relativo y condicionado a las diferentes circunstancias de la propia existencia y por encima de los acontecimientos que le afectan. Vendría a ser, entonces, el esfuerzo por responder de la mejor manera posible a las inevitables amenazas que nos rodean por el hecho de existir. Como una especie de lucha permanente para no dejarse vencer por tantas situaciones que pudieran robar el gusto por vivir<sup>58</sup>. Nos encontramos en los adultos mayores enfermos con situaciones en las que una adecuada compañía y ayuda, devuelven el gusto por seguir luchando por la vida. Una persona saludable

---

<sup>56</sup> D. GRACIA, *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid 1989, 36.

<sup>57</sup> E. LÓPEZ AZPITARTE, *op. cit.*, 61.

<sup>58</sup> *Ibid.*, 63.

se manifestaría, entonces, en su capacidad y aptitud para afrontar sus limitaciones y deficiencias.

Sin embargo, el hombre antes de hacerse vulnerable ante una determinada situación, es un vulnerable permanente. De la misma forma puede afirmarse que el hombre es un “infirmidad” permanente, es decir, en fragilidad y contingencia existencial, antes de venir a estar enfermo, por una desarmonía que imposibilita el ejercicio normal de sus funciones vitales. Se viva en mayor o menor intensidad esta vulnerabilidad, lo cierto es que el cuerpo de la persona humana, lo mismo que el cuerpo social, están llamados a luchar contra la enfermedad, con todas las posibilidades y medios a su alcance, pero también con toda la capacidad de asumir la fragilización creciente del ser humano, sin llegar a la divinización del cuerpo o la salud corporal, y sin demonizar la contingencia humana o la misma enfermedad<sup>59</sup>.

Por tanto, podemos entender la *enfermedad* como una manifestación o expresión de la vulnerabilidad inherente a todo el ser humano. En sus diferentes grados, es también una categoría que configura la dimensión humana no sólo a nivel del hombre íntegro (la totalidad de la persona humana, en sus aspectos físicos, psíquicos, afectivos, espirituales, sociales, etc.), sino también su contexto vital y existencial<sup>60</sup>. Es decir, la enfermedad forma parte de la condición humana: todo hombre se halla en disposición de enfermar. Es un ser enfermable. La *enfermedad* se ha de entender, pues, en relación con toda la vida de la persona, al igual que la salud. Es como la otra cara de la salud, esto es, equivale a cierto desorden que altera el equilibrio del bienestar o de las constantes vitales de un determinado individuo en su totalidad. Esta realidad se acentúa con mayor gravedad en una persona mayor enferma.

## **2.2 Enfermedades más frecuentes en el adulto mayor.**

Si según la definición de la OMS, consideramos la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social y no simplemente la ausencia de enfermedad, podríamos calificar de sana a una persona anciana cuando tiene una función adecuada a su edad y sus condiciones físicas y

---

<sup>59</sup> D. BOROPIO, *Los mayores y su acompañamiento en situación de dependencia*, en: S. ADROHER BIOSCA (Coord.), *op. Cit.*, 306-307.

<sup>60</sup> J. GARCÍA FÉREZ, *10 Palabras clave en humanizar la salud*, Verbo Divino, Pamplona 2002, 72 - 73.

psíquicas no interfieren en sus relaciones sociales. Por tanto, para conseguir un envejecimiento normal deberá haber un equilibrio entre estado físico, psíquico y entorno social. Es de notar, sin embargo, que las enfermedades agudas en los ancianos, tienen una forma de presentación diferente que en los adultos más jóvenes<sup>61</sup>. A continuación comentaremos someramente algunas de las enfermedades que, ya sea por su frecuencia o bien por su gravedad, tienen mayor incidencia en el anciano:

- a) **Déficit visual:** La alteración de la visión es de lo más frecuente en los ancianos. La gran mayoría de las personas de 65 años usa o necesita gafas. Pueden considerarse normales en el envejecimiento el aumento de la rigidez y densidad del cristalino, mayor facilidad de deslumbrarse, menor adaptación a la oscuridad y disminución de la producción de lágrimas. Para paliar estos problemas será conveniente aumentar la iluminación del hogar sobre todo en zonas de alto riesgo para una caída<sup>62</sup>.
- b) **Déficit auditivo:** Un 30 % de las personas mayores de 65 años tienen una pérdida de audición, que es con frecuencia causa de aislamiento y desadaptación social. La personalidad puede verse afectada, la persona puede volverse insegura, desconfiada e incluso, deprimida. Además de animarle a que use prótesis auditivas, para facilitar la comunicación debemos hablarle en un lugar con buena iluminación, mirando a la cara, vocalizando, sin gritar, utilizando el tono más bajo posible. Evitar conversaciones cruzadas, de varias personas a la vez<sup>63</sup>.
- c) **Úlceras por presión:** Son aquellas que se producen por el apoyo prolongado del cuerpo sobre una superficie, sobre todo si ésta es dura. El principal factor de riesgo es la inmovilidad, aunque también influyen negativamente la humedad, el roce, la anemia, edemas, infecciones, deshidratación y malnutrición del paciente<sup>64</sup>.
- d) **Osteoporosis y fractura de cadera:** Se trata de una enfermedad que consiste en una disminución de la masa ósea con pequeños traumatismos aparecen fracturas. Existe

---

<sup>61</sup> M. FERNÁNDEZ ESCRIBANO, *Prevención de la salud con personas mayores*, en: S. ADROHER BIOSCA (Coord.), *op. cit.*, 28.

<sup>62</sup> *Ibid.*, 29.

<sup>63</sup> *Ibid.*, 30 – 31.

<sup>64</sup> *Ibid.*, 32.

más riesgo de sufrir osteoporosis en la mujer, sobre todo de raza caucásica, delgada, de constitución frágil. Y desde luego con la edad avanzada. El tratamiento es con fármacos, y se acompaña con un programa de ejercicios de por lo menos media hora diaria<sup>65</sup>. La fractura de cadera es muy frecuente en los adultos mayores y puede tener complicaciones importantes como una gran disminución de la capacidad funcional.

- e) **Reumatismos:** La osteartrosis consiste en una degeneración del cartílago articular, que puede obedecer a diferentes causas y presenta como síntomas un dolor que se alivia con el reposo, inflamación local y disminución de la movilidad en las articulaciones afectadas, sobre todo tras un reposo prolongado. No existe un tratamiento que pueda curar la artrosis, pero se puede paliar con ejercicio moderado, con calor, y manteniendo un peso adecuado<sup>66</sup>. La artritis se caracteriza por la inflamación de las articulaciones y se acompaña de un dolor presente incluso durante el reposo en cama, y una rigidez de las articulaciones por la mañana.
- f) **Accidente cerebro vascular agudo:** Los ictus representan una importante causa de muerte en ancianos y son una de las causas que más discapacidades producen, sólo un 50 % de los pacientes se restablecen por completo. El tratamiento debe ir encaminado a lograr la mayor independencia posible. Hay que promover la movilización y los ejercicios para evitar rigideces y estimular la conciencia del propio cuerpo<sup>67</sup>.
- g) **Demencia:** Es un síndrome, o sea, un cuadro clínico que puede obedecer a diferentes causas. Se caracteriza por un deterioro crónico, global y adquirido de todas las funciones intelectuales, con conservación del nivel de conciencia. Aparece de forma gradual, suele ser irreversible y cuando adquiere cierta gravedad impide la realización de las actividades cotidianas. Suele afectar a un 10 % de mayores de 65, y a un 80 % de los mayores de 80 años. A estos enfermos les sirve de gran ayuda mantener una rutina de actividades diarias y tener cerca de ellos sus objetos personales más queridos.

---

<sup>65</sup> Ibid., 33.

<sup>66</sup> Ibid., 35.

<sup>67</sup> Ibid., 36.

Otro rasgo de esta enfermedad a tener en cuenta es que les cuesta la toma de decisiones<sup>68</sup>.

- h) **Diabetes:** Es un síndrome que se caracteriza por hiperglucemia (aumento del nivel de glucosa en la sangre). En la mayor parte de los casos no se sabe la causa que la origina. En general en los ancianos, la diabetes se relaciona con la obesidad y no suele ser necesaria la administración de insulina. Se manifiesta en la frecuencia urinaria, cansancio, gran apetito y pérdida de peso, etc. Se debe diagnosticar por un análisis de sangre. Las complicaciones suelen afectar a muchos órganos. El tratamiento se basa en la dieta y el ejercicio, y se reserva la medicación para cuando sea necesario<sup>69</sup>.
- i) **Enfermedad cardiovascular:** Es la primera causa de muerte en ancianos. Está muy influida por factores que pueden ser modificados, como la hipertensión arterial, el nivel elevado de colesterol, el tabaquismo, la obesidad y la diabetes. Por lo tanto, cualquier actuación en estos aspectos hace que disminuya significativamente la mortalidad por esta causa<sup>70</sup>.

### 2.3 Los síndromes geriátricos.

Frecuentemente en los ancianos, la sintomatología de la enfermedad tiene presentaciones clínicas inusuales. Por ejemplo, las infecciones se presentan de manera insidiosa, sin presencia de fiebre, sin alteraciones analíticas, y ello trae como consecuencia diagnósticos en fases muy avanzadas. Por ello, en geriatría no se habla de enfermedades, sino de *síndromes*, definidos como *el conjunto de fenómenos que caracterizan una situación determinada*. Algunos de los más frecuentes son:

- a) **Polifarmacia:** La utilización de múltiples medicamentos (cuatro o más) aumenta la probabilidad de reacciones adversas en el individuo, de interacciones químicas entre los diversos fármacos y su consecuente potenciación o anulación y, a su vez, contribuyen a la no adherencia al tratamiento. Por eso es importante crear el hábito en

---

<sup>68</sup> Ibid., 37.

<sup>69</sup> Ibid., 41 – 42.

<sup>70</sup> Ibid., 42 – 43.



el anciano y sus cuidadores de identificar por su nombre genérico y por su clase todos los fármacos. Conocer los efectos secundarios más frecuentes de los medicamentos. Evitar la automedicación y suspender cualquier medicación que no tenga indicación clínica<sup>71</sup>.

- b) **Caídas:** Son el principal motivo de consulta de los adultos mayores en los servicios de traumatología. La implicación más importante de las caídas está en que los ancianos que se caen experimentan un gran declinamiento en sus actividades básicas de la vida diaria, así como en sus actividades sociales. La causa puede ser intrínseca a la persona, debilidad, falta de reflejos, de visión, etc., pero también puede ser una causa externa que podemos corregir: iluminación defectuosa, alfombras sin fijación, suelos con desniveles y humedades, cables telefónicos, o bien en la calle semáforos de poca duración, y también la falta de prudencia en la práctica de actividades físicas de alto riesgo para personas mayores<sup>72</sup>.
- c) **Inmovilismo:** El inmovilismo se define como la incapacidad para desempeñar por uno mismo, las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, ir al servicio, comer, arreglarse, caminar) debido a un deterioro que puede ser muscular, osteoarticular, psicológico, neurológico o metabólico. El adulto mayor manifiesta una sensación de debilidad global que le impide moverse libremente y ello trastoca su desempeño psicológico, su afecto e, incluso, la percepción del mundo exterior. Es importante incentivar y aumentar, en la medida de lo posible, la actividad física, de manera que realicen actividades de desplazamiento. Es necesaria la fisioterapia, y garantizar la seguridad en las instalaciones de la casa<sup>73</sup>.
- d) **Infecciones:** Los cambios en los sistemas de defensa del organismo producidos por alteraciones en la inmunidad celular y en la inmunidad humoral (típicos de la edad), así como los ocasionados por las enfermedades crónicas (diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, cáncer, artritis, etc.) hacen que los adultos mayores padezcan más

---

<sup>71</sup> M. GIORGI GONZÁLEZ, *Síndromes geriátricos*, en: S. ADROHER BIOSCA (Coord.), *op. cit.*, 54 – 55.

<sup>72</sup> *Ibid.*, 57 – 59.

<sup>73</sup> *Ibid.*, 59 – 62.

infecciones en comparación con adultos más jóvenes, y con una mortalidad nueve veces mayor que este grupo. Las infecciones más frecuentes son: la neumonía, las infecciones urinarias, y en tercer lugar las infecciones de la piel. Es importante prevenirlas con vacunas, si las hay, seguir el tratamiento de las enfermedades crónicas, evitar la desnutrición, extremar la higiene, disminuir la inmovilidad<sup>74</sup>.

- e) **Confusión:** Se trata de otro problema común en los ancianos y hace referencia a la incapacidad de pensar lógica y coherentemente, acompañada esta incapacidad de alteraciones en la memoria y la percepción. *Delirium*, es la forma de presentación típica de muchas enfermedades en el anciano, y consiste en somnolencia o agitación excesiva que puede o no venir acompañada de alteraciones en la memoria, en el lenguaje o en la orientación, se presenta en un corto período de tiempo y su origen es casi siempre una enfermedad orgánica. *Demencia*, Las personas con demencia tienen serias dificultades en recordar, aprender y comunicar. La pérdida de la memoria, a lo largo de meses o años, es el principal déficit que se presenta y puede venir acompañado de cambios en el afecto o la personalidad. *Depresión*, esta enfermedad es el trastorno psiquiátrico más prevalente en la población anciana y una causa frecuente de discapacidad física. Su presencia puede ser muchas veces ignorada, mal diagnosticada y mal tratada, debido a que el ser “mal humorado o cascarrabias” es visto como parte normal del envejecimiento. Su origen es variado: factores genéticos, sociales, familiares, somáticos, una enfermedad terminal crónica, bioquímicos. Aparecen signos de tristeza, cansancio, pérdida de interés y de gozar, problemas de sueño, llanto frecuente, falta de concentración, pérdida o aumento del apetito, malestares, irritabilidad permanente, pensamientos de muerte o ideación suicida<sup>75</sup>.

---

<sup>74</sup> Ibid., 64 – 66.

<sup>75</sup> Ibid., 66 – 72.

## **2.4 Estado psíquico – afectivo del adulto mayor enfermo.**

La enfermedad es una experiencia decisiva en la vida de cualquier ser humano. Afecta a toda la persona, ya que cuando uno enferma, enferma en su totalidad y entra en un mundo diferente del habitual y cotidiano. Pone en crisis las relaciones con el cuerpo propio y con el mundo en el que vive el individuo, hace perder los roles familiares y profesionales que definen la posición de cada uno en el contexto social. De manera especial, en el adulto mayor se dan complicaciones más agudas. Se puede decir que la persona se ve afectada en su propia identidad. El equilibrio que caracteriza el estado de salud se rompe y el enfermo entra en una crisis cuyos rasgos más importantes describimos a continuación:

a) *Estado físico*: El cuerpo deja de pertenecer a la persona, es decir, se pierde el dominio total que sobre él habitualmente se tiene. Se pierden las fuerzas, hay debilidad, dolor, se pierden los reflejos, la velocidad, disminuye la percepción espacio-temporal, los órganos enfermos o afectados por la enfermedad empiezan a fallar, disminuye su funcionalidad, se pierde la autonomía corporal, es necesario ser ayudados por otros, se pierde espacio y tiempo personal, intimidad, se ve afectado el régimen alimenticio, cambian las actividades físicas, el entorno de trabajo, de estudio, de ocio, etc. Es decir, la persona en general, se ve limitada y pierde independencia respecto a su entorno, pierde autonomía<sup>76</sup>.

b) *Estado psíquico-afectivo*. Las reacciones más frecuentes en la persona que tiene que afrontar una enfermedad capaz de desestructurar su integridad son:

La vivencia de la enfermedad es ciertamente diversa en cada persona, pues depende de una serie de factores: gravedad, tipología, el momento en que se verifica (infancia, juventud, adulto mayor, etc.), de la personalidad del paciente, de la capacidad de la familia, del personal sanitario que intervenga, de la sociedad, etc. Con todo hay que tomar en cuenta su significado para la persona. Para el adulto mayor puede llegar a significar una seria amenaza para su vida, una puerta entreabierta a la muerte.

---

<sup>76</sup> L. SANDRIN, A. BRUSCO, G. POLICANTE, *Comprender y ayudar al enfermo*, San Pablo, Madrid 1992, 29.

El *miedo* es un elemento que no suele faltar en las personas que tienen que enfrentar una enfermedad de delicada a grave. El presunto dolor, los exámenes de diagnóstico, la incógnita de la anestesia en caso de cirugía, la intervención del personal sanitario, su competencia profesional, el costo de la atención, son elementos que consciente o inconscientemente amedrentan al enfermo. El anciano enfermo puede vivir un estado de *ansia*, de *tensión*, de *intranquilidad*, incluso sin referencia alguna a la enfermedad, sino debido a la *incertidumbre* en la que se ve inmerso. Tiene la sensación de haber perdido el control de su vida<sup>77</sup>.

La enfermedad obstaculiza de modo más o menos grave los deseos o proyectos y hace más difícil la satisfacción de las necesidades, desde las más elementales, a nivel biológico, hasta las más altas, a nivel afectivo, y en caso de ser necesaria la hospitalización se añade una dificultad más. Esto lleva al anciano enfermo a sentirse *obstaculizado* y por lo mismo *frustrado*. La reacción más frecuente ante la frustración es la *cólera* desde el punto de vista emotivo, la *agresividad* desde el punto de vista del comportamiento. El anciano se siente *rabioso* y se pone de un trato intolerable con quienes le rodean, familia, amigos, personal sanitario, sociedad, etc. Las emociones se vuelven más intensas y a menudo corren el riesgo de *desorganizar la estructura psíquica del individuo y sus equilibrios*. La enfermedad pone en marcha, inconscientemente, algunos mecanismos de defensa. Hay personas de muy buen carácter que se vuelven *insoportables e intratables, insatisfechas* con el trabajo de los médicos y los cuidados familiares. *Rehúsan* los cuidados y se vuelven *antipáticas*<sup>78</sup>.

Otras toman la actitud de *víctima*, son *irritables* y *dudan* de todo *culpando* a los demás de su situación. Algunos ancianos se sienten *abandonados* y llegan a padecer verdaderos *delirios de persecución* en los que piensan que se les quiere hacer daño. Aunque no se llegue a un verdadero delirio de persecución, es normal que el enfermo se sienta perseguido por fuerzas externas (el destino, los familiares, la negligencia del personal sanitario) que según él, le llevan a sus recaídas. Se vuelven *pesimistas*, muchas veces el anciano enfermo se siente *agredido y herido*, y por eso se pone a la *defensiva*. El enfermo toma esta actitud provocada

---

<sup>77</sup> Ibid., 32-33.

<sup>78</sup> Ibid., 38-41.

por el *temor* y la *ansiedad* desencadenada por la enfermedad, es una forma de salir de esta, pero a costa de una relación alterada con las personas que lo rodean<sup>79</sup>.

Algunos ancianos enfermos caen en la *regresión*, es decir, toman actitudes del pasado, generalmente infantiles, con lo cual dan a entender que no les es posible mantener el paso, y por eso vuelven a posiciones ganadas y seguras. Es la necesidad de sentirse cuidado por la madre o el padre. De esta manera el paciente tiene la posibilidad de aceptar la pérdida transitoria de la autosuficiencia, poniéndose en las manos del médico y de su familia.

La enfermedad suele vivirse como pérdida, siendo la reacción consecuente la *depresión*, que muchos autores relacionan justamente con un temor justificado o imaginario por parte de la persona enferma de perder algo importante de su ser: una parte del cuerpo, una función física o psicológica. El anciano enfermo tiene la sensación de perder demasiadas cosas importantes para él: la salud, su ambiente de vida, las relaciones habituales, la imagen de sí mismo y otros aspectos de valoración personal muy importantes. Es un reflejo de cierta rendición ante la enfermedad. Esto ocurre sobre todo cuando el enfermo advierte que no tiene motivos o posibilidades de vida, que no está en condiciones de afrontar la problemática que va surgiendo, la desesperación e impotencia le llevan a este estado que termina agravando la situación. Aunque los signos de la depresión suelen encontrarse en enfermedades más bien crónicas, que invalidan, o bien en las incurables<sup>80</sup>, podemos resumir la actitud del anciano enfermo a partir del modelo de la Dra. Kübler – Ross para situaciones de enfermos terminales, pues este modelo se puede aplicar a cualquier situación de pérdida en general o de enfermedades crónicas o desestructurantes de la persona. Ella habla de cinco fases<sup>81</sup>:

1. ***Reacción de negación y aislamiento***: esta fase surge cuando a la persona se le ha comunicado con certeza explícita la gravedad de su enfermedad (schok) y se siente afectado por un mal incurable. Para defenderse de lo ineludible se dice: “esto no puede ser”, “no es posible”, “está equivocado el diagnóstico”. En esta fase el anciano necesita más que nunca ser escuchado, aceptado y sentirse acompañado.

---

<sup>79</sup> Ibid., 41-43.

<sup>80</sup> Ibid., 35-37.

<sup>81</sup> E. KÜBLER-ROSS, *Sobre la muerte y los moribundos*, en: J. GARCÍA FÉREZ, *Ética de la salud en los procesos terminales*, San Pablo, Madrid 1998, 56-58.

2. **Reacción de rebeldía y de ira:** en esta fase el anciano enfermo lucha contra lo inevitable y trata de buscar a alguien o a algo a quien culpabilizar de su estado, por eso se plantea una y otra vez: “¿Por qué a mí?”, “¿Dios mío, qué mal he hecho?”. El anciano enfermo entra en un estado de irritabilidad que dificulta la relación médico-paciente o familia-paciente. Experimenta miedo a estar solo, se hacen tiranos, se vuelven sucios, protestan por todo. Hemos de sensibilizarnos para poder ayudarles a expresarse y liberarse de su drama, sin agresividad hacia ellos, sin inmutarnos por lo que nos digan, con mucha comprensión.

3. **Reacción de regateo, negociación o pacto:** en esta fase se da una relación muy estrecha entre sentimiento de culpa y enfermedad. La enfermedad se vive como castigo de una divinidad enfadada a la que hay que aplacar. Usa expresiones como. “si me curo iré a.... o haré...”. Se intenta hacer pactos con Dios o con los hombres por medio de ofrecimientos con la intención de librarse del mal.

4. **Reacción de depresión:** cuando ya el anciano enfermo no puede rechazar el hacer frente a la cruda realidad, se refugia en sí mismo, en las imágenes del pasado. En esta fase se hace preguntas como ¿Por qué yo?, ¿Por qué ahora?, ¿Qué es la vida? Pierde el interés por todo, falta de comunicación, resignación, fatalismo, angustia e incertidumbre existencial. En esta etapa la persona necesita encontrar un sentido, una finalidad y la seguridad de que no será abandonada en el presente ni al final de su vida, en el caso de que sea terminal. Hay que insistir en que vean el lado alegre de la vida, fijarse en lo bueno que han tenido, permitirles que expresen su sufrimiento, que se desahoguen y alcancen paz.

5. **Reacción de aceptación:** si al enfermo se le escucha, se le acepta, se le acompaña adecuadamente llegará a una etapa de tranquilidad, de aceptación de la situación. Normalmente dice frases como: “hay que echarle ganas”, “hay que tirar para adelante”, si es terminal, “he cumplido mi misión”.

Hay que decir que estas etapas casi nunca suelen vivirse de manera secuencial pura, sino de manera entremezclada. Otra cosa importante es que el enfermo, por lo general, dentro de lo que cabe, mantiene una actitud de esperanza.

## 2.5 Necesidades del adulto mayor enfermo.

Toda persona tiene necesidades, pero en la persona mayor enferma estas se agudizan como consecuencia del estado de frustración en el que normalmente se encuentra inmersa. Pretendemos acercarnos a sus necesidades *Bio-psíquicas y espirituales*, dando por supuesto que sus necesidades biológicas alteradas por la enfermedad son atendidas normalmente por el personal sanitario. Las necesidades *Bio-psíquicas* más importantes son:

a) ***Para sobrevivir***: En la base de todo están las necesidades fisiológicas. Son fundamentales y las más poderosas de todas. Se refieren a la supervivencia del individuo, como el hambre, la sed, el descanso, el sueño, calmar el dolor, etc. Si estas no son satisfechas, todas las demás, aún las más nobles como las espirituales se quedan a la sombra. Sólo cuando son atendidas estas, afloran las típicamente humanas: de orden afectivo, psicosocial y espiritual<sup>82</sup>.

b) ***Sentirse seguros***: Esta necesidad se expresa en la búsqueda de familiaridad, de estabilidad, de información y protección ante el peligro. En el caso del anciano enfermo, el peligro es la enfermedad, el dolor y en un momento dado la muerte. El anciano tiene que verse en un ambiente diferente al que está habituado, médicos, enfermeras, otros profesionales, hospitales, etc. La satisfacción de esta necesidad se realiza a través de una información segura, cierta, de personas que son confiables para él como su familia, el médico, el cura, los amigos, gente que le escucha y le comprende. La enfermedad es crisis de seguridad, pues el mundo personal al que estábamos habituados se viene abajo, por tanto, la persona necesita que le brindemos un entorno confiable, estable, seguro<sup>83</sup>.

c) ***Necesidad de ser amado***: La necesidad de pertenencia y de afecto, de ser aceptado y amado, que se cubre cada día en la familia, en el grupo de amigos, del trabajo, etc., se ve roto por la enfermedad, sobre todo si la persona tiene que ser hospitalizada, pues es arrancada de su terreno, entra en un entorno frío y que muchas veces percibe como hostil. Es muy importante para satisfacer esta necesidad que el personal sanitario, el médico, la familia, los amigos, creen un ambiente de sincero cariño, de afecto comprensivo, de soporte

---

<sup>82</sup> L. SANDRIN, A. BRUSCO, G. POLICANTE, *op. cit.*, 16-17.

<sup>83</sup> *Ibid.*, 19-20.

total a la persona, permitiéndole a ella también expresar sus sentimientos, sentirse escuchada, comprendida, que no está sola, que es acompañada<sup>84</sup>.

d) ***Sentirse competente y valioso***: la necesidad de estima se satisface cuando nos sentimos personas competentes, útiles, apreciadas por los demás; es decir, cuando nos sentimos valorados y nos valoramos positivamente. La satisfacción de esta exigencia conduce al enfermo a sentimientos de confianza, de valor y de capacidad en sí mismo. Debemos, en el exceso de nuestros cuidados por el anciano enfermo, tener cuidado de no llegar a hacerles sentir inútiles. Hay que recordar que en la enfermedad nos damos cuenta que nuestros proyectos se vienen abajo y que los que podemos llevar a cabo están condicionados por nuestra realidad actual, por nuestro mismo cuerpo, tiempo, espacio, fuerzas, capacidades limitadas, etc., por lo que entra en crisis nuestra propia autoestima. Por lo tanto, es importante que la persona mantenga la confianza de que puede alcanzar las metas que desde su realidad puede llevar a cabo<sup>85</sup>.

e) ***Intimidad***: La pérdida de la intimidad es muy evidente en la enfermedad. Hay personas cercanas y extrañas mirando el cuerpo del enfermo que se va desgastando poco a poco, la pérdida de peso, la coloración de la piel, el semblante. Todo ello atrae la atención hacia la persona enferma. Incluso en los momentos más íntimos, en el comer, en el dormir, en el descanso, etc. hay que conceder a la persona mayor su espacio necesario para estar solo consigo mismo<sup>86</sup>.

f) ***Posibilidad de realizarse***: Es la necesidad suprema, consiste en hacer lo que somos capaces de hacer. Para sentirse sereno y satisfecho cada uno tiene que ser lo que está llamado a ser, o por lo menos sentirse en esa línea. Esta necesidad se ve frustrada, porque obstaculiza la realización de uno mismo. La enfermedad se vive como una disminución de la propia personalidad, como una amenaza de la propia identidad, como un impedimento a la realización de uno mismo. Sin embargo, es precisamente esta necesidad la que puede ayudar al enfermo para que salga adelante. Cuando la persona no pierde la confianza en sí mismo,

---

<sup>84</sup> Ibid., 20-21.

<sup>85</sup> Ibid., 23.

<sup>86</sup> Ibid., 24.



cuando da un sentido a su enfermedad, cuando sigue latiendo en él la aspiración a la trascendencia, es capaz de reanudar sus compromisos y realizaciones personales, familiares y sociales. En esta etapa hay que brindar todo el apoyo necesario para que la persona realice sus anhelos existenciales, al menos los más esenciales<sup>87</sup>. La edad avanzada no debe de ser un pretexto para no anhelar un futuro esperanzador.

La religión y esencialmente la espiritualidad son elementos importantes en la vida de la mayoría de las personas mayores en México. Aún más en las personas ancianas enfermas que generalmente recurren a la espiritualidad y la religión como ayuda y soporte para enfrentarse a enfermedades físicas graves o crónicas. La atención espiritual a las personas enfermas se relaciona con una mayor calidad de vida, independientemente de la percepción de gravedad de la enfermedad. El autor Angelo Brusco subraya la importancia de la espiritualidad:

«Espiritualidad es el conjunto de aspiraciones, valores y creencias capaces de organizar en un proyecto unitario la vida del hombre, causando determinados comportamientos. De esta plataforma de interrogantes existenciales, principios y valores parten caminos que llevan a elevadas metas del espíritu hacia un ser trascendente. En la religión cristiana este Ser Trascendente es el Dios que, por medio de Jesucristo, nos ha sido revelado. Con el cual el creyente establece una relación de la cual saca fuerzas para realizar su proyecto de vida en todas sus dimensiones»<sup>88</sup>.

Desde esta perspectiva en la que la espiritualidad se convierte en un elemento de soporte fundamental para la persona anciana enferma, presentamos las que consideramos las necesidades espirituales más comunes de dichas personas:

- a) ***Necesidad de ser reconocidos como personas***: la estima y el cariño son elementos esenciales y nucleares en la vida de las personas. La calidad de las relaciones interpersonales ayuda a forjar la construcción de sus identidades. Cuando la persona se encuentra enferma, su auto-imagen se deteriora, por eso es necesario más que nunca el cariño, afecto y amor de la familia, amigos y profesionales, que aumenten en esos momentos clave su calidad de vida. Por eso es importante potenciar el

---

<sup>87</sup> Ibid., 25-26.

<sup>88</sup> A. BRUSCO, *Madurez humana y espiritual*, San Pablo, Madrid 2002, 37.

reconocimiento personal, fomentar la compañía de personas cercanas que potencien su percepción de sí mismos, como quien son<sup>89</sup>. Ser tratados como personas y no como cosas, incluso no como enfermos sino con igualdad que les haga experimentar amor y no lastima, cariño y no molestia, servicio y no trabajo.

- b) ***Necesidad de esperanza:*** Aunque la mayoría de las personas ancianas enfermas se saben limitadas, hacen proyectos realizables en un futuro no lejano, es decir, expresan esperanza de vivir y seguir adelante. En este sentido el equilibrio emocional es un aspecto que ayuda a conservar dicha esperanza. Se trata de esperanza en la vida, esperanza en Dios que no los abandona. Se manifiesta a través del sentimiento de alegría, agradecimiento, confianza, lucha por la vida, actitud positiva. Hay que evitar la negatividad ante la realidad de la situación, intentar dar sentido a esta. La esperanza en Dios es esencial para el anciano creyente. Desde la fe tiene certeza de que puede salir adelante y en el caso de la muerte mira a esta como una etapa de la vida, pero no como el final. Esto ayuda a positivizar el proceso de la enfermedad, y en el caso de los enfermos terminales, el proceso hacia la muerte<sup>90</sup>.
- c) ***Buscar sentido a la vida:*** La búsqueda de sentido en el sin sentido de la enfermedad es un proceso de carácter personal. La búsqueda de sentido en una enfermedad incurable, grave, o terminal, no es un camino fácil porque estamos demasiado anclados a la vida y a la salud, en primer lugar porque es lo que vivimos normalmente. En cambio la enfermedad es un terreno desconocido, indefinido e indeterminado que se tiene que vivir como proceso. Se afronta según la experiencia de cada persona ante situaciones adversas y problemas que haya tenido que superar. Cómo las enfrentó en el pasado, la ayuda recibida para ello y sobre todo, el aprendizaje interior de dichas experiencias influyen enormemente. La enfermedad es una experiencia sin sentido en su causa, pero repleta de sentido para quien logre

---

<sup>89</sup> A. RAMIÓ JOFRE (Coord.), *Necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de su vida*, PPC, Madrid 2009, 46-48.

<sup>90</sup> *Ibid.*, 58-60.

vivirla con una determinada actitud<sup>91</sup>. Según Víctor Frankl, reflexionar sobre el destino que parece irrevocable, como puede ser una enfermedad incurable o grave, puede dar sentido a la vida, lo constituye la facultad de transformar una tragedia en triunfo. La vida tiene un sentido incluso en el sufrimiento cuando se pasa de la pregunta del por qué, a una actitud constructiva desde el para qué<sup>92</sup>. Es aquí donde debemos implicarnos para ayudar a la persona anciana a valorarse en función de lo que es y de lo que tiene, y no a partir de lo que ha perdido. Las personas que ama y le aman, hijos, cónyuge, hermanos, padres, amigos, por los cuales merece la pena seguir luchando. Proyectos, planes, sueños realizables que se pueden alcanzar.

- d) ***Necesidades religiosas***: la necesidad de vehicular y expresar la espiritualidad a través de sistemas religiosos arraiga en las condiciones fundamentales de la existencia de las personas. Es importante por ello ofrecer a la persona enferma una ayuda confesional, respetando su credo religioso y proporcionando los medios adecuados para que pueda acceder a él. La experiencia religiosa ayuda a dar sentido a la vida. Las personas enfermas realizan una interpretación de su realidad y de la que les circunda desde una serie de valores concretos. La actitud religiosa, como relación con una realidad que trasciende, se traduce en una nueva forma de existir y de sentido<sup>93</sup>.

Personas creyentes y no creyentes conceden a la espiritualidad un punto de apoyo vital-existencial en ese momento concreto de su vida. En este proceso de su existencia, el desarrollo continuo y progresivo de sus creencias culmina en un fortalecimiento del sentido de sus vidas que se traduce también en una paz existencial<sup>94</sup>.

---

<sup>91</sup> Ibid., 64-65.

<sup>92</sup> Cf. V. E. FRANKL, *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona 1990, 229.

<sup>93</sup> A. RAMIÓ JOFRE (Coord.), *op. cit.*, 66 -70.

<sup>94</sup> A. RAMIÓ JOFRE (Coord.), *op. cit.*, 79 -83.

## 2.6 El anciano moribundo.

La muerte constituye uno de los misterios más inescrutables de la humanidad, y desde los tiempos más remotos su percepción ha influido en las distintas filosofías y religiones. Ser humano significa saber morir. Esta conciencia produce diversas reacciones, que oscilan entre el rechazo absoluto y la aceptación serena. Más que una patología, la muerte es el destino de todo hombre. Esta realidad se piensa y se vive más intensamente en la ancianidad, el adulto mayor es consciente de que se encuentra en la recta final de la vida, y esta realidad se experimenta más profundamente cuando la persona se ve afectada por una enfermedad crónica o terminal que pone en riesgo su vida o bien por la misma edad tan avanzada.

Para muchos la muerte es un proceso preparado por una enfermedad crónica e irreversible, o bien por una enfermedad terminal. Otros mueren de pronto, naturalmente, o bien por un infarto, o un accidente. En este breve apartado, nosotros nos centraremos en el proceso de la muerte relacionado con una enfermedad terminal, prestando atención preferentemente a los indicios y síntomas de la cercanía de la muerte. El enfermo, ante una enfermedad terminal, experimenta una lucha entre claudicar o seguir luchando. La cercanía de la muerte le lleva a retirarse progresivamente del mundo. Este distanciamiento se realiza paulatinamente<sup>95</sup>:

*Primero:* se produce un *alejamiento y una pérdida de interés por el mundo exterior*, es decir, por el que aparece en la televisión, los periódicos, la radio, etc.

*Segundo:* se verifica un *distanciamiento de los propios parientes, amigos y conocidos*. El moribundo prefiere estar solo.

*Tercero:* conforme las fuerzas disminuyen se produce *un progresivo alejamiento de las personas más íntimas de la familia*. Las palabras van perdiendo significado, lo más importante será el contacto físico, como tocar y coger la mano.

---

<sup>95</sup> A. PANGRAZZI, *Sufrimiento y esperanza. Acompañar al enfermo*, Sal Terrae, Santander 2012, 212-213.

Al separarse del mundo exterior, el moribundo recurre a las energías que le quedan para adentrarse en su interior para revisar y reflexionar sobre su propia vida. En esta etapa tres signos que anuncian la muerte<sup>96</sup>:

- a) ***Aumenta el sueño.*** El individuo duerme cada vez más tiempo, como si se preparara para el momento de la transición.
- b) ***Se rechaza la comida.*** Cuando el cuerpo se está apagando, disminuye el deseo de comer, la digestión resulta difícil y se limita a ingerir líquidos.
- c) ***Surgen algunos miedos.*** Al dolor físico, es algo que les angustia. Miedo al más allá, les es difícil confiarse al misterio del futuro. Miedo al juicio de Dios, muchos al reconsiderar su vida, ante los errores cometidos, temen que Dios no les perdone. Miedo a ser una carga para los demás, se sienten culpables por atar a sus familiares a su situación. Miedo a la soledad, a morir solos y abandonados sin la presencia de alguien que les acompañe a la otra orilla.
- d) ***Se da un proceso de pérdidas:*** se puede considerar el proceso de morir como un proceso de pérdidas que el enfermo vive de forma, más o menos consciente. Va perdiendo el equilibrio psico – somático, su autonomía y seguridad personal, la imagen de sí mismo que ofrecía a los demás, la capacidad de comunicación. Podemos decir que el enfermo se va despidiendo del mundo poco a poco.

Está claro que no es fácil acercarse a un moribundo, pues, de manera implícita nos recuerda nuestra propia muerte, y en muchas ocasiones hace surgir en nosotros sentimientos de impotencia ante una realidad de sufrimiento que no podemos cambiar ni evitar porque escapa a nuestra voluntad, y en muchas ocasiones no sabemos qué decir a la persona enferma ni a sus familiares, pues en muchos conviven la fe y la increencia, las dudas y la búsqueda, no sabemos si hablar o callar, si invitar a la fe o ignorar el planteamiento religioso.

En esta situación no debemos olvidar que el anciano moribundo no es solo un organismo necesitado de atención y control médico. Hemos de colaborar para que el hombre no pierda su

---

<sup>96</sup> Ibid., 213-214.

derecho a presidir su propia muerte de forma personal. La muerte es una experiencia que pertenece a la persona y no a la medicina. Cada persona no sólo tiene derecho a una asistencia médica que alivie su dolor y le haga vivir con una mejor calidad de vida, sino que ha de recibir, también, la ayuda necesaria para conocer su situación y preparar su propio morir. El moribundo tiene unas necesidades psicológicas y afectivas, religiosas y familiares que deben ser atendidas. De la misma forma que nadie ha de vivir solo y abandonado, sin la ayuda necesaria para vivir dignamente, nadie ha de quedar abandonado sin la ayuda necesaria para enfrentar su propia muerte.

La tarea de quien acompaña al anciano moribundo consiste en acogerlo y acompañarlo, sin relativizar ni negar la situación. La conciencia de la muerte no excluye la esperanza, y en todo moribundo habita una variedad de pequeñas esperanzas. Respetando a la persona lo importante es crear un ambiente de cariño sincero, de comprensión y compasión, que permita al moribundo experimentarse amado hasta el último instante de su vida<sup>97</sup>. A lo largo de este proceso hay que aprender, sobre todo, a escuchar. Lo más importante es que el anciano moribundo consiga expresar sus verdaderos sentimientos, sin necesidad de reprimirlos. Deberíamos permitirle con nuestra cercanía y confianza, que pudiera manifestar su pena, inseguridad, rebeldía, falta de fe, y sufrimientos interiores. Lo peor que podemos hacer es condenarlo al silencio. Difícilmente vamos a poder resolverle sus problemas o eliminar sus sentimientos de angustia y preocupación, pero al menos tendrá al lado alguien con quien compartirlos. El único alivio es el calor de una compañía que escucha, acepta y comprende<sup>98</sup>.

## **2.7 La familia ante la enfermedad del adulto mayor.**

El entorno en el que el individuo ha de vivir condiciona la formación de los modelos de reacción en las varias situaciones de la vida. Conocer los comportamientos del grupo al que pertenece es de suma importancia para comprender las reacciones del individuo. En este sentido, las actitudes de los familiares son determinantes en el modo de reaccionar del adulto mayor enfermo. Reacciones del enfermo y de la familia se influyen mutuamente. La enfermedad significa amenaza, frustración y pérdida no sólo para el enfermo sino también

---

<sup>97</sup> A. PANGRAZZI, *op. cit.*, 215

<sup>98</sup> E. LÓPEZ AZPITARTE, *op. cit.*, 246-247.

para la familia. Esta se ve implicada psicológica y afectivamente. La enfermedad, especialmente la crónica, activa dentro del grupo familiar una dinámica que lo envuelve por entero y que se expresa de modo diverso según la persona que enferma (padre, madre, hijo, hermano, abuela, etc.) y su papel dentro de la familia misma. Las reacciones de los familiares son muy diversas<sup>99</sup>.

Algunos familiares son muy ansiosos y ejercen un control excesivo. Esto vuelve ansioso al mismo anciano y le impide mirar la realidad más objetivamente y, en caso de enfermedad crónica, reorganizar de forma autónoma su estilo personal de vida. En estos casos la familia imposibilita o retarda la adaptación del enfermo a su situación, desean que la viva a la manera de ellos.

A veces la familia no consigue soportar el peso de la enfermedad del allegado, que vive como un peligro para su propia integridad. Tienden a negar la enfermedad, se muestran incapaces de aceptar la realidad y de comprenderla. Esto puede llegar incluso hasta el rechazo del enfermo y recurrir a diversos intentos para librarse de él. Esto provoca un desgaste psicológico y emocional muy grande para el anciano enfermo que se siente una carga<sup>100</sup>.

Hay familiares que reaccionan con desconfianza hacia el personal sanitario y contra cualquier persona que pretenda ayudar. Desconfían de su competencia, del tratamiento terapéutico, del tipo de ayuda que se brinda etc., incluso algunos pueden llegar a denunciar públicamente cualquier supuesto error o mal trato. Otras familias toman una actitud hiper-protectora, cuya dependencia del enfermo anula totalmente su autonomía. Otras familias se sienten víctimas de la situación y se lamentan, dicen cosas como: “No nos merecíamos esto”. Se deprimen y desesperan desproporcionadamente<sup>101</sup>.

Lo mejor, ante estas situaciones tan complicadas, es intentar la adaptación y establecer actitudes constructivas. Comportamientos encaminados a facilitar al anciano enfermo la reconquista de su autonomía e independencia. La actitud, por así decir, óptima, nace de una visión realista del problema, de la confianza en el personal sanitario y en una reacción

---

<sup>99</sup> L. SANDRIN, A. BRUSCO, G. POLICANTE, *op. cit.*, 62-63.

<sup>100</sup> *Ibid.*, 64.

<sup>101</sup> *Ibid.*, 65.

favorable ante la enfermedad. Esto crea un ambiente de disponibilidad, de colaboración, de comprensión, que favorece un ambiente de confianza y tranquilidad para el enfermo. Así la familia es capaz de dosificar su propia intervención para elaborar un plan de ayuda equitativo, acorde al tiempo y posibilidades de cada uno de sus miembros para colaborar organizadamente en el cuidado del enfermo. Lo más importante es hacer sentir a la persona que se está con ella, que es importante. Un signo de esto es precisamente la unidad, los gestos de servicio y de amabilidad<sup>102</sup>.

Se entiende perfectamente que ninguna familia está, a priori, preparada para afrontar esto. Por eso es necesario brindarles ayuda, acercándose a ellos, escuchar sus problemas y buscar los medios necesarios para resolverlos, o al menos para aliviar su situación. Hay muchas formas de hacerlo, pero hay que atender a lo más esencial y urgente en cada caso. Se les puede ayudar a cuidar al enfermo, informarles de sus derechos, en las diversas diligencias, relacionarlos con asociaciones de familiares de enfermos según la tipología de la enfermedad, y en caso necesario buscar ayuda económica, psicológica y desde luego espiritual<sup>103</sup>. Hay que adentrarnos en sus hogares, acompañar el sufrimiento por el que están pasando, infundir en ellos consuelo y esperanza. Hacer un esfuerzo por reintegrar sus relaciones muchas veces rotas por la situación entre ellos, y con el mismo enfermo. Se trata, dentro de lo que cabe, de ayudarles a encontrar en esa situación desestructurante, el sentido, el confort, la paz y alegría perdidas.

Por otra parte, las personas enfermas, precisamente debido a su situación, tienen una inmensa capacidad para desplegar condiciones para el amor. Cuando en las familias hay un enfermo grave o un discapacitado, es muy frecuente que se convierta en su centro. La familia se mantiene, literalmente, unida en torno a él. Va toda ella en la misma dirección, tiene una tarea común, una meta común. El anciano enfermo ha de aceptar ser el objeto de la ayuda y el cuidado de los demás, tiene que aceptarlo sabiendo que, al estar dispuesto a dejarse ayudar, es simultáneamente quien da, porque los demás pueden experimentar muy de cerca en él que cabe vivir, incluso padeciendo limitaciones, con ánimo, con valor, con agradecimiento. Ya en

---

<sup>102</sup> Ibid., 66.

<sup>103</sup> J. A. PAGOLA, *Id y curad. Evangelizar el mundo de la salud y la enfermedad*, PPC, Madrid 2004, 244.



su existencia, y sobre todo en el modo en que la maneja, manifiesta la preeminencia de la persona respecto del rol social. Es así, como el anciano enfermo, se vuelve un signo en su entorno e incluso, una fuente de energía. Esta sería una actitud enormemente constructiva y edificante para él y para toda la familia<sup>104</sup>. Son en verdad numerosas, las experiencias de este tipo que uno encuentra en su camino, en donde la persona enferma termina dándonos auténticas lecciones de fortaleza, paciencia, disposición, entereza, servicio, entrega, generosidad, humildad, amor y desde luego de vida.

## **2.8 Conclusión.**

Podemos concluir diciendo que, la vejez no es una enfermedad, sin embargo, es una etapa de la vida en donde esta se presenta con mayor frecuencia y de muy diversas maneras. La enfermedad desestructura a cualquier persona en su identidad, y esto en el adulto mayor se agudiza pues se encuentra muchas veces en un estado previo ya de fragilidad. El anciano enfermo tiene diversas necesidades, tanto fisiológicas como psicológicas y emocionales. Las cuales se acentúan sobre todo en situaciones de enfermedades crónicas, graves o terminales. Que la familia juega un papel importante y que se ve afectada también ante la enfermedad de su ser querido. Por eso, pensamos que la atención al anciano enfermo no puede reducirse a poner tubos, tomar la tensión y la temperatura, poner inyecciones, transfusiones, tratamientos, etc., sino que hay que atender también, al total de sus necesidades, que en su situación concreta busca acogida, comprensión, fortaleza, esperanza, ser no sólo atendido sino cuidado. Espera ser escuchado, no por los aparatos, sino por personas que le acompañen, con especial amabilidad y respeto. Al final, esta cercanía a la persona anciana y enferma, desde una actitud más humana, nos terminará haciendo más humanos en nuestras relaciones personales y profesionales. Evitando así el peligro de caer en las actitudes deshumanizantes de la indiferencia y la insensibilidad en la que muchas veces caemos.

Se trata, en concreto, de ayudar al hombre de hoy a dejarse interpelar por el sufrimiento y desenmascarar nuestras actitudes secretamente segregacionistas y marginadoras, provocar la compasión de una sociedad que solo sabe de competición y bienestar, y que tiende a

---

<sup>104</sup> G. GRESHAKE, *¿Por qué el Dios del amor permite que suframos?*, Sígueme, Salamanca 2008, 122-123.

considerar lo viejo como algo inútil y desechable. Hemos de impulsar el contacto directo con los problemas, el acercamiento físico a las personas y a los lugares donde la fragilidad es más aguda. Saber detectarlos en nuestras comunidades, ayudar a los profesionales sanitarios, médicos, enfermeras, psicólogos, y asistentes sociales a entregar parte de su tiempo al cuidado de los ancianos desde la generosidad. Hay que estimular iniciativas para que todos puedan estar junto a ellos, escucharlos, ayudarlos, animarlos, cuidarlos. Del mismo modo hay que impulsar actividades, organismos e instituciones que promuevan una acción más humanizadora en el ámbito de la ancianidad. Algunas veces se tratará de una ayuda elemental y primaria al anciano enfermo: levantarlo, lavarlo, darle de comer, acostarlo, sacarlo a pasear, hacerle compañía, darle correctamente su medicación. Otras veces, la acción estará dirigida a liberarlo de la soledad y el aislamiento, llevarlo al médico, hacer de puente con instituciones, ayudar a su familia, estimular la solidaridad de los vecinos, ayudarlo a su integración social, etc.

En general, lo que el anciano enfermo necesita, como ya lo hemos dicho más arriba, es la mano cálida y cercana que le acompañe en su inseguridad, en su estado de ansiedad, para sentirse motivado, para superar su frustración, su depresión, su soledad, etc. Ahí, junto a ellos, debemos manifestar una auténtica actitud de solidaridad, no teórica sino operativa, no superficial sino comprometida.

## CAPÍTULO 3. LA RELACIÓN DE AYUDA COMO INSTRUMENTO DE ACOMPAÑAMIENTO AL ADULTO MAYOR ENFERMO.

### INTRODUCCIÓN

Con el crecimiento de la esperanza de vida, las personas mayores son cada vez más numerosas, como hemos visto en el primer capítulo de este trabajo, y también aumenta el número de personas necesitadas de ayuda a causa de los achaques asociados al envejecimiento y las consecuentes dependencias que se crean. Afortunadamente, son muchas las familias que están dispuestas a cuidar a sus ancianos, sin embargo, estas necesitan ser formadas para poder brindar un mejor acompañamiento y cuidado a sus adultos mayores enfermos, dado que en mi país no existen suficientes medios institucionales para hacerlo. Los cuidadores, por tanto, formales o informales, no pueden contentarse con la buena voluntad para salir al paso de las necesidades con que se encuentran en el adulto mayor enfermo, y es necesario adquirir algunos conocimientos y adiestrarse, en la medida de lo posible, en algunas técnicas o habilidades para el buen cuidado de sus mayores. Los cuidados no son sólo físicos, sino también deben incluirse técnicas de estimulación, de soporte emocional, de búsqueda de sentido, etc. Por eso, en este capítulo presentamos la *relación de ayuda*, aplicada a la persona mayor, como instrumento de acompañamiento que nos permita ser más competentes para cuidar a las personas mayores de una manera integral, holística y humanizada.

#### 3.1 Qué es la relación de ayuda.

A continuación exponemos brevemente lo que diversos expertos en el tema entienden por ayuda:

**Carl Rogers:** “Podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación de los recursos latentes del individuo, y un uso más funcional de estos”<sup>105</sup>.

---

<sup>105</sup> C. R. ROGERS, *El proceso de convertirse en persona*, Paidós, Barcelona 1986, 46, en: J. C. BERMEJO, *Apuntes de relación de ayuda*, Sal Terrae, Santander 2010, 10.

**George Dietrich:** “Se trata de una relación auxiliante en la que el consejero intenta estimular y capacitar al sujeto para la autoayuda”<sup>106</sup>.

**D. Casera.:** “Ayudar es promover un cambio constructivo en la mentalidad y en el comportamiento. Es la mentalidad la que condiciona la conducta. Es necesario introducir en el campo de los comportamientos una nueva estructura mental”<sup>107</sup>.

**Jesús Madrid S.:** “La idea fundamental que subyace en todo proceso de Relación de Ayuda, especialmente dentro de la corriente humanista, es la de facilitar el crecimiento de las capacidades secuestradas de la persona en conflicto”<sup>108</sup>.

Una de las metáforas usadas para representar la relación de ayuda, una de las más elocuentes, sería el “caminar juntos”. La metodología de aprendizaje es la reflexión sobre la experiencia. El análisis continuo que debe hacer el agente cuidador, profesional o no, sobre el encuentro con las personas mayores para poder así detectar errores e intervenciones inadecuadas y aprender de ello. Una pregunta crucial que debería hacerse todo cuidador es, *¿qué espera de mí el ayudado?*, siendo más específico para nuestro trabajo: *¿qué quiere el anciano que yo haga por él?*

“Caminar juntos” expresa el lado arriesgado y la dimensión de confianza, de pacto y gratuidad. El que acompaña pone al servicio de la persona acompañada los recursos de su experiencia. Sin ocultar sus límites, la riqueza de su propia competencia, sin hacer de ella un absoluto. El ayudante o quien pretende ayudar al otro, debe tener claro que deformaría su propia función si creyera que debe transmitir directamente al sujeto una serie de nuevas experiencias. La tarea fundamental consiste en estimular, liberar y reorganizar, en la medida de lo posible, la actividad personal del sujeto ayudado<sup>109</sup>.

La relación de ayuda se configura en estilos diversos, según dos elementos principales: la disposición del ayudante y el uso del poder por parte del mismo. Según la disposición del

---

<sup>106</sup> G. DIETRICH, *Psicología general de counseling*, Herder, Barcelona 1986, 14, en: J. C. BERMEJO, *op. cit.*, 11.

<sup>107</sup> D. CASERA, *E si prese cura di lui*, Salcom, Varese 1984, 161, en: J. C. BERMEJO, *Ibidem*.

<sup>108</sup> J. MADRID SORIANO, *Relación de ayuda y comunicación*, Asetes, Madrid 1986, 195 – 196, en: J. C. BERMEJO, *Ibidem*.

<sup>109</sup> Cf. J. C. BERMEJO, *op. cit.*, 12.

ayudante, la relación de ayuda puede estar centrada en el problema o centrada en la persona. En el primer caso, el ayudante se identifica sobre todo con el problema o con la situación presentada por el sujeto, sin tener en cuenta los aspectos subjetivos con que el problema es vivido por este<sup>110</sup>. En el segundo caso, el ayudante presta atención sobre todo a la persona, al modo en que esta vive el problema, toma en consideración al individuo en su totalidad, convencido de que el otro tiene necesidad, ante todo, de sentirse comprendido, tranquilizado, acogido totalmente.

Según el uso que el ayudante haga del poder, la relación de ayuda puede ser *directiva* o *facilitadora*. En el primer caso, el ayudante ejerce, ante todo, un poder que está fuera de la persona ayudada. Haciendo esto, se tiende a ayudar a la persona llevándola en una determinada dirección, induciéndola a pensar, sentir o actuar según un esquema determinado, con escasa confianza en la validez operativa de la capacidad de autodirección de la que toda persona está dotada<sup>111</sup>. En el segundo caso, el ayudante recurre principalmente al poder, a la autoridad, a los recursos presentes en la persona ayudada, y su intervención va orientada a ayudar al interlocutor a tomar conciencia de los mismos y a utilizarlos creativamente. El que adopta este estilo tiende a hacer propuestas, a dar sugerencias e informar, a proponer alternativas. La escucha activa y la comprensión asumen gran importancia, y el ayudante se esfuerza en ponerlas en práctica<sup>112</sup>.

### **3.2 Estilos de relación de ayuda.**

Cuando las actitudes, directiva y facilitadora, se combinan con las centradas en la persona y en el problema se obtienen ulteriores estilos de relación de ayuda:

- a) ***Estilo autoritario***: Se da cuando el ayudante se centra en el problema del ayudado y quiere ayudarle a resolverlo de manera directiva. Centrándose más en los propios recursos que en los del interlocutor, tiende a establecer con él una relación de dominio – sumisión. La persona ayudada es considerada como un simple ejecutor de un

---

<sup>110</sup> Ibid., 15.

<sup>111</sup> Ibid., 16.

<sup>112</sup> Ibidem.

proyecto que tiene muy claro el ayudante<sup>113</sup>. Un ejemplo de este estilo sería la actitud de un profesional que indica a una anciana, que ha perdido a su marido, cosas como: “Tómame una semana de descanso, apúntate a unos talleres de algo...hay que reaccionar”, sin tener en consideración su dolor, su sentimiento.

- b) **Estilo democrático – cooperativo:** También el que usa este estilo se centra en el problema del interlocutor. La actitud que adopta, sin embargo, es facilitadora, es decir, tiende a implicar a la persona ayudada en la solución del problema. En lugar de imponerlas, el ayudante propone las soluciones, acompañando al sujeto a encontrar alternativas válidas y animándole a usar sus propios recursos para alcanzar este fin<sup>114</sup>. En el ejemplo anterior, se podría responder: “Ante el problema de la soledad que estás viviendo, son diversas las soluciones que se presentan. Tú puedes encontrar una, pero hay que ver si es la única, puede haber más”
- c) **Estilo paternalista:** En este estilo, el ayudante se centra en la persona del interlocutor, es decir, tiene en cuenta “cómo vive” él su problema. Su modo de intervenir es directivo, y esto se expresa de diferentes formas. Puede tener la tendencia a considerar al otro bajo su propia protección, asumiendo la responsabilidad de la situación que vive. Esta tendencia puede llegar incluso a la pretensión de querer salvar a la persona ayudada. El paternalismo implica un acercamiento al ayudado, pero no confía en él, sino que se siente responsable de realizar la salvación del otro<sup>115</sup>. En el ejemplo de la una anciana viuda se darían respuestas como esta: “Venga mujer, no es para desanimarse tanto. Conozco a otras que han pasado por lo mismo y han conseguido salir adelante”.
- d) **Estilo empático – participativo:** El ayudante se centra en la persona, y sus intervenciones se inspiran en la actitud facilitadora. Atento a la experiencia del interlocutor, se interesa en que éste tome conciencia, profundizando así el conocimiento de sí mismo, de sus dificultades y de sus recursos, considerando la

---

<sup>113</sup> Ibid., 17.

<sup>114</sup> Ibid., 18.

<sup>115</sup> Ibidem.

valoración cognitiva y afectiva que la persona hace de lo que le pasa, acompañándole en la identificación de lo que quiere y cree que debe hacer en relación a lo que puede<sup>116</sup>. A la anciana viuda se le podría decir: “Te resulta difícil afrontar la vida cuando todo parece tan oscuro”, “Te parece tan difícil que te preguntas si vale la pena seguir viviendo”. Este tipo de respuestas se centra en la persona, y ayuda a que se sienta comprendida y caminará hacia una solución que le permita salir de la crisis.

Todos estos estilos pueden tener su lugar en la relación de ayuda al sujeto, si se saben usar con flexible selectividad y teniendo en cuenta los distintos elementos de cada situación concreta. No obstante, nos parece que el estilo empático – participativo debería constituir el fondo del ser del ayudante.

### **3.3 Estilo centrado en la persona.**

Centrarse en la persona para tener buenos resultados en la relación significa superar la tentación de captar una sola de las dimensiones del hombre. Por eso, el tomar conciencia de las mismas y de cómo estas quedan afectadas por el impacto de una situación crítica como la enfermedad o la dependencia, pueden ayudarnos a hacer un proceso de acompañamiento que sea lo más eficaz posible. Por eso hoy se habla también de una atención holística. Todos sabemos cómo se influyen mutuamente las dimensiones del ser humano cuando se ven afectadas.

- a) ***Dimensión corporal:*** Como elemento esencial del ser persona, que no se reduce a ser mero instrumento, sino que es lenguaje, expresión de la interioridad, medio de comunicación con los semejantes. Una sana integración del propio cuerpo por parte del ayudante facilitaría la relación de ayuda con el ayudado que se ve afectado por los límites que le impone la enfermedad, la situación de precariedad, la exclusión social, los conflictos relacionales<sup>117</sup>. A veces, nos cuesta acercarnos a los ancianos por motivo de su aspecto, decaído, sucio, incluso algunas veces mal oliente, para algunos, repugnante, y ellos lo sienten, es importante tocarles, estar físicamente cerca para que experimenten verdaderamente que son cuidados.

---

<sup>116</sup> Ibid., 19.

<sup>117</sup> Ibid., 21.

- b) **Dimensión intelectual:** Como capacidad de comprensión a sí mismo y el mundo en que vivimos, mediante conocimientos, conceptos, ideas, capacidades de razonamiento, de intuición, de reflexión, etc., que amplían progresivamente el propio horizonte. Toda crisis, es elaborada cognitivamente y recibe un significado por parte de cada persona. De ahí la importancia de percibir bien en la relación el impacto y la valoración cognitiva que la crisis tiene en el sujeto<sup>118</sup>. Algunos ancianos no pueden conceptualizar lo que están viviendo, les cuesta expresar lo que sienten, de manera que hay que intentar vehicular el significado de lo que representa para ellos su situación, ayudarles a poner nombre a las cosas, a comprenderlo.
- c) **Dimensión emotiva:** La identificación de los propios sentimientos por parte del ayudante, la aceptación e integración de los mismos, es un trabajo constante que facilita la comprensión del destinatario de la relación de ayuda<sup>119</sup>. Ayudar a la persona a expresar lo que siente, no etiquetar los sentimientos ni como buenos ni como malos, sino esforzarse por vivirlos y asumirlos.
- d) **Dimensión social:** No hay crisis que no afecte a la dimensión relacional. Un sano equilibrio en el tejido de las relaciones sociales del ayudante le permitirá cultivar sus diferentes dimensiones y desarrollar los distintos roles que sea capaz de ejercer. El ayudante tiene diferentes funciones, como la simbólica, la consoladora, la orientadora, etc. La capacidad de ejercer distintos roles por parte del ayudante permitirá al ayudado sentirse integrado socialmente, aceptado por alguien, y encontrar un nuevo modo de vivir su situación<sup>120</sup>. Algunos ancianos enfermos, tienen regresiones, de manera que hay que adoptar diferentes roles con ellos, como si fuésemos sus padres, algún hermano, o un amigo, incluso algún hijo lejano, etc.
- e) **Dimensión espiritual – religiosa:** Toda persona tiene un conjunto de valores ideales (profesados) y reales (hechos propios). El mundo de los valores, de la pregunta por el sentido último de las cosas, de la vida, la referencia a Dios (para el creyente),

---

<sup>118</sup> Ibidem.

<sup>119</sup> Ibidem.

<sup>120</sup> Ibid., 22.



constituyen la dimensión espiritual y religiosa. Es importante que el ayudante trabaje estos aspectos, distinguiendo entre la dimensión espiritual y la religiosa. La religiosa comprende la vivencia de la persona de su relación con Dios dentro del grupo al que pertenece como creyente. La dimensión espiritual es más vasta, abarcando además el mundo de los valores y de la pregunta por el sentido último de las experiencias<sup>121</sup>. Para la gran mayoría de los ancianos, en mi país, es muy importante la fe en Dios, y hay que proporcionarles la manera de que experimenten la cercanía de Dios, según su propia manera de vivir la fe.

### **3.4 La empatía.**

La actitud que permite captar el mundo de referencia de otra persona es la *empatía*. El término empatía, etimológicamente significa *sentir en, sentir – desde dentro*. Requiere una introducción, pero una introducción que no anule jamás la distancia, que no llegue a ser una disolución del propio yo en lo ajeno o, a la inversa, del yo ajeno en el propio. Se puede decir que la empatía es la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta otra persona y de comunicar esta percepción en un lenguaje acomodado a los sentimientos de ésta<sup>122</sup>.

La empatía es, pues, una actitud, una disposición interior de la persona que se despliega en habilidades concretas. Como actitud, como disposición interior, es la fundamental para poder hacer un camino significativo y eficaz con una persona a la que se quiere ayudar. Es ponerse en la situación existencial del otro, de comprender su estado emocional, meterse en su experiencia existencial y asumir su situación. Más que sentir lo mismo que el otro (simpatía), es más bien cuestión de recepción y comprensión de los estado emotivos<sup>123</sup>.

Es la actitud la que cuenta, no basta, simplemente, con que creamos haber comprendido a la otra persona. Debemos esforzarnos por hacerle ver que la hemos comprendido. Se trata de una percepción particularmente fina y sensible de las manifestaciones del otro. Tiene tres fases:

---

<sup>121</sup> Ibidem.

<sup>122</sup> Ibid., 26.

<sup>123</sup> Ibidem.

- a) **Fase de identificación:** El ayudante penetra en el campo del otro. La experiencia que el otro está viviendo no deja indiferente a su espíritu, más bien, lo acapara, lo conmueve y lo envuelve. No hace nada para defenderse de la irrupción de sentimientos ajenos en su sólida esfera personal. Es la fase que mejor describe el arte de meterse en el pellejo del otro identificándose con su persona y su situación<sup>124</sup>. Podríamos decir: “También yo, si fuera anciana y no tuviera memoria, repetiría constantemente la misma historia y quisiera ser escuchada y que el otro comprendiera que me falla la memoria”.
- b) **Fase de incorporación y repercusión:** Es un paso más. El otro se describe, en general, superficialmente, pero delata y revela impulsos secretos. Es algo más que la identificación con la experiencia ajena. Mirándome a mí mismo, en el fondo, también a mí me pertenecen elementos semejantes de la experiencia que pretendo comprender<sup>125</sup>. Podríamos decir: “Algún día yo me veré igual que él, los años me vencerán, los dolores llegarán, la soledad arribará, me olvidaré de las cosas, etc.”
- c) **Fase de separación:** Llega el momento de retirarse de la implicación en el plano de los sentimientos y de recurrir al método de la razón, interrumpiendo deliberadamente el proceso de introyección y restableciendo la distancia social y psíquica con serenidad y entereza, evitando posibles sentimientos de culpa al sentirse uno mismo perfectamente en comparación con quien se halla en una situación de sufrimiento<sup>126</sup>. Es decir, la vida del ayudado nos importa, la persona del anciano es primordial para nosotros, pero hemos de retomar nuestra vida y no dejar que su situación nos sobrepase y nos termine afectando más allá de lo normal.

Es muy importante evitar la proyección, es decir, el “te comprendo perfectamente, porque a mí me ha pasado lo mismo”, puede ser una experiencia vacía. La actitud del ayudante debería ser: “Te comprendo porque veo las cosas desde tu punto de vista, y mi experiencia, semejante

---

<sup>124</sup> D. CASERA, *Mis hermanos los psicóticos*, Paulinas, Madrid 1983, 49.

<sup>125</sup> Ibidem.

<sup>126</sup> Ibidem.

a la tuya, me permite, sin proyectar, hacerme cargo de lo que tú manifiestas que significa para ti<sup>127</sup>. Sin embargo, también existen algunas dificultades para la empatía:

1. La empatía exige la capacidad de “meterse en el punto de vista del otro”, poniendo paréntesis a las propias opiniones, creencias, gustos, etc., para lo cual es necesaria una disciplina, un sentido del límite y un respeto de la diversidad. Esto suele ir en contra de la inclinación más natural, que consiste en tender a tranquilizar, a dar consejos, a proponer soluciones inmediatas. Es más fácil juzgar e interpretar que comunicar comprensión entrando en el mundo personal y único del ayudado<sup>128</sup>.
2. Otra dificultad de la empatía es que, si realmente el ayudante se mete en el mundo interior del ayudado, su propia persona se ve afectada, se encuentra con la propia vulnerabilidad. Si el ayudante no ha sanado bien sus heridas, puede aparecer en él, la necesidad de usar máscaras de protección en la relación<sup>129</sup>. En el trato con ancianos esto se agrava más, pues son esencialmente vulnerables y suelen proyectarnos en el presente, lo que probablemente llegue a ser nuestro futuro.
3. Otra dificultad es cuando no se consigue calibrar debidamente el grado de implicación emotiva, de modo que del comprender al otro *como si fuera el otro* se pasa a la simpatía, es decir, a la identificación emocional, a hacer propios los sentimientos del ayudado y a experimentar lo mismo que él<sup>130</sup>.

Hacer el esfuerzo cognitivo, afectivo y comportamental de comprender los puntos de vista de las personas mayores nos permite acceder a lo que pueden estar pensando, a cómo consideran o definen una situación, al significado que le dan, a lo que planean hacer al respecto. Esta clase de comprensión necesita tiempo para desarrollarse progresivamente y depende del propio nivel de crecimiento cognitivo y de maduración afectiva, y de experiencias vitales.

---

<sup>127</sup> J. C. BERMEJO, *op. cit.*, 30.

<sup>128</sup> *Ibid.*, 32.

<sup>129</sup> *Ibidem.*

<sup>130</sup> *Ibidem.*

### 3.5 La escucha activa.

Por escuchar entendemos la atención plena y no dividida dedicada a la persona en orden a captar lo que trata de expresar. Se trata de un proceso psicológico, que partiendo de la audición, implica otras variables por parte del que escucha: atención, interés, motivación, etc. Es un proceso mucho más complejo que la mera pasividad que asociamos al dejar hablar<sup>131</sup>. Se escucha, ante todo, con toda la persona. Dar a alguien la posibilidad de hablar es concederle la posibilidad de reducir la angustia que a veces puede parecer que le ahoga. Hablar entonces supone un drenaje emotivo del que el ayudante puede percatarse al escuchar “me he quitado un peso de encima”.

Escuchar significa, sobre todo, querer comprender, teniendo presente la imposibilidad de penetrar en una secuencia de signos fijos como las palabras. Es suponer que hay un mundo más grande detrás de las palabras y, por tanto, es querer penetrar en su opacidad, a veces sin tomar las palabras como tales, sino el significado que creemos que tienen para quien las está pronunciando. Supone un cierto “vacío de sí”, de las cosas propias y de los prejuicios. Es hospedar sin condiciones y sin ceder nuestro “estar de acuerdo” a bajo precio<sup>132</sup>. Es guardar silencio y escuchar sus necesidades.

La escucha activa se manifiesta en muchas ocasiones mediante monosílabos o interjecciones que nos hacen estar presentes en el diálogo. Sin interrumpir la exposición del otro, sino respetándole y dejándole hablar, respetando incluso su silencio, que nos puede hablar de la profundidad de cuanto está diciendo el otro, de sus dudas, de sus inseguridades, de su malestar, de su miedo<sup>133</sup>.

Ayudar a curarse no significa sólo suministrar fármacos, sino también, cuando es necesario, ayudar a reinventarse a sí mismo. En realidad, todo tipo de terapia o tratamiento tiene lugar mediante la comunicación interpersonal. En cierto sentido, se podría decir que la comunicación interpersonal es el medio primero y fundamental para realizar un diagnóstico y para llevar a cabo cualquier tipo de tratamiento. Muchas ocasiones, el calor humano

---

<sup>131</sup> C. ALEMANY, *El difícil arte de escuchar: un arte complejo*, Sal Terrae 975 (1995) 55.

<sup>132</sup> *Ibid.*, 56.

<sup>133</sup> Cf. J. C. BERMEJO, *op. cit.*, 39.

manifestado mediante la atención y la escucha es la única medicina que necesita alguien para curar o para morir en paz<sup>134</sup>.

Existen algunos obstáculos para la escucha, desde los propios del ambiente, ruidos, distracciones, cognitivos o mentales, prejuicios morales, culturales, primeras impresiones, etc. Nos parece que es importante detener nuestra mirada en algunos<sup>135</sup>:

- a) El obstáculo de la ansiedad, que tiene lugar siempre que el ayudante está preocupado por sí mismo, por cómo es recibido y por cómo tiene que responder.
- b) El obstáculo de la superficialidad, manifestado sobre todo en la dificultad para reparar en los sentimientos de los demás. No se personaliza la conversación.
- c) La tendencia a juzgar, a imponer las propias ideas y decir lo que es justo y lo que no lo es. Es propio de quien dirige su mirada inmediatamente a normas o esquemas personales.
- d) La impaciencia, la impulsividad, que lleva a algunos a no permitir que el otro se exprese y termine a su ritmo sus frases.
- e) La tendencia a predicar, a proponer enseguida pequeños sermones que deberían dar razón de lo que el otro está experimentando, según el propio criterio.

Las personas mayores sentirán a un ayudante como cercano cuando éste crea en su malestar, comprenda su naturaleza y lo acepte en cuánto realidad que él vive. No debe negar su miedo, tristeza, soledad, etc., tampoco debe desdramatizar lo que siente la persona mayor, es decir, no debemos quitarle importancia con el fin de “consolarle”. La respuesta empática supone no comparar con otros ancianos que también están enfermos o que sufren más, ni generalizar, lo cual provoca como resultado la eliminación de lo singular y excepcional de lo que el otro comunica.

---

<sup>134</sup> Cf. Ibid., 41.

<sup>135</sup> Ibid., 42-43.

### **3.6 Desde la relación de ayuda, en busca de sentido para el envejecimiento.**

Intentamos acompañar a las personas mayores, especialmente cuando necesitan que las relaciones sean de ayuda en los diferentes ámbitos de su vida, de que vivan de la manera más íntegra posible, más apropiada y gozosa. No se debe intentar remover, ni mucho menos de evitar, todo obstáculo, que por otra parte es imposible, sino de caminar juntos, intentando contribuir a que cada persona mayor, sea lo más ella misma posible, mantenga su integridad en medio de las contrariedades y vea respetada su dignidad.

Recordemos que el anciano, al gran deterioro físico se le añade en algunas personas el deterioro relacional y afectivo, la soledad, que puede llevar al aislamiento. Por eso hemos de fomentar una actitud positiva, cuando no se pueden cambiar muchas de las condiciones que vienen impuestas por la limitación física. Mientras las capacidades mentales no sean secuestradas, mientras el deterioro cognitivo no irrumpa en la vida del anciano, éste puede ser responsable en medio de su situación<sup>136</sup>. Los valores de actitud son reclamados siempre, pero particularmente cuando la pasividad externa reclama la actividad actitudinal, las disposiciones interiores, el modo de vivir la adversidad. Por eso, se puede formular la expresión “vivir sanamente el sufrimiento”. No se trata de una propuesta ilusoria, que pretenda negar la crudeza de la realidad limitada, sino una toma de conciencia de la condición humana libre y responsable también ante lo que se padece<sup>137</sup>.

Por esta vía, muchas personas que no encuentran sentido a la vida podrían descubrir que aún pueden ser verdaderos maestros de vida, conjugando los verbos más importantes de la vida (amar, cuidar, escuchar, tocar, mirar, etc.) no sólo en voz activa, sino también en voz pasiva: dejarse amar, dejarse cuidar, etc., así, los mayores pueden ser realmente un bien para la comunidad y no una carga<sup>138</sup>. Esta actitud distinta ante la vida, en medio de la adversidad, consiste en poseer sabiduría para vivir, a la vez es recapitulación y desecho, repaso y reposo, y

---

<sup>136</sup> J. C. BERMEJO, *La relación de ayuda a la persona mayor*, Sal Terrae, Santander 2004, 14.

<sup>137</sup> *Ibid.*, 15.

<sup>138</sup> *Ibidem*.

encarnación de la memoria colectiva de la sociedad. Ayudar a vivir en esta clave es cosa de todos<sup>139</sup>.

Crisis, en griego, significa *oportunidad*. Es posible una actitud de superación. Comprender y ayudar a la persona mayor pasa por hacerse cargo de lo que significa envejecer y captar lo crítico de este proceso. Las crisis que nos pueden ayudar a hacernos cargo de este proceso de la persona mayor son las siguientes:

***Crisis de identidad:*** Ha cambiado la imagen que el anciano tiene de sí, por la conciencia y por la autoestima. Esta imagen está afectada por el conjunto de pérdidas experimentadas de forma acumulativa. Por ello tienden a buscar su identidad en el pasado, pues les ayuda a encontrar el sentido de continuidad y, por tanto, a reconstruir la propia identidad golpeada por la vejez y sus achaques. Escucharles les ayuda a reafirmarse, ignorarlos les puede conducir a sentimientos de minusvalía, a pensar que no valen nada<sup>140</sup>.

***Crisis de autonomía:*** En esta etapa va aumentando la dependencia. En esta sociedad donde se priman los valores de la funcionalidad, como la independencia, la utilidad y la productividad, la vejez choca fuertemente en la vida de la persona hasta el punto de que algunos ceden a otros la conducción de su propia vida<sup>141</sup>. Por tanto, llegan a sentirse como una verdadera carga. De ahí la importancia de fomentar en ellos actividades que susciten actitudes de autonomía responsable, que les haga sentir valiosos y útiles para los demás.

La enfermedad y la dependencia se pueden convertir también en un camino para el afrontamiento de necesidades no confesadas explícitamente. Es decir, hay que ayudar a encontrar un para qué, que nos ayude a salir de la búsqueda del porqué de la situación. Esto nos puede ayudar a evitar juicios morales y sentimientos de culpa. Cuando damos con un para qué, le damos sentido a lo que nos pasa y salimos del estado de frustración en el que nos encierra muchas veces la adversidad<sup>142</sup>.

---

<sup>139</sup> Ibid., 16.

<sup>140</sup> Ibid., 21.

<sup>141</sup> Ibid., 22.

<sup>142</sup> Cf. Ibid., 26.

### 3.7 Acompañamiento holístico.

Acompañar o cuidar en sentido holístico, significa considerar a la persona en todas sus dimensiones: física, intelectual, social, emocional, espiritual, etc. De la misma manera, acompañar a la persona mayor en sentido holístico supone en generar salud también en el ámbito mental. La salud mental no es sólo ausencia de patologías psíquicas, sino que la entendemos como apropiación de las propias cogniciones, ideas, teorías, modos de interpretar la realidad, libres de obsesiones y excesivas visiones cerradas y pretendidamente definitivas de las cosas de la vida<sup>143</sup>.

Igualmente, acompañar en sentido integral a la persona mayor implica promover salud relacional, salud en la dimensión social. Se puede hablar de salud relacional cuando una persona se relaciona bien consigo misma porque experimenta un cierto equilibrio en relación con su cuerpo, promueve el auto cuidado y la autoestima. Hay salud relacional cuando la persona se reconoce interdependiente, no exclusivamente independiente o dependiente. Pero hablamos también de salud emocional, de generar un manejo responsable de los sentimientos, reconociéndolos, aceptándolos, integrándolos. Hay que promover también la salud espiritual o trascendente, es decir, tener conciencia de ser trascendente, tener conocimiento de los propios valores y respeto de la diversidad de los otros. Las personas mayores, acompañadas holísticamente, constituyen una importante aportación a la colectividad, fuente de valores y sujetos activos en el tejido social<sup>144</sup>.

Como vimos en el segundo capítulo de este trabajo, son muchos los factores y necesidades que confluyen en el ámbito de la enfermedad del adulto mayor, físicas, psicológicas, emocionales, sociales, espirituales, etc. Por tanto, si queremos ofrecer una atención integral a la persona anciana y enferma, hemos de tener en cuenta las aportaciones de algunas ciencias humanas. Por eso, se requiere de una colaboración interdisciplinar. Ya que ignorar este diálogo significaría no darse cuenta de las profundas transformaciones del mundo del anciano. Hemos de tener en consideración sus aportaciones para el ejercicio de un mejor acompañamiento a la persona mayor enferma, y poder así, ofrecerle una mejor atención, más

---

<sup>143</sup> Ibid., 42.

<sup>144</sup> Cf. Ibid., 43 – 46.



humana y encarnada. La persona enferma centra su atención en sus necesidades. Para atenderla de una manera integral hemos de partir del conocimiento proporcionado por las ciencias especializadas en cada una de estas áreas<sup>145</sup>:

a) **Ciencias médico-biológicas.** El anciano enfermo, ante todo, le interesa ser curado de su cuerpo, recuperar la salud perdida. Ese es su primer objetivo. No le suele interesar adquirir cultura, conocimientos religiosos, técnicos o de cualquier otro tipo, a no ser que tengan relación con la recuperación de su salud. Desde esta perspectiva, la ciencia médica, biológica, química, técnica, debe aportar los elementos necesarios para responder a esos aspectos físico-biológicos provocados por la enfermedad, nos ha de aportar elementos para saber cómo proporcionarle higiene, posiciones físicas más adecuadas, favorecer su movilidad, atender sus molestias o síntomas, cuando descansar, cuál es el diagnóstico, los tratamientos que se siguen, saber cuándo llamar al personal sanitario, etc.

b) **Ciencias psicológicas.** La enfermedad repercute en el psiquismo de la persona, alterándolo, marcándolo de reacciones que influirán en pro o en contra de la curación o sanación de su cuerpo. Pero también en la acogida o no de nuestro mensaje o atención. La psicología nos aporta elementos valiosos para mejorar nuestras formas de actuación: para ayudarle a no sentirse abandonado sino acompañado, para ser escuchado y no ignorado, comprendido, respetado, protegido, etc. Conocer algo de su vida biográfica, gustos, aficiones, etc. puede ayudar mucho. Dicho apoyo psicológico debe ir enfocado en tres niveles. Fortalecer el yo, potenciar las experiencias vitales, motivaciones, ser positivos y dar sentido a la vida, dentro de esa situación. No debemos olvidar, que atendemos también muchas veces a enfermos terminales, cuya actitud suele variar mucho. Pueden adoptar actitudes muy variadas y contradictorias entre sí, resignación, heroísmo, rebelión, angustia, suelen ponerse inquietos, inseguros, dependientes, etc. Ante todo esto, la psicología nos ofrece elementos para realizar mejor nuestro trabajo y ayudar a integrar a la persona a su nuevo estado de vida.

---

<sup>145</sup> J. GARCÍA FÉREZ, *Ética de la salud en los procesos terminales*, San Pablo, Madrid 1998, 37-40.

c) *Ciencias sociales*. El adulto mayor enfermo como todo ser humano es un ser social, tiene una familia, un grupo de amigos, etc. La sociología nos permite comprender como abordar estos temas. Hemos de intentar que pueda relacionarse con los suyos y seguir viviendo su vida lo más normal posible. Por otra parte, es necesario atender al impacto que la enfermedad tienen en la sociedad, en el inconsciente colectivo, en lo económico, el tema de la injusticia social, lo jurídico, la investigación, la desnutrición, etc. en hacer el esfuerzo por humanizar el mundo de la salud y sensibilizar a la sociedad respecto al tema de los ancianos, sobre todo de los abandonados, como hemos dicho antes, las ciencias sociales nos ayudan a establecer las pautas de acción.

d) *Ciencias teológicas*. En el plano espiritual salen a flote unos valores que trascienden el mundo tangible. Aparece el valor de la fe, de la creencia en el más allá, de la experiencia del sentido de lo humano, de lo religioso, que pueden posibilitar comprender bajo una nueva visión lo que le está pasando. La experiencia de la limitación y fragilidad humana le llevan a cuestionarse por su vida, por el sentido de esta, de su enfermedad, de conocerse más a sí mismo, de buscar una razón para vivir, o morir, de luchar, de abrirse a Dios. La fe juega un papel muy importante en los adultos mayores de mi país.

Se debe evitar pues, todo reduccionismo (biologismo, psicologismo, espiritualismo) en la atención al anciano enfermo, toda ciencia debe reconocer sus propios límites y estar abierta a las aportaciones de las demás para cumplir con su responsabilidad particular<sup>146</sup>.

### **Asistencia integral al enfermo.**

En los últimos años, y en diferentes contextos de una relación de ayuda, en el sanitario o social, e incluso en el espiritual, se habla de *asistencia integral u holística*. Se trata del deseo de no dividir a la persona y asistirle en todas sus áreas, tratando de no descuidar ninguna. Centrarse en la persona para obtener mejores resultados. Tomar conciencia de que cada área no es independiente de las demás y que se afectan recíprocamente. La buena atención a una, beneficia a todas, pero el descuido de una, perjudica también a las demás. Por ejemplo, todos

---

<sup>146</sup> J. A. PAGOLA, *op. cit.*, 76.

sabemos hoy, cómo influye la dimensión emotiva en el sistema inmunitario, cómo inciden los valores personales en el cuidado de la propia salud y de la de los demás y en el modo de afrontar las crisis, cómo influye el tejido de relaciones sociales en la capacidad de resolver o vivir de manera sana y positiva las situaciones de dificultad o una enfermedad<sup>147</sup>. Por tanto, debemos sumar esfuerzos para alcanzar una verdadera asistencia integral que involucre a todos aquellos que nos dedicamos al cuidado de los ancianos enfermos (médicos, psicólogos, asistentes sociales, familiares, capellanes, etc.) para establecer, coordinar e integrar estructuras de asistencia verdaderamente eficaces y cada vez más humanas.

a) **La Asistencia médica.** El médico y la enfermera no son sólo un hábil manipulador de la técnica y el conocimiento científico aportado por la medicina, sino han de ser un verdadero terapeuta, un servidor. Sería un error seguir desarrollando hoy una ciencia y una tecnología sin reflexionar sobre el porqué y el para qué de estas, ignorando tantas necesidades del enfermo que pide ser atendido, curado, tratado, no como una cosa sino como a una persona<sup>148</sup>. El cuerpo como elemento esencial del ser persona, no se reduce a ser mero instrumento, sino que es lenguaje, expresión de la interioridad, medio de comunicación con los demás, mediación del don total de sí mismo y del amor. En el caso del anciano enfermo se ve limitado por la situación de precariedad, debilidad, de exclusión social, y muchas veces en conflicto de las relaciones. Por tanto, requiere respeto hacia su cuerpo y hay que ayudarlo a cuidarlo<sup>149</sup>. En este sentido todo el conocimiento científico-médico y la tecnología han de estar encaminados, no sólo a curar sino también a cuidar, aliviar y acompañar al enfermo.

b) **Asistencia psicológica.** Aunque es verdad que la presencia del psicólogo junto al enfermo suele causar cierta desconfianza hoy en día, es evidente que la asistencia psicológica, cuando esta es necesaria, puede y debe completar la actuación bio-médica. Sobre todo cuando se trata de enfermedades crónicas, depresivas del sistema nervioso, pérdida de algún miembro u órgano del cuerpo, enfermedades terminales, cirugías de alto riesgo, etc. La atención a estos aspectos emotivos y psicológicos del enfermo por

---

<sup>147</sup> J. C. BERMEJO, *Apuntes de relación de ayuda*, Sal Terrae, Santander 1998, 20.

<sup>148</sup> Cf. J. A. PAGOLA, *op. cit.*, 77.

<sup>149</sup> Cf. J. C. BERMEJO, *op. cit.*, 20.

parte del especialista no debe, por otra parte, desresponsabilizar ni empobrecer el trabajo del médico, ni mucho menos el del ayudante, en su relación con el anciano enfermo, sino que deben estar todos atentos a las reacciones del enfermo para enriquecer su crecimiento durante el proceso de su enfermedad<sup>150</sup>. Toda persona ante una crisis, trata de comprender lo que está pasando a través de conocimientos, conceptos, ideas, reflexiones, etc., por eso la importancia de valorar el estado psíquico y emocional del paciente y ayudarlo a integrar y asumir su situación o enfermedad. No negándola sino aceptándola<sup>151</sup>.

c) **Asistencia social.** Es necesario pensar también en la asistencia social, sobre todo a ancianos que por su situación familiar, se encuentran más necesitados de ayuda: minusválidos, deficientes mentales, otros que por su situación familiar o social conflictiva y deteriorados, no pueden ser atendidos, como los ancianos en soledad. Esta asistencia debe ser expresión de la atención que toda la sociedad debe dar a los más necesitados e indefensos. A veces la asistencia consistirá en llevarlos al médico, otras buscar ayuda económica, ponerlos en contacto con las instituciones correspondientes, integrarlos a la sociedad, etc. Esta asistencia integrada de forma adecuada podría brindar ayuda a los ancianos más pobres y marginados de la sociedad<sup>152</sup>.

El objetivo de considerar a la persona en su totalidad es ayudarla a sostenerse en los momentos de crisis provocados por la enfermedad y el sufrimiento que esta provoca, ayudarlo a salir de su angustia, a superar el aislamiento, la alienación, la marginación, la soledad, la tristeza, para conducirla a su propia realización en el máximo de sus potencialidades dentro de las circunstancias en que se encuentra.

La visión que cada sujeto tiene de sí mismo viene definida, como lo hemos dicho más arriba, definida por su propia percepción como por su vinculación a los diferentes grupos sociales. Aplicado a las personas mayores, si se consideran deterioradas, incompetentes, estáticas, constreñidas e incompletas y, además, el grupo las percibe del mismo modo,

---

<sup>150</sup> J. A. PAGOLA, *op. cit.*, 78.

<sup>151</sup> Cf. J. C. BERMEJO, *op. cit.*, 21-22.

<sup>152</sup> Cf. J. A. PAGOLA, *op. cit.*, 78-79.

tenderán a manifestar comportamientos de esta índole. Por el contrario, si se consideran y las consideramos competentes, dinámicas y con posibilidades, tendrán un auto concepto más positivo y, como consecuencia, llevarán una vida más activa, plena y satisfactoria, para ellas mismas y los que los rodean<sup>153</sup>. Por tanto, es importante lograr la participación del mismo adulto mayor, asumiendo algunas responsabilidades que pueden aprenderse y enseñarse<sup>154</sup>:

1. Permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles.
2. Aprender a aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida.
3. Aprovechar los medios educativos y culturales que contribuyan a su propio desarrollo personal.
4. Hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación. Actualizar sus conocimientos y aptitudes, según fuera necesario, a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desearan seguir participando en la fuerza laboral.
5. Ser flexibles, junto con los demás miembros de la familia, en lo que se refiere a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes.
6. Adoptar decisiones con elementos de juicio acerca de la atención de su salud e informar al médico y familiares sobre el tipo de atención que desean recibir en caso de sufrir una enfermedad incurable.

### **3.8 Desde los principios de la bioética.**

*Desde el principio del respeto a la autonomía.* Se refiere a la capacidad que tienen las personas para autogobernarse, libres tanto de influencias externas que los controlen como de limitaciones personales que les impidan hacer una verdadera opción. El individuo autónomo obra libremente, según un plan de acción que él mismo ha elegido. Aplicado a nuestro tema, este principio obliga a respetar la libertad y los valores de la persona mayor y a no imponer las propias decisiones. Para que el anciano sea autónomo no debe verse sometido a controles

---

<sup>153</sup> M. V. PÉREZ DE GUZMÁN, *Aspectos psicológicos en las personas mayores*, en: G. PÉREZ SERRANO, *op. cit.*, 240.

<sup>154</sup> *Ibid.*, 242.

externos que lo limiten o le impidan actuar. El principio ha de respetarse cuando la persona mayor reúne una serie de condiciones mínimas de competencia. En los casos en que no es factible la asunción de responsabilidad personal, será preciso contar con un tutor o representante legal que vele, sobre todo, por los intereses del anciano de la manera más ética posible. La autonomía se define según la capacidad o incapacidad que tiene la persona para obrar y la competencia de que dispone para decidir responsablemente de sus actuaciones y de las consecuencias que se deriven de las mismas<sup>155</sup>.

***Desde el principio de no maleficencia.*** Es la obligación esencial de no hacer daño intencionadamente. Obliga a abstenerse de causar daño a otra persona. Este principio se refiere a los daños injustos, es decir, aquellos atribuibles a la voluntad humana y que implican una violación de los legítimos derechos e intereses de la persona. Desde este principio debemos evitar todo aquello que pueda hacer daño al anciano, la negligencia, la impericia, el maltrato, romper la confidencialidad, la mala preparación, y desde luego el daño físico, psicológico y emocional que podemos causar a la persona<sup>156</sup>.

***Desde el principio de beneficencia.*** Significa hacer el bien. Con este principio afirmamos que la vida moral va más allá de las exigencias del respeto a la autonomía ajena y de la no maleficencia. Nos exige realizar actos positivos para promover el bien y la realización de los demás, más allá de no hacerles daño y de respetar sus decisiones autónomas. Sin embargo, muchos actos de beneficencia no son obligatorios, pero existe una obligación general de ayudar a los demás a promover sus intereses legítimos e importantes. Especialmente a aquellos que por su estado de limitación física, cognitiva, afectiva, relacional, necesitan ser promovidos y ayudados para alcanzarlos. Es importante, por otra parte, evitar caer en el llamado paternalismo<sup>157</sup>.

***Desde el principio de justicia.*** Este principio tiene que ver con lo que es debido a las personas, con aquello que de alguna manera les pertenece o les corresponde. Cuando a una persona le corresponden beneficios o cargas en la comunidad, estamos ante una cuestión de

---

<sup>155</sup> J. C. BERMEJO, *op. cit.*, 102.

<sup>156</sup> *Ibid.*, 103.

<sup>157</sup> *Ibid.*, 103 – 104.

justicia. La injusticia supone denegar o arrebatar a alguien aquello que le era debido, que le correspondía como suyo. Este principio tiene su origen en el reconocimiento expreso de la dignidad de todo ser humano en cuanto tal, sin mediar motivos como la raza, la inteligencia, el nivel cultural o económico, la edad, etc. Obliga, pues, a tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto<sup>158</sup>. Desde este principio nos parece que el adulto mayor debe ser, en justicia, recompensado, en consecuencia con todo lo que ha aportado con su trabajo, conocimiento, sabiduría, etc., a su familia y a la sociedad.

### **3.9 El perfil de quien acompaña.**

Empezaremos diciendo que no esperamos encontrar personas perfectas para llevar a cabo este acompañamiento. Pero sí pensamos que se requieren de algunas cualidades lo más adecuadas posibles que favorezcan la relación de ayuda, y que dentro de cada familia pueden existir, para un trabajo tan complicado y delicado, y que merece nuestra mejor actuación. Por eso proponemos este perfil, que pensamos se adapta bien, y que es descrito por J. García Férrez<sup>159</sup>:

- Debe ser una persona profundamente humana: amable, acogedora, comprensiva, generosa y solidaria. Cualidades que le hagan ser testigo y no maestro, hermano y no jefe.
- Debe conocerse a sí mismo con su vertiente negativa y positiva, y lo mismo al anciano enfermo. Debe tener capacidad para trabajar en equipo y crear estilo comunitario. Hay que recordar que en el mundo del anciano enfermo circulan distintas personas: familiares, amigos, profesionales sanitarios, e incluso otros enfermos, etc.

---

<sup>158</sup> Ibid., 5.

<sup>159</sup> J. GARCÍA FÉREZ, op. cit., 208-209.

- Se requiere capacidad de empatía para comprender la situación y estado de ánimo del anciano. Evitar proyectar o introyectar los propios sentimientos y necesidades personales<sup>160</sup>.
- Evitar el complejo de mesianismo y querer resolverle toda la vida a la persona, evitando su crecimiento y tratando de suplirle en sus decisiones. Hay que acompañar como amigo<sup>161</sup>. No somos mejores porque carguemos con todo el peso de los cuidados. El saber compartir y hacer partícipe a toda la familia de la atención al anciano enfermo es una buena señal de nuestra salud mental y de que no nos consideramos omnipotentes<sup>162</sup>.
- Debe ser una persona llena de gratuidad. El ir de cirineo forzado por la vida no suele generar salud, paz ni vida. El que busca alguna recompensa, aunque sea sólo reconocimiento, está equivocando el camino, terminará quemada. Hay quienes colaboran porque pretenden huir de sus propias frustraciones familiares y sociales<sup>163</sup>.
- Saber respetar el misterio personal del anciano enfermo. Cada ser humano somos un misterio y esto hace que cada enfermo, desde su realidad humana y espiritual, se enfrente de manera distinta a su enfermedad y sufrimiento.
- Deben ser ante todo, personas comprensivas y compasivas. La comprensión es saber sintonizar con el otro, compadecer es padecer con el otro, es intentar ver las cosas como el enfermo las ve, sentir las como él las siente. No significa estar de acuerdo, es, sobre todo, entender, sentir con, compartir.
- Debe ser humilde y reconocer la propia limitación. No olvidar que acompañar es «hacerse cargo» de la experiencia ajena, dar hospedaje en uno mismo al sufrimiento del otro, así como disponerse a recorrer el incierto camino de cada persona, confiando en que nuestra compañía ayude a superar la soledad, genere

---

<sup>160</sup> Cf. A. PANGRAZZI, *op. cit.*, 126.

<sup>161</sup> Cf. *Ibid.*, 127.

<sup>162</sup> J. C. BERMEJO, *Cuidar a las personas mayores dependientes*, Sal Terrae, Santander 2002, 133.

<sup>163</sup> Cf. *Ibid.*, 123.



comuni3n y salud de manera integral<sup>164</sup>. El 3xito del cuidado no se debe poner en la curaci3n, sino en conseguir que la persona sea capaz de integrar su dolencia, que aumente su calidad de vida, es decir, posibilitar que, dentro de sus propias limitaciones, sea capaz de integrar toda su situaci3n para conseguir una cierta armonía consigo mismo y con el entorno<sup>165</sup>.

### **3.10. Conclusi3n.**

Damos por supuesto la importancia de una preparaci3n y prevenci3n, as3 como de unas ayudas y medios sociales, que favorezcan tanto la realizaci3n de los adultos mayores en esta etapa de su vida, como la actuaci3n responsable de sus familiares, sobre todo de los hijos, para acompa1ar y dejarse acompa1ar en el cuidado de los ancianos, y sobre todo de los que est3n enfermos. La mayoría de los ancianos prefieren vivir esta etapa de su vida con autonomía e independencia, y en relaci3n con su familia. Y llegado el momento, prefieren ser cuidados por sus familiares, y en mi pa3s, el 95 % de los ancianos dependientes son atendidos por sus familias. Y cuando la enfermedad llega, la familia se enfrenta frecuentemente con grandes dificultades. Es una prueba y un crisol. La ventaja de ser cuidado por la familia es la ayuda cercana, cari1o, compresi3n, permanencia en su ambiente, y el mejor apoyo afectivo posible.

Por eso, nos parece, que el apoyo que se brinde, desde una relaci3n de ayuda, puede hacer surgir una mejor apreciaci3n y expresi3n de los recursos latentes en el entorno familiar, como cuidadores esenciales, para activar los propios recursos del anciano enfermo, y de acompa1arle para que asuma su protagonismo en la situaci3n que se encuentra, prest3ndole la ayuda necesaria. Una ayuda que, adem3s de requerir una preparaci3n y adaptaci3n adecuada por parte del acompa1ante, debe intentar ser ayuda integral (desde una consideraci3n holística) centrada en la persona sin olvidar ninguna de sus dimensiones fundamentales, y movida por una actitud empática, lo que permitir3 captar la experiencia y el mundo de referencia de la otra persona. Por otra parte, esta relaci3n de ayuda, puede suponer tambi3n una relaci3n de autoayuda a la misma familia, en la que las repercusiones de convivir con una persona dependiente son muy grandes. Ambas partes pueden ayudarse mutuamente, cada uno desde su

---

<sup>164</sup> J. C. BERMEJO, *op. cit.*, 31.

<sup>165</sup> *Ibíd.*, 135.

situación, a asumir la realidad de la vida, a integrar la contingencia y fragilidad. De manera que la enfermedad o la vulnerabilidad se conviertan en una experiencia que no sea un motivo de frustración y desesperanza, sino medio para una mejor comprensión y aceptación de la existencia y la condición humana.

Es importante estar pendiente de los cambios que se producen en el anciano y en la misma familia, como el deterioro de las relaciones, cambios de roles, revisión de hábitos, cansancio, utilización de recursos disponibles, signos de ansiedad y depresión. A menudo, el mejor modo de cuidar a alguien es el ofrecer el apoyo necesario a sus seres queridos más allegados.

## CONCLUSIÓN.

### ***UNA REALIDAD.***

El envejecimiento de la población es un hecho, tanto a nivel mundial, como en mi país, México. La población de mayores está aumentando más rápidamente que la población en general por dos motivos fundamentales: la disminución de las tasas de natalidad y de mortalidad. Los avances científicos y tecnológicos en el ámbito de la medicina, las mejores condiciones de vida en la sociedad, han aumentado también la esperanza de vida en mi país, a 75 años en los varones y a 80 años en las mujeres. De tal manera que cada vez son más los adultos mayores en la sociedad y en las familias.

Por otra parte, la imagen que la sociedad tiene de las personas mayores, de la vejez, como fenómeno social y del envejecimiento como proceso y estado demográfico, suele estar asociado generalmente con elementos negativos, se tiende a identificar a las personas mayores como un grupo poblacional caracterizado por la inactividad, improductividad y la dependencia.

No cabe duda que este fenómeno demográfico plantea una serie de problemas que afectan a la sociedad, por sus repercusiones sociales, económicas y políticas. Está claro, me parece, que los políticos y estadistas saben perfectamente que, más allá de las necesidades humanas y de las soluciones sociales, el envejecimiento paulatino de la población plantea sobre todo urgentes consideraciones económicas. La principal preocupación se refiere, pues, al peso que sobre los recursos del país supondrá la existencia de una población, cada vez mayor, de gente inactiva e improductiva. En un país, mayoritariamente joven como es México, empieza a representar un problema para su economía, en un futuro a medio plazo.

Constatamos, por otra parte, que la jubilación viene a ser como el reconocimiento social de la entrada a este grupo de la población, comúnmente llamados adultos mayores o ancianos, que en principio, debería ser una etapa para el descanso y el disfrute del tiempo y de la vida, pero que muchas veces se termina convirtiendo en una especie de marginación, aislamiento y soledad.

No podemos establecer una edad cronológica puntual para determinar en qué momento se llega a ser un adulto mayor o anciano, aunque se considere socialmente que a los 65 años, sin embargo, depende de cada persona. Lo que sí es verdad es que, empiezan a aparecer una serie de hechos biológicos, psicológicos, fisiológicos, afectivos, relacionales, que en mayor o menor grado, antes no se encontraban presentes en la persona.

Así pues, la vejez resulta demasiado amplia, en tiempos y personas, en circunstancias y en condicionamientos como para calibrarla en su conjunto con los baremos del desgaste y el deterioro. Pero es evidente que conforme se avanza en la edad se pierde la masa muscular, se pierde velocidad y reflejos, con la consiguiente incapacidad. Aparecen arrugas, canas, se debilita la visión y el caminar se vuelve cada vez más lento. Sin embargo, esto es normal, forma parte de la naturaleza misma, en consecuencia, por el hecho de ser normal, este conjunto de mermas no tiene porque convertirse en un obstáculo insuperable para que la persona mayor pueda desenvolverse bien en la cotidianidad que le corresponde vivir. Cada anciano es diferente, porque es una persona diferente, porque ha vivido su experiencia, su crecimiento y su madurez de manera muy diferente a como lo han hecho otros ancianos.

Constatamos también que, la mayor parte de nuestra población de adultos mayores en general, esperan vivir en su casa con sus hijos u otros familiares toda su vida. Son pocos los que esperan ser trasladados a un asilo, o a una residencia para mayores, que por otra parte, en México este modelo de infraestructura es muy escaso, casi inexistente. Pero aún siendo necesario el recibir ayuda, la mayoría desearía seguir viviendo en su propia casa, bien adaptándola a sus nuevas necesidades, o bien recibiendo ayuda remunerada de alguna persona.

Los adultos mayores piden a su familia que no se les deje en el desamparo material, después de que ellos, con gran esfuerzo, han sacado adelante a sus hijos, aunque es verdad que no suelen pedirlo como una reivindicación materialista. El anciano necesita sentirse amado, ser valorado en lo que es y en lo que fue. Ser aceptado, comprendido en su manera de ser, espera comprensión y respeto por sus ideas y creencias, para sus estructuras mentales que, aunque trate de adaptarlas a la evolución y al ritmo cambiante de la sociedad actual, le han acompañado muchos años. Espera interés y paciencia para escucharle, que se valore su experiencia, el saber de la vida y de las cosas.

Pero sobre todo espera de su familia que, cuando venga la enfermedad, el grave deterioro de sus facultades, se le acoja y se le atienda como le corresponde y, mientras ello sea posible, no sean transferidas a instituciones competencias que corresponden y han de corresponder a toda la familia. Y en caso de ser necesario, esperan también apoyo económico.

Sin embargo, la carga que representa el cuidado de un anciano, por mucho cariño que se le tenga, recae sobre personas adultas que tienen otras obligaciones que también les cansan y tensionan. Las demandas afectivas que surgen en esos momentos y el cansancio inevitable de un cuidado que muchas veces se prolonga y aumenta, suelen traer también consecuencias negativas para la familia, que se siente incapaz de responder a todas las obligaciones concretas. Nos duele, pero hay que reconocer y aceptar que muchas veces no basta con la buena voluntad, sino que las condiciones sociológicas y las complejidades de la familia actual podrían impedir las formas tradicionales para proteger a los adultos mayores, sobre todo a los enfermos o de más avanzada edad.

Pensamos que, aunque la familia sigue siendo, en mi país, el espacio más adecuado para cumplir con el cuidado del anciano, no siempre se puede realizar eficazmente. Lo más eficaz en estos casos sería la posibilidad de ingresar al anciano en una residencia, pero estas apenas si existen en mi país, de manera que lo mejor es que, la familia sea apoyada con una formación lo más adecuada posible para esta tarea, o bien, que sea ayudada por agentes con cierta formación y ayudas y apoyos a domicilio. Sobre todo cuando el adulto mayor se ve afectado por la enfermedad. Nos encontramos en los adultos mayores enfermos con situaciones en las que una adecuada compañía y ayuda, devuelven el gusto por seguir luchando por la vida.

Si según la definición de la OMS, consideramos la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social y no simplemente como ausencia de enfermedad, podríamos calificar de sana a una persona anciana cuando tiene una función adecuada a su edad y sus condiciones físicas y psíquicas no interfieren en sus relaciones sociales. Por tanto, para conseguir un envejecimiento normal deberá haber un equilibrio entre estado físico, psíquico y entorno social. Sin embargo, hemos de decir que las enfermedades agudas en los ancianos, se presentan de una manera diferente que en los adultos más jóvenes.

Por otra parte, es muy importante no identificar la ancianidad con la enfermedad, es decir, la vejez no es una enfermedad. Sin embargo, hemos de aceptar que en esta edad aparecen con más frecuencia las enfermedades, que en el adulto mayor suelen presentar muchas veces cuadros más agudos. Las enfermedades más frecuentes en el anciano suelen ser el déficit de la visión, el déficit auditivo, así como la osteoporosis, el reumatismo, úlceras por presión, fracturas de cadera, demencia, diabetes y enfermedades cardiovasculares etc. A estas se suelen agregar los llamados síndromes geriátricos, como la polifarmacia, las caídas, el inmovilismo, las infecciones, y la confusión.

El anciano enfermo puede vivir su enfermedad bajo un estado de ansia, de tensión, de intranquilidad, incluso sin referencia alguna a la enfermedad, debido a la incertidumbre en la que se ve inmerso. Tienen la sensación de que han perdido el control de su vida. Hay que recordar que la enfermedad obstaculiza de modo más o menos grave los deseos o proyectos y hace más difícil la satisfacción de las necesidades, desde las más elementales, a nivel biológico, hasta las más altas, a nivel afectivo. La reacción más frecuente ante la frustración es la cólera desde el punto de vista emotivo, la agresividad desde el punto de vista del comportamiento. El anciano se siente rabioso y se suelen poner de un trato intolerable con quienes le rodean, la familia, amigos, personal sanitario, sociedad, etc. Hay personas que han tenido muy buen carácter que se vuelven insoportables e intratables, insatisfechas con el trabajo de los médicos y los cuidados de los familiares.

Algunos ancianos enfermos caen en la regresión, es decir, toman actitudes del pasado, generalmente infantiles, con lo cual dan a entender que no les es posible mantener el paso, y por eso vuelven a posiciones ganadas y seguras. Es la necesidad de sentirse cuidado. En esta fase de su vida el anciano experimenta la necesidad de sobrevivir. Necesita sentirse seguro, y lo expresa en la búsqueda de familiaridad, de información y protección ante el peligro. Necesita ser amado, pues la necesidad de pertenencia y de afecto que suele ser cubierta cada día en la familia, en el grupo de amigos o en el trabajo, se ve rota por la enfermedad. Necesitan sentirse competentes, ya que esta necesidad que generalmente se satisface cuando nos sentimos útiles, valorados y apreciados por los demás, se ve truncada por la incapacidad provocada por la enfermedad. Necesita intimidad, respeto a su autonomía. Tienen necesidad

de esperanza, también hacen proyectos realizables en un futuro no lejano, es decir, expresan esperanza de vivir y seguir adelante.

### ***UNA PROPUESTA.***

La vejez como tal no fue valorada nunca. Se han valorado más bien, personas concretas, célebres, que se distinguieron y respondieron a los valores asumidos cultural, social e incluso religiosamente. En las sociedades modernas, que cimientan el reconocimiento en el éxito, la figura del anciano se centra, para ser valorada y respetada, en ese valor. Es decir, se admira y reconoce al hombre o a la mujer que se encuentran en la cumbre más alta de una empresa, o en la política, o en el arte, en el deporte, etc., pero al anciano de a pie, sólo se le valora y reconoce en su familia y entorno, pero en la sociedad suele ser ignorado. Se ha pasado de un cierto respeto por las canas, símbolo de experiencia, sabiduría y consejo, a una indiferencia y cierto temor por la contraparte que representan, limitación, incapacidad, decadencia, enfermedad y desde luego la cercanía de la muerte.

Pensamos que debemos rescatar todos los valores positivos que la vejez entraña, o mejor dicho, que cada persona mayor posee. El anciano contiene, de modo general, la historia pasada, el conjunto de la historia humana y de la cultura particular a la que pertenece. El anciano en su presente es más que una visión decadente de la vida. Es, en sí mismo, un valor que da sentido a la vida, ya que muestra en él la realidad de poder asumir una historia que le hace capaz de decidir su conducta, de saber lo que conviene y lo que no, de partir de una actitud flexible para la adaptación y de una actitud colaboradora, desde su experiencia, para participar en la misma vida enriqueciendo a todos aquellos que le rodean. Subyacen en él, valores como la esperanza, la paz, el deber cumplido, la fortaleza, la lucha y defensa de la vida, el desapego, la confianza, la generosidad, etc. Por eso, pensamos que es importante mirar, responder y actuar conscientemente a las necesidades del adulto mayor, en general, y más hacia el que se encuentra enfermo. La sociedad, la familia, la comunidad están obligadas a responder con responsabilidad y compromiso hacia él.

La sociedad está comprometida, o debería estarlo, al menos en dos aspectos concretos. Primero, en combatir las formas de marginación a las que el anciano se autosomete, o bien, a los que, la propia cultura o sociedad, le somete. Segundo, en crear espacios de educación,

cultura y relación social que valore al anciano favoreciéndole la conquista de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes. Que ayuden a acabar con las posturas negativas hacia la vejez.

Esto exige, una comunidad que debe estar con el anciano y por el anciano. Por tanto, en la que se vean involucrados todos sus ámbitos, la educación, la acción social, la cultura, lo político, lo religioso y la promoción de instancias eficaces de ámbito crítico – evaluativo para revisar si la sociedad defiende o promueve la integración del anciano y hacia el anciano. Desafortunadamente, como hemos visto en este trabajo, algunos derechos o necesidades del anciano están siendo seriamente cuestionados, como las siguientes: el derecho a la vida, el derecho a una renta digna, el derecho al trabajo, el derecho a la salud, a una alimentación suficiente, a una vivienda decente, adaptada sus necesidades, a no sufrir maltrato, a su autonomía, a mantenerse integrados en su entorno, en su familia, a ser escuchados, a expresarse, y a encontrar espacios de participación.

Pensamos que para ayudarlos lo mejor posible, debemos tener en cuenta algunos valores de la persona anciana y que son fundamento de sus derechos inalienables.

***Promover la Dignidad.*** Es el primer valor hacia el anciano. Lleva consigo el respeto a la persona y su trato como tal en todos los momentos de su vida. Favorecerá un tratamiento justo, sin ningún tipo de discriminación por edad, sexo, raza, incapacidad o riqueza. Supone además el valor de la libertad. Ensalzar su dignidad facilitaría el que pudiesen ejercitar su autonomía en las decisiones sobre su salud, economía, o modo de vida. La asunción de este valor de la dignidad por parte de todos facilita el que la vida humana, y sobre todo la vulnerable, sea el primer valor.

***Posibilitar la autorrealización.*** Este valor supone creer y facilitar, por parte de todos los grupos e instituciones, que la persona pueda realizarse hasta el final de su vida. La persona no se jubila de ser persona. Sería darles o proporcionarles los medios necesarios para seguir desarrollando su potencial, como recursos educativos, culturales, políticos, espirituales, recreativos, etc.

***Asegurar su cuidado.*** Que la persona mayor asuma también una responsabilidad en el cuidado de sí misma. Y además crear las estructuras o sistemas para el cuidado de la salud que



dé seguridad y atención integral, como lo hemos planteado en este trabajo, al adulto mayor. Un cuidado que trataría de adecuar sus primeras estrategias a los cuidados básicos, para una mejora de su vida, tales como proporcionar gafas, servicio de odontología, de rehabilitación, higiene, atención geriátrica, etc. Además, acceso, en caso de ser necesario, a los servicios legales y sociales donde puedan comprender, denunciar, y utilizar, con decisiones propias, los cuidados personales e institucionales. El respeto a sus creencias, a la privacidad y a la toma de decisiones en relación a su calidad de vida. Todo ello contribuye al crecimiento personal del anciano.

***Fomentar la independencia.*** A través de sus rentas, si las tiene, de apoyos familiares o institucionales, se favorecería una independencia alimenticia, de trabajo, de retiro, de acceso a programas de formación y a una vivienda que respete su entorno y se adapte a sus necesidades.

***Crear participación.*** Este valor les permitiría estar integrados en la sociedad, evitando la marginación. Una participación que valore su experiencia, su sabiduría y habilidades con otras generaciones. Que favorezca el compromiso en servicios comunitarios, asociaciones o voluntariados.

***Reconocimiento.*** Como ya lo hemos mencionado, vivimos en una sociedad enmudecida ante la vejez, la debilidad o la enfermedad. Sin embargo, los ancianos, con una cosecha dura de vida, nos recuerdan que la sociedad se construye con el esfuerzo de quienes antes fueron jóvenes y fuertes.

***La jubilación.*** La jubilación no puede comprender jamás la clasificación de activos e inactivos, con criterios de eficiencia y consumo. El valor de la jubilación exige justicia social y defensa prioritaria del débil por encima del asegurado o fuerte.

Por otra parte, las políticas de la salud, reconociendo la dureza de las implicaciones que tiene la incapacidad en los ancianos, deberían considerar, además del cuidado sanitario, aspectos como el crecimiento psicológico, religioso o social de los ancianos en el cuidado de la salud para que se pueda establecer una política sanitaria y social multidisciplinar efectiva y cambiar el horizonte del cuidado de la salud. Está claro que el envejecimiento aumenta el

número de discapacitados y la necesidad de cuidados de larga duración, incluyendo cuidados de día, servicios a domicilio, enfermeros y cuidadores. Pero además, el que existan personas dispuestas a servir como cuidadores informales, contribuye a que sea más necesario un planteamiento social, político y moral sobre los ancianos enfermos dependientes.

A la familia le corresponde, entre todos los miembros, crear y conservar las condiciones más idóneas posibles para que se dé una perfecta convivencia de los padres-abuelos con sus hijos e hijas, yernos, nueras y nietos, consiguiendo hacerse querido y necesario sin imposiciones, sin inmiscuirse ni atosigar, respetando mutua y recíprocamente las diversas personalidades, que permitan un entorno lo más armonioso posible. La familia ha de valorar y reconocer las ayudas que en ocasiones presta el anciano a sus hijos e hijas, tanto económicas, como en el apoyo en las tareas domésticas o cuidando a los nietos. Así como la función integradora y coeducadora que realiza en el contexto familiar y, fundamentalmente por lo que se refiere a la transmisión de valores a la generación de los nietos.

Es una obligación familiar, considerar siempre al anciano como una persona y no como un objeto traspasado periódicamente de una casa a otra de los diferentes hijos. Y ante las necesidades económicas, tienen derecho a esperar la ayuda y solidaridad amorosa de sus hijos que gocen de una posición económica desahogada.

Pero sobre todo, lo que prioritariamente es un deber y responsabilidad de la familia para con el anciano, es el cuidarlo y acompañarlo desde el amor, sobre todo cuando este se encuentra enfermo. Hay que ser capaces de salir de sí mismos y adaptarse a la nueva situación, hacerla creativa, limitar los efectos del cambio y convertirla en algo positivo. En la familia, en la relación con el cónyuge ha de producirse un replanteamiento de las relaciones afectivas cuidando el día a día, afianzando el amor mutuo y la comprensión. Es importante promover una relación intergeneracional más estrecha entre abuelos, hijos y nietos, e incluso bisnietos. Compartir sus recuerdos, sus anécdotas, sus historias, su experiencia, lo que ha sido y es su vida.

Sea cual sea la situación de la familia, no deberá desatender ni olvidarse de su anciano enfermo. Hay que evitar la pérdida de interés, reduciendo al anciano a la soledad y a la marginación. No se debe responsabilizar su atención a un solo miembro de la familia, sino que

se deben compartir las cargas. Tampoco deben ser tratados como niños, ni con agresividad despectiva, ni engañarlos, sino con sencillez, naturalidad y sinceridad. No hay que hacerles sentir como una carga ni como un estorbo. Hay que evitar todo trato condicionado por el interés, la utilidad, la utilización de sus cosas o bienes. Hay que multiplicar los pequeños detalles, como signos de cercanía, comprensión, solidaridad, respeto y amor.

### ***DESDE UNA RELACIÓN DE AYUDA.***

Afortunadamente, son muchas las familias que están dispuestas a cuidar de sus ancianos, sin embargo, para poder desempeñar mejor sus cuidados, los cuidadores, formales o informales, no pueden contentarse con la buena voluntad para salir al paso de las necesidades con que se encuentran en el adulto mayor enfermo, sino que es necesario adquirir algunos conocimientos y adiestrarse, en la medida de lo posible, en algunas técnicas o habilidades para el mejor acompañamiento y buen cuidado del anciano enfermo. Los cuidados no pueden reducirse sólo al aspecto físico, sino que se deben promover también técnicas de estimulación, de soporte emocional, de búsqueda de sentido, etc., que fomenten la comprensión y la motivación por seguir en pie ante la vida.

Ante esta realidad, nosotros pensamos que desde una relación de ayuda, entendida como la promoción de un cambio constructivo en la mentalidad y en el comportamiento, pues la mentalidad condiciona la conducta, es necesario introducir en el campo del comportamiento una nueva estructura mental, que nos permita una actitud y postura diferente ante la vejez, en general, y sobre todo, hacia el anciano enfermo, y sobre todo en él mismo.

Pensamos que el análisis continuo que debe hacer el cuidador, profesional o no, sobre el encuentro con las personas mayores para poder detectar así errores e intervenciones inadecuadas y aprender de ello, es algo fundamental para brindar en lo sucesivo un mejor acompañamiento. La tarea fundamental consiste en estimular, liberar y reorganizar, en la medida de lo posible, la actividad personal del sujeto ayudado, aprovechando los recursos presentes en la persona ayudada, orientando al interlocutor a tomar conciencia de los mismos y a utilizarlos creativamente.

El estilo de relación de ayuda que nos parece más idóneo es el *empático – participativo*. El cual se centra en la persona, atentos a la experiencia misma del ayudado, se interesa en que este tome conciencia, profundizando así en el conocimiento de sí mismo, de sus dificultades y de sus recursos, considerando la valoración cognitiva y afectiva que la persona hace de lo que le pasa, acompañándole en la identificación de lo que quiere y cree que debe hacer en relación a lo que puede. Debemos centrarnos en la persona. Es decir, toda crisis, como la enfermedad, es elaborada cognitivamente y recibe un significado por parte de la persona. De ahí la importancia de que conozcamos el impacto que esta ha producido en el sujeto, y ayudarles a expresar lo que sienten, no etiquetando sus sentimientos, si son buenos o malos, no tomar posturas moralizantes, sino invitarles a esforzarse por vivirlos y asumirlos.

Es importantísimo guardar en todo momento una actitud empática. Esta disposición interior es fundamental para hacer un camino significativo y eficaz con la persona que se quiere ayudar. Implica ponerse en la situación existencial del otro, de comprender su estado emocional. Meterse en su experiencia existencial y asumir su situación. Hacer el esfuerzo cognitivo, afectivo y comportamental de comprender los puntos de vista de las personas mayores enfermas nos permite acceder a lo que pueden estar pensando, cómo consideran o definen su situación, el significado que le dan, lo que planean hacer al respecto. Este tipo de comprensión necesita tiempo para desarrollarse y depende del propio nivel de crecimiento cognitivo y de maduración afectiva y de experiencias vitales.

Hemos dicho anteriormente que el anciano necesita sobre todo ser comprendido, valorado, sentir que sigue siendo alguien importante, que es amado. Para lograr esto, es muy importante saber escucharlo. Saber escuchar es suponer que hay un mundo más grande detrás de las palabras y, por tanto, es querer penetrar la opacidad, a veces sin tomar las palabras como tales, sino el significado que tienen para la persona que las está pronunciando. Muchas veces, el calor humano manifestado mediante la atención y la escucha activa es la única medicina que necesita alguien para curarse o morir en paz. Las personas mayores sentirán como cercano a alguien, cuando éste crea en su malestar, se sienta comprendido y lo acepte en cuanto a la realidad que él vive. No debemos negar su miedo, tristeza, o soledad, ni mucho menos desdramatizar lo que siente, es decir, no debemos quitarle importancia con el fin de

“consolarle”, ni debemos compararle con otros ancianos o enfermos que pueden estar sufriendo más.

Debemos ayudarles a ser lo más autónomos posible. El individuo autónomo obra libremente, según un plan de acción que él mismo elige. Debemos respetar su libertad y sus valores y no debemos imponer nuestras propias decisiones. Para que el anciano sea autónomo no debe ser sometido a controles externos que lo limiten o le impidan actuar. Debemos ayudarle a ser partícipe de su propio cuidado y a que tome sus propias decisiones de una manera responsable y midiendo sus consecuencias.

Hay que evitar todo daño, maltrato, insultos, indiferencia, negligencia y falta de preparación que tengan como consecuencia un deterioro al estado físico, psíquico, afectivo o relacional del anciano en general, pero más aún del que se encuentra enfermo. Por el contrario, debemos llevar a cabo acciones positivas para promover el bien y la realización de sus proyectos vitales, sobre todo aquellos que por su estado físico, cognitivo, afectivo, relacional, necesitan ser ayudados para alcanzarlos.

Nos parece, que el apoyo que se brinde, desde una relación de ayuda, puede hacer surgir una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes en el entorno familiar, como cuidadores esenciales, para activar los propios recursos del anciano enfermo, y de acompañarle para que asuma su protagonismo en la situación que se encuentra, prestándole la ayuda necesaria para ello. Pero además, la misma familia, los cuidadores, en las repercusiones de convivir con una persona necesitada de ayuda son muy grandes. Ambas partes se pueden ayudar, cada una desde su situación, a asumir la realidad de la vida, a integrar la contingencia y la fragilidad. De manera que la enfermedad o la vulnerabilidad no se conviertan en una experiencia de frustración y desesperanza, sino en un medio para la mejor comprensión y aceptación de la existencia y la condición humana.

## BIIBLIOGRAFÍA.

### LIBROS

- ALARCOS F. J., *Bioética y pastoral de la salud*, San Pablo, Madrid 2002.
- ALEIXANDRE D., *Las puertas de la tarde, envejecer con esplendor*, Sal Terrae, Santander 2007.
- ADROHER BIOSKA S., *Mayores y Familia*, U. P. Comillas, Madrid 2000.
- BERMEJO J. C., *Apuntes de relación de ayuda*, Sal Terrae, Santander 2010.
- BERMEJO J. C., *La relación de ayuda a la persona mayor*, Sal Terrae, Santander 2004.
- BERMEJO J. C., *Cuidar a las personas mayores dependientes*, Sal Terrae, Santander 2002.
- BREEMEN P., *El arte de envejecer, la ancianidad como tarea espiritual*, Sal Terrae, Santander 2004.
- BRUSCO A., *Madurez humana y espiritual*, San Pablo, Madrid 2002.
- CASERA D., *Mis hermanos los psicóticos*, Paulinas, Madrid 1983.
- ELÍA J. F., *Aprendiendo a envejecer*, BAC, Madrid 2007.
- FERNÁNDEZ – BALLESTEROS R., *Envejecer bien y como lograrlo*, Pirámide, Madrid 2002.
- FRANKL V., *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona 1990.
- GARCÍA FÉREZ J., *10 Palabras clave en humanizar la salud*, Verbo Divino, Pamplona 2002.
- GARCÍA FÉREZ J., *Ética de la salud en los procesos terminales*, San Pablo, Madrid 1998.
- GRACIA D., *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid 1989.
- GRESHAKE G., *¿Por qué el Dios del amor permite que suframos?*, Sígueme, Salamanca 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. CENSOS NACIONALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA: 1950 – 2005. México 2008.

LÓPEZ AZPITARTE E., *Envejecer: Destino y misión*, San Pablo, Madrid 1999.

LÓPEZ AZPITARTE E., NUÑEZ DE CASTRO I., *Cruzando el puente. Problemas éticos relacionados con la vida*, San Pablo, Madrid 2011.

PÉREZ SERRANO G., (Coord.), *Calidad de vida en personas mayores*, DYKINSON, Madrid 2006.

PANGRAZZI A., *Sufrimiento y esperanza. Acompañar al enfermo*, Sal Terrae, Santander 2012.

PAGOLA J. A., *Id y curad. Evangelizar el mundo de la salud y la enfermedad*, PPC, Madrid 2004.

RAMIÓ JOFRE A., (Coord.), *Necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de su vida*, PPC, Madrid 2009.

SANDRÍN L., BRUSCO A., POLICANTE G., *Comprender y ayudar al enfermo*, San Pablo, Madrid 1992.

## REVISTAS

AGUIRRE – GAS., FAJARDO DULCI G., CAMPOS E., *Recomendaciones para el cuidado de la salud del adulto mayor*, CONAMED 14 (2009).

ALEMANY C., *El difícil arte de escuchar: un arte complejo*, Sal Terrae 975 (1995).

MIRALLES I., *Vejez productiva*, KAIROS 26 (2010).

RIBERA CASADO J. M., *Comportamiento, estilo de vida, mayor esperanza de vida*, DOLENTIUM HOMINUM 67 (2008).

## **INDICE.**

<b>INTRODUCCIÓN.</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1. REALIDAD EXISTENCIAL DEL ADULTO MAYOR.</b> .....	<b>6</b>
INTRODUCCIÓN. ....	6
1. Realidad social del adulto mayor. ....	6
1.1 Efectos económicos del envejecimiento. ....	7
1.2 La jubilación como reconocimiento social del adulto mayor. ....	8
2. Qué es envejecer (antropología del envejecimiento). ....	11
2.1 Concepciones sobre la vejez. ....	11
2.2 Desde el punto de vista de la biología. ....	12
2.3 Desde el punto de vista de la medicina. ....	12
2.4 Desde el punto de vista de la psicología. ....	14
3. Realidad familiar del adulto mayor. ....	17
3.1 La nueva situación de la familia. ....	18
3.2 Lo que el adulto mayor espera de la familia. ....	19
4. Conclusión. ....	22
<b>CAPÍTULO 2. LA ENFERMEDAD EN EL ADULTO MAYOR.</b> .....	<b>25</b>
INTRODUCCIÓN. ....	25
2.1 Salud y enfermedad en el adulto mayor. ....	25
2.2 Enfermedades más frecuentes en el adulto mayor. ....	27
2.3 Los síndromes geriátricos. ....	30



2.4 Estado psíquico – afectivo del adulto mayor enfermo. ....	33
2.5 Necesidades del adulto mayor enfermo. ....	37
2.6 El anciano moribundo. ....	42
2.7 La familia ante la enfermedad del adulto mayor. ....	44
2.8 Conclusión. ....	47
<b>CAPÍTULO 3. LA RELACIÓN DE AYUDA COMO INSTRUMENTO DE ACOMPAÑAMIENTO PARA EL ADULTO MAYOR ENFERMO. ....</b>	<b>49</b>
INTRODUCCIÓN. ....	49
3.1 Qué es la relación de ayuda. ....	49
3.2 Estilos de relación de ayuda. ....	51
3.3 Estilo centrado en la persona. ....	53
3.4 La empatía. ....	55
3.5 La escucha activa. ....	58
3.6 Desde la relación de ayuda, en busca de sentido para el envejecimiento. ....	60
3.7 El acompañamiento holístico. ....	62
3.8 Desde los principios de la bioética. ....	67
3.9 El perfil de quien acompaña. ....	69
3.10 Conclusión. ....	71
<b>CONCLUSIÓN. ....</b>	<b>73</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA. ....</b>	<b>84</b>