

ORGANIZACIÓN Y PASTORAL DE LA SALUD

1

Hermanos de San Juan de Dios Barcelona Año 49. Segunda época. Enero - Febrero - Marzo 1997 Número 243. Volumen XXIX

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE JOAQUÍN PLAZA CALIXTO PLUMED FRANCISCO SOLA

Administración

LUIS GARCÍA IMAS

Secretaría de Dirección

MAITE HEREU

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.ª CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN

Curia Provincial Hermanos de San Juan de Dios Doctor Antoni Pujadas, 40 Teléfono 630 30 90 08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (Barcelona)

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte Válido. Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268 Depósito Legal: B. 2998-61 EGS - Rosario, 2 - Barcelona

0			
Su	m	ar	10
UU		lai	IU

1	EDITORIAL	2
2	«EL DOLOR, INSTRUMENTO DE REDENCIÓN» Mensaje de Juan Pablo II con motivo de la Jornada Mundial del Enfermo	4
3	PACIENTE ANCIANO Y ATENCIÓN SANITARIA ¿UN PARADIGMA DE DISCRIMINACIÓN? J. M. Ribera Casado	7
4	EN EL CARIÑO ESTÁ LA CLAVE La voz del anciano enfermo y de su familia: Síntesis de sus testimonios Manuel Irusta Cerro	20
5	PSICOLOGÍA DEL ANCIANO ENFERMO Manuel Gómez Ortiz	33
6	ANCIANO Y ENFERMO, CAMINOS DE PLENITUD Alberto Iniesta	40
7	LA JUVENTUD DE LA VEJEZ José Luis Redrado, O. H.	48
8	PROBLEMAS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN AL ANCIANO ENFERMO Javier Barbero	53
9	ACTITUDES ANTE EL ANCIANO ENFERMO José-Román Flecha Andrés	65
10	LA IGLESIA Y EL ANCIANO ENFERMO. RESPUESTAS Y DESAFÍOS	69
10.1	Instituciones sanitarias FERS Sor Purificación Bermejo CÁRITAS Francisco Salinas Ramos	69
10.2	Comunidades COMUNIDADES PARROQUIALES M.ª Teresa de la Parra PRESBITERIOS DIOCESANOS José Ángel Ubieta COMUNIDADES RELIGIOSAS (CONFER) Virginia Salgado	76
10.3	PROSAC Joan Bertran Muñoz	89
11	CAMPAÑA DEL DÍA DEL ENFERMO 1997 El anciano enfermo en la sociedad y en la Iglesia	92

O.H.S.J.D. CURIA PROVINCIAL SANT BOI 5.E.32

1. EDITORIAL

ANCIANOS ENFERMOS... ENFERMOS ANCIANOS

n año más la Iglesia, en el Día del Enfermo del año 1997, llama a la conciencia de los fieles «y a todos los hombres de buena voluntad» sobre la realidad cruda y dura, tan cercana a todos nosotros, del anciano enfermo.

No hace falta apelar a las consabidas estadísticas para tomar el pulso a una realidad como ésta. Seguro que en nuestro contexto familiar, en el círculo de nuestras amistades conocemos nombres de situaciones concretas.

El anciano enfermo concentra en sí dos universos específicos, característicos de por sí: ancianidad y enfermedad. Pero ambos, unidos, conforman uno nuevo, también con sus especificidades y características.

Resulta evidente la conquista, fruto de la ciencia y de la técnica, de una mayor esperanza de vida para los ciudadanos. Es éste un dato a valorar y agradecer. Pero no es menos cierto que quizá no hemos acompañado los años con una equilibrada calidad de vida, solidariamente repartida entre todos aquellos que, habiendo aportado ya su contribución productiva a la sociedad, merecerían ahora su respeto y cuidado.

La todavía persistente crisis del índice de natalidad hace que cuantitativamente el problema no apunte hacia su desaparición sino, por el contrario, hacia un agravamiento considerable.

El anciano enfermo resulta hoy un estamento de peso estadístico, que frecuentemente resulta molesto para la propia familia, para el sistema sanitario, para la hacienda pública.

Una sociedad consumista como la nuestra no acaba de sentirse a gusto con quienes no producen. Ni recursos, ni prestigio, ni reconocimiento social en muchas ocasiones. Tan sólo periódicamente, nuestros dirigentes orientan hacia ellos su mensaje en la esperanza de obtener un buen puñado de votos. Pero eso, de cuando en cuando.

El sistema sanitario no sabe frecuentemente qué hacer con ellos. Aquejados de enfermedades crónicas resultan un problema serio en el bloqueo de las camas de nuestros grandes y técnicos centros hospitalarios. Faltan camas dedicadas expresamente para ellos, faltan profesionales vocacionados en su atención médica, falta en definitiva un auténtico plan salud diseñado exclusivamente para ellos.

Porque tienen unas necesidades muy específicas y requieren unos servicios, lógicamente, muy concretos.

Para las familias -a las que hay que reconocer su inestimable apoyo y atención en la mayoría de los casos- resultan ser sus miembros ancianos enfermos verdaderos problemas para los que no disponen de adecuada respuesta. El ritmo de vida en el que hoy nos movemos, el trabajo de la mujer, el problema de la vivienda aparecen como obstáculos que dificultan seriamente una atención humana y asistencial correcta.

No decimos nada de quienes han de vivir su ancianidad enferma en la más cruda soledad. Y no son, desgraciadamente, pocos.

La Iglesia, una vez más, puede enorgullecerse de su historia en este campo. Personas e instituciones carismáticas han sabido dar respuestas generosas y eficaces. Pero tampoco estará de más el que la propia Iglesia se tome a sí misma el pulso y valore si hoy está dando la respuesta adecuada a la situación.

Si la ancianidad es «la primavera de la eternidad», si la enfermedad es o puede ser momento privilegiado de encuentro con Dios, el enfermo anciano tiene mucho que decir en la construcción del Reino. Es un elemento importante, importantísimo. Tanto que nunca será suficiente el respeto que les debemos y, por supuesto, la atención que se merecen.





HERMANOS DE SAN JUAN

para todos

La fundación desarrolla su labor humanitaria con 6.000 camas hospitalarias en África y América Latina

CONTRIBUYE CON: • Medicamentos

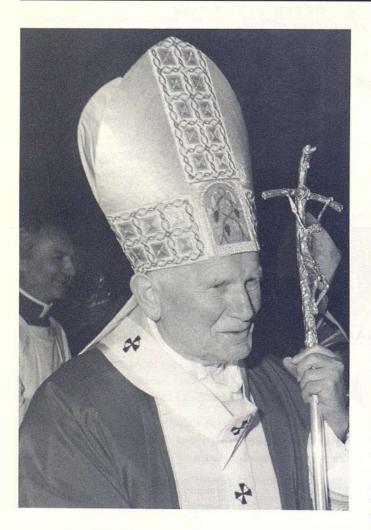
- Instrumental y aparataje sanitario
 - · Alimentos
 - Ayuda económica

FUNDACION JUAN CIUDAD - O.N.G. C/ Herreros de Tejada, 3 28016 MADRID • Telf.: 457 55 03

Banco Santander / Suc. 139 (Madrid) / Nº Cuenta: 13.726

2. «El dolor, Instrumento de redención»

MENSAJE DE JUAN PABLO II CON MOTIVO DE LA JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO



La próxima Jornada mundial del enfermo se celebrarà del 11 de febrero de 1997 en el santuario de Nuestra Señora de Fátima, en la noble nación portuguesa. El lugar elegido es particularmente significativo para mí. En efecto, quise acudir a ese santuario con ocasión del aniversario del atentado contra mi persona, en la plaza

de San Pedro, para dar las gracias a la divina Providencia porque, según su inescrutable designio, ese dramático hecho había coincidido misteriosamente con el aniversario de la primera aparición de la Madre de Jesús, el 13 de mayo de 1917, en la Gruta de Iria.

Por tanto, me alegra que se realice en Fátima la celebración oficial de una jornada como la del enfermo, por la que siento particular cariño. Así, brindará a cada uno de vosotros la ocasión de ponerse nuevamente a la escucha del mensaje de la Virgen, cuyo núcleo fundamental es «una llamada a la conversión y a la penitencia, como en el Evangelio. Esta llamada ha sido hecha al comienzo del siglo XX y, por tanto, dirigida particularmente a este siglo. La Señora del mensaje parecía leer con una perspicacia especial los signos de los tiempos, los signos de nuestro tiempo (Homilía en Fátima, 13 de mayo de 1981: L'Osservatore Romano, edición en lengua española, 23 de mayo de 1982, pág. 6).

Escuchando a la Virgen santísima, será posible redescubrir de manera viva y profunda su misión en el misterio de Cristo y de la Iglesia: misión que ya se encuentra indicada en el Evangelio, cuando María pide a Jesús que comience los milagros, diciendo a los sirvientes durante el banquete de bodas de Caná de Galilea: «Haced lo que él os diga» (Jn 2, 5). En Fátima repitió una expresión precisa, que su Hijo pronunció al comienzo de su misión pública: «El tiempo se ha cumplido (...); convertíos y creed en la buena nueva» (Mc 1, 15). La invitación insistente de María santísima a la penitencia es la manifestación de su solicitud materna por el destino de la familia humana, necesitada de conversión y perdón.

En Fátima María se hace portavoz también de otras expresiones de su Hijo. En particular, en la Gruta de Iria resuena esta invitación de Cristo: «Venid a mí todos los que estáis fatigados y sobrecargados, y yo os daré descanso» (Mt 11, 28). Las multitudes de peregrinos que de todas partes del mundo acuden a esa tierra

bendita, ¿no son el testimonio elocuente de la necesidad de alivio y consuelo que innumerables personas experimentan en su vida?

Sobre todo quienes sufren se sienten atraídos por la perspectiva del *alivio* que el Médico divino puede dar al que se dirige a él con confianza. Y este alivio se encuentra en Fátima: a veces es alivio físico, cuando Dios, en su providencia, concede la curación de la enfermedad; más a menudo es alivio espiritual, cuando el alma, inundada por la luz interior de la gracia, encuentra la fuerza para aceptar el peso doloroso de la enfermedad y, mediante la comunicón con Cristo, siervo sufriente, lo transforma en instrumento de redención y salvación para sí y para los hermanos.

El camino que hay que seguir en este difícil itinerario nos lo señala la voz materna de María que en la historia y en la vida de la Iglesia, pero de modo particular en nuestro tiempo, sigue repitiendo siempre las palabras: «Haced lo que él os diga».

La Jornada mundial del enfermo es, por tanto, una ocasión magnífica para volver a escuchar y acoger la exhortación de la Madre de Jesús, a quien al pie de la cruz confió la humanidad (cf. *Jn* 19, 25-27). La Jornada se sitúa en el primer año del *triduo* preparatorio del gran jubileo del año 2000: un año dedicado íntegramente a la reflexión sobre Cristo. Precisamente esta reflexión sobre el lugar central que ocupa Cristo «no puede (...) separarse del reconocimiento del papel desempeñado por su santísima Madre (...). María, dedicada constantemente a su divino Hijo, se propone a todos los cristianos como modelo de fe vivida» (*Tertio millennio adveniente*, 43).

la

la

a

S

el

La ejemplaridad de María encuentra su expresión más elevada en la invitación a mirar al Crucificado para aprender de él que, asumiendo totalmente la condición humana, quiso libremente cargar con nuestro sufrimiento y entregarse al Padre como víctima inocente por nosotros los hombres y por nuestra salvación, «con poderoso clamor y lágrimas» (Hb 5, 7). Así, redimió el sufrimiento, transformándolo en un don de amor salvífico.

Amadísimos hermanos y hermanas que sufrís en el espíritu y en el cuerpo, no cedáis ante la tentación de considerar el dolor como una experiencia únicamente negativa, hasta el punto de dudar de la bondad de Dios. En el Cristo paciente todo enfermo encuentra el significado de sus propios padecimientos. El sufrimiento y la enfermedad pertenecen a la condición del hombre, criatura frágil y limitada, marcada desde su nacimiento por el pecado original. Sin embargo, en Cristo muerto y resucitado la humanidad descubre una nueva dimensión de su sufrimiento: en vez de ser un fracaso, constituye una ocasión para dar un testimonio de fe y amor.

Amadísimos enfermos, sabed encontrar en el amor «el sentido salvífico de vuestro dolor y las respuestas válidas a todas vuestras preguntas» (Salvifici doloris, 31). Vuestra misión es de un valor altísimo tanto
para la Iglesia como para la sociedad. «Vosotros, los
que sufrís, sois los predilectos de Dios. Como hizo con
todos los que encontró por los caminos de Palestina,
Jesús os dirige una mirada llena de ternua; su amor
no os fallará jamás» (Homilía en la celebración de
la Palabra en la basílica de San Martín de Tours,
Francia, 21 de septiembre de 1996, n. 2: L'Osservatore Romano, edición en lengua española, 4 de octubre
de 1996, pág. 6). Sed testigos generosos de este amor
privilegiado, mediante el don de vuestro sufrimiento,
que tanto puede contribuir a la salvación del género
humano.

En una sociedad como la actual, que trata de construir su futuro sobre el bienestar y el consumismo y que lo valora todo según la eficacia y los beneficios, la enfermedad y el sufrimiento, que no pueden negarse, son alejados o vaciados de significado, con el intento ilusorio de superarlos solamente con los medios que pone a disposición el progreso de la ciencia y de la técnica.

No cabe duda de que la enfermedad y el sufrimiento siguen siendo un límite y una prueba para la mente humana. Sin embargo, a la luz de la cruz de Cristo se convierten en un momento privilegiado de crecimiento en la fe y en un instrumento valioso para contribuir, en unión con Jesús redentor, a la realización del proyecto divino de la salvación.

🗖 n la página evangélica relativa al juicio final, cuando «el Hijo del hombre venga en su gloria acompañado de todos sus ángeles» (Mt 25, 31), se indican los criterios según los cuales se pronunciará la sentencia. Como sabemos, se resumen en la solemne afirmación conclusiva: «En verdad os digo que cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis» (Mt 25, 40). Entre estos «hermanos más pequeños», están los enfermos (cf. (Mt 25, 36), a menudo solos y marginados por la sociedad. Sensibilizar a la opinión pública con respecto a ellos es una de las finalidades principales de la celebración de la Jornada mundial del enfermo: estar cerca de los que sufren, para que sepan aprovechar su sufrimiento también con la ayuda de quienes están a su lado para curarlos y asistirlos, es el compromiso al que nos invita esta Jornada.

A ejemplo de Jesús, hay que acercarse como «buenos samaritanos» al hombre que sufre. Hay que aprender a «servir en los hombres al Hijo del hombre», como decía el beato Luigi Orione (cf. *Escritos*, 57, 104). Es necesario saber ver con ojos solidarios los sufrimientos de nuestros hermanos, sin «pasar de largo» sino haciéndonos «prójimo», y estando a su lado con gestos de servicio y amor orientados a la salud integral de la persona humana. Una sociedad se cualifica por la mirada que dirige a los que sufren y por la actitud que adopta con ellos.

En el mundo en que vivimos, demasidos seres humanos están excluidos del amor de la comunidad familiar y social. La Virgen santísima, cuando se apareció en Fátima a tres pobres pastores para convertirlos en heraldos del mensaje evangélico, renovó su *Magnificat* liberador, haciéndose eco de «quienes no aceptan pasivamente las circunstancias adversas de la vida personal y social, ni son víctimas de la "alienación", como hoy se dice, sino que proclaman con ella que Dios *es vengador de los humildes* y, si es el caso, *derriba del trono a los soberbios»* (Homilía en el santuario de Zapopan, Guadalajara, 30 de enero de 1979, n. 4: L'Osservatore Romano, 11 de febrero de 1979, pág. 12).

Por tanto, también en esta circunstancia reitero un fuerte llamamiento a los responsables de la administración pública, a las organizaciones sanitarias internacionales y nacionales, a los agentes sanitarios, a las asociaciones del voluntariado y a todos los hom-

bres de buena voluntad, para que se unan al compromiso de la Iglesia que, fiel a la enseñanza de Cristo, quiere anunciar el Evangelio por el testimonio del servicio a los que sufren.

La Virgen santísima, que en Fátima ha enjugado tantas lágrimas, ayude a todos a transformar esta Jornada mundial del enfermo en un momento importante

de la «nueva evangelización».

Con estos deseos, mientras invoco la protección materna de María, Madre del Señor y Madre nuestra, sobre las iniciativas promovidas con ocasión de esta Jornada, os imparto complacido mi afectuosa bendición a vosotros, queridos enfermos, a vuestros familiares, a los agentes sanitarios, a los voluntarios y a todos los que están cerca de vosotros con espíritu de solidaridad ante vuestros sufrimientos.

Joannes Paulus PP. II

de Firma

Revista LABOR HOSPITALARIA Suscripción anual: cuatro números Ptas. 3.500 Boletín de suscripción Extranjero \$ 36 Correo ordinario Año 1997 Correo aéreo: Europa \$ 46 Ś Resto países Nombre Apellidos Piso Puerta Calle Número Provincia o país Código Postal Población Teléfono Profesión **FORMA DE PAGO** □ Por cheque nominativo adjunto N.º (indique con una X la forma de pago que le interese) a favor de LABOR HOSPITALARIA Por Giro Postal □ Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir ningún dato de los solicitados) Banco o Caja de Ahorros: Titular de la cuenta: **ENTIDAD OFICINA** DC NÚMERO DE CUENTA Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada: a:

a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

LABOR HOSPITALARIA

Hermanos de San Juan de Dios - Dr. Antoni Pujadas, 40 - Tel. 630 30 90 - 08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (BARCELONA)

n

a,

3. PACIENTE ANCIANO Y ATENCIÓN SANITARIA ¿UN PARADIGMA DE DISCRIMINACIÓN?*

J. M. Ribera Casado

Discriminar: dar trato de inferioridad a una persona o colectividad.

(DICCIONARIO DE LA LENGUA)

Los ancianos constituyen el segmento de población que está creciendo más en Europa y en España en el curso de los últimos años, y se prevé que esto va a seguir siendo así durante mucho tiempo. Este incremento lo es tanto en términos absolutos como relativos. Con datos del Plan Gerontológico Nacional podemos ver que los cuatro millones y medio de españoles que superaban los 65 años en 1984 se van a convertir en más de seis millones en el año 2010. Al mismo tiempo, las 900.000 personas con más de 80 en esa fecha se convertirán en 1.600.000 dentro de quince años¹. Estamos hablando de un colectivo que, además, cada vez alcanza esas edades en mejores condiciones psicofísicas, con mayor nivel cultural y con una conciencia más clara de sus derechos y de su capacidad reivindicativa.

Sin embargo, los ancianos continúan siendo, en gran medida, un grupo marginado. Lo son por parte del conjunto de la sociedad. También lo son –y este es el punto central de este capítulo– por quienes estamos expresamente encargados de atenderles en sus problemas de salud: el colectivo médico-sanitario. Existen datos objetivos en el propio anciano que nos pueden ayudar a entender por qué esto es así. Son datos fun-

* Capítulo II de *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Ribera Casado, J. M. y Gil Gregorio, P. Ed. Médicos, S.A. Madrid, págs. 19-32.



El doctor José Manuel Ribera participó en las Jornadas Nacionales de Pastoral Sanitaria.

damentalmente ligados a las limitaciones de todo tipo que tiene la persona mayor, limitaciones que son inherentes a la edad, pero que determinan una menor capacidad de defensa ante un medio social que les es hostil.

En efecto, el proceso de envejecer da lugar a una mayor fragilidad orgánica y a un aumento de la vulnerabilidad ante la enfermedad y, en general, ante cualquier tipo de agresión. Se producen limitaciones ligadas a la edad, tanto físicas, con pérdidas importantes en los distintos órganos y aparatos, como psicológicas y sociales. El nivel cultural de los ancianos como colectivo, pese a que cada vez llega a la vejez un mayor número de personas con algún tipo de estudios, sigue siendo más pobre que el de las generaciones siguientes. Sus condiciones de vida son, también, peores: están jubilados, lo que quiere decir que muchos viven solos, aislados, fuera de su medio, con mayores dificultades económicas o de comunicación, con escasos recursos para enfrentarse a los escollos de la vida diaria, con una vida que perciben vacía y, en buen número de casos, carente de objetivos concretos.

66 Los ancianos constituyen el segmento de población que está creciendo más en Europa y en España 99

Todo ello, unido a una mayor proporción de enfermedades y achaques de todo tipo, sitúa al anciano como individuo y como colectivo en una posición de evidente debilidad. Ayuda a entender, también, que muchos ancianos planteen objetivamente problemas a sus familiares y cuidadores, con frecuencia de solución difícil y que no siempre éstos asumen de buen grado. Evidentemente, lo dicho hasta aquí no justifica ningún tipo de rechazo en función de la edad, ni supone una discriminación en sí mismo. Sin embargo, puede ser un buen punto de partida para comprender por qué el anciano se convierte muchas veces, de hecho, en lo que con lenguaje poco académico podríamos denominar carne de discriminación.

DISCRIMINACIÓN SOCIAL

La discriminación social del anciano se plantea en la vida real de muy diversas formas y no es propósito de este capítulo llevar a cabo un análisis pormenorizado de las mismas. (tabla I). Quizás en el fondo la más importante sea la que se les impone en la práctica a la hora de poder decidir por sí mismos en cuestiones que les son tan fundamentales como el dónde vivir y la manera de hacerlo, la propia gestión de sus bienes de cualquier naturaleza, muchas decisiones sobre su salud, etc. Se les impide o dificulta el desarrollo a todos los niveles de uno de los principios básicos en bioética: el principio de autonomía.

Algunas otras formas de discriminación son objeto de comentarios en este mismo libro: los abusos y malos tratos, los obstáculos para poder decidir por sí mismos (de nuevo el ejercicio del derecho de autonomía), las barreras para el entendimiento intergeneracional y

TABLA I

Algunos ejemplos de discriminación social del viejo

- Limitación al ejercicio del principio de autonomía.
- Abusos y malos tratos.
- Falta de paciencia y comprensión.
- Barreras ciudadanas.
- Limitaciones a la convivencia intergeneracional.
- Limitaciones al ejercicio de determinados derechos.
- Ausencia de estudios sobre geronto-geriatría.
- Pobreza de recursos socialees (residencias, ayudas a domicilio, etcétera).
- Mala imagen en los medios de comunicación: gerontofobia.
- Lenguaje sectario.

para la convivencia ciudadana —barreras arquitectónicas y de todo tipo—, las limitaciones al ejercicio de determinados derechos como el de conducir un automóvil, y un etcétera muy largo.

Incluso la ausencia, o mínima presencia, que han tenido y tienen los estudios sobre geronto-geriatría en los planes curriculares de las facultades universitarias no deja de ser otra forma de discriminación. Esto es especialmente relevante en las facultades dedicadas a las ciencias de la salud y sobre todo en las de medicina, por la mala práctica que condiciona a la hora de tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas que se va a derivar de ello.

66 Se les impide o dificulta el desarrollo a todos los niveles de uno de los principios básicos en bioética: el principio de autonomía 99

Los ancianos, además, en una sociedad como la nuestra basada en el consumismo, no venden o vende poco. No les vamos a encontrar como protagonistas de los anuncios de televisión. Ahora se les empieza a tener algo en cuenta. Pero sólo en la medida en que van siendo considerados como grupo potencialmente consumista para determinadas industrias; el turismo sobre todo. Pero hasta para ello la imagen que se anuncia es la del joven. La imagen del viejo no atrae. Se toma como expresión de algo decadente, pasivo y sin futuro. En cirugía estética se habla de *gerontofobia* para definir la aversión hacia la imagen física del anciano que tienen muchas personas, incluidos en algunos casos los propios ancianos.

El lenguaje nunca suele ser inocente. En este caso puede ser una buena expresión del tipo de considera-

66 Cabría señalar la pobreza de recursos destinados a paliar los problemas de ubicación y manejo del anciano 99

ción que nuestra sociedad tiene por las personas mayores. Así, el diccionario Espasa de sinónimos recoge 22 de ellos para la palabra *viejo* y 33 para la palabra *anciano*. Cabe decir que más del 90 % de estos sinónimos son términos que se usan de forma habitual en el lenguaje coloquial, bien como insultos, bien con un carácter marcadamente despectivo².

A caballo entre lo social y lo asistencial cabría señalar la pobreza de recursos destinados a paliar los

66 Se puede reflexionar acerca de lo artificial que resulta establecer barreras basadas en la frontera de una edad concreta 99

et-

ni-

ó-

an

en

as

es

as

li-

de

va

la

de

de

e-

an

n-

re

es

na

11-

ra

10

problemas de ubicación y manejo del anciano. Las residencias, tanto de válidos como, sobre todo, asistidas, son muy pocas. La proporción de unas 2,5 camas por cada cien personas mayores de 65 años nos sitúa a la cola de Europa. Lo mismo cabe decir de otros apoyos sociales complementarios, como las ayudas a domicilio, los servicios de rehabilitación y recuperación, o la proporción de trabajadores sociales en relación con el número de ancianos.

El idioma inglés ha acuñado el término ageism, que podríamos traducir por ageísmo, viejismo (o etaísmo, como sugiere M. Reyes), como un ismo más para expresar esta discriminación. Se puede definir como el «prejuicio contra la edad». Es expresión también de hostilidad, antipatía e incluso odio al viejo por el hecho de serlo³.

AGEÍSMO, ETAÍSMO O VIEJISMO EN MEDICINA

En todo caso, el objetivo fundamental de este capítulo es analizar si esta discriminación se aplica también en el mundo de la salud, y concretamente si lo es por parte de nosotros, los médicos. Quizás la primera consideración relativa a este tema pudiera ser una reflexión acerca de lo artificial que resulta establecer barreras basadas en la frontera de una edad concreta. Los 65 años como edad de jubilación marcan también cambios muy llamativos en la teoría y en la práctica de los programas de salud. Suponen un cambio cualitativo y también cuantitativo a la hora de poder acceder a determinados servicios sociosanitarios, obligan a pagar pólizas de seguro más elevadas, limitan, injustificadamente como veremos, el acceso a determinadas técnicas diagnósticas o terapéuticas útiles y beneficiosas, etc. De hecho, en la práctica, se tiende muy a menudo a identificar vejez con enfermedad4.

La realidad es que no es cierto que se sea viejo a partir de un momento determinado. El envejecimiento es un proceso dinámico que se inicia al nacer y cuya cadencia varía extraordinariamente de unas personas a otras, e incluso de unos órganos a otros dentro de una misma persona. Está condicionado por variables de muy diverso tipo que solemos agrupar en tres grandes categorías: derivadas del paso del tiempo o fisiológicas, derivadas de los procesos morbosos (enfermedades, cirugía, etc.) a que ha estado sometido el individuo a lo largo de su vida, o consecuencia de factores ambientales y del tipo de vida que se ha llevado. Se habla con frecuencia de la *edad cronológica* y de la *edad biológica* como de dos realidades distintas. Lo cierto es que envejecer nunca es producto de un corte radical y esto es algo que el médico responsable del cuidado de un anciano siempre debiera tener presente.

La cuestión fundamental, que va a ser el eje de todo este capítulo, podría formularse de la manera siguiente:

¿Debe tenerse en cuenta el factor edad –cualquier edad– como un criterio definitivo, o al menos muy importante, cuando se trata de seleccionar a los potenciales beneficiarios de una decisión médica?

Para responder a esta pregunta hace falta conocer antes la respuesta a algunas otras cuestiones. La primera sería saber si esta discriminación basada en la edad se produce o no realmente en la práctica médica de todos los días. La segunda, muy ligada a la anterior, conocer si es verdad que la aplicación de cualquiera de estas medidas reportaría al anciano unos beneficios al menos equivalentes a los que produciría en el paciente más joven y, también, si estos beneficios podría lograrlos por otros medios el propio paciente anciano en el caso de prescindirse de ellas. Sólo en el caso de ser afirmativas las respuestas a estas dos cuestiones cabría entrar en la pregunta que encabeza este apartado. Una vez alcanzado ese punto, las consideraciones éticas, también probablemente, las que podríamos llamar de justicia y hasta las legales, pueden y deben tener cabida a la hora de elaborar una contestación.

Empezaré por justificar con ejemplos concretos procedentes de áreas muy distintas de actuación médica mi opinión afirmativa en lo que concierne a las dos consideraciones de partida que acabo de exponer.

El viejismo médico se expresa de muy diferentes formas y lo podemos encontrar en prácticamente todas las áreas de la atención clínica. También en otros campos más sutiles, como el de la investigación básica o aplicada. Muchas veces, además, como veremos, se parte de un a priori, de acuerdo con el cual se presupone que la edad debe ser una contraindicación para tal o cual decisión médica. Incluso se arguye a favor de tomar estas medidas con razones basadas en un supuesto beneficio del anciano: no molestarle, dejarle tranquilo, etc. En todo caso, casi siempre decidiendo—el médico o la familia—en su nombre y convirtiéndo-se, de esta forma, en intérpretes de su voluntad. Se

66 El envejecimiento es un proceso dinámico que se inicia al nacer 99

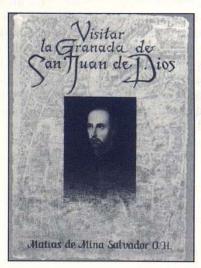
Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90
08022 BARCELONA

Novedad Bibliográfica

VISITAR LA GRANADA de San Juan de Dios



Nuestro querido hermano Matías de Mina, de todos conocido por su gran pasión investigadora de las cosas y loshechos de Juan de Dios, ha rastreado desde el primer día las huellas de San Juan de Dios en Granada. Lo cierto es que no hay rincón de la ciudad que le resulte extraño: archivos, bibliotecas, calles y edificios granadinos que han sido el escenario de su búsqueda tras la pista del Fundador de la Orden Hospitalaria.

Y es esto lo que nos describe en este nuevo libro *Visitar la Granada de San Juan de Dios:* las andanzas de Juan Ciudad en los lugares expresos donde ocurrieron y fue visto en sus quehaceres con los pobres y enfermos o pidiendo limosna.

On este libro se pretende que quienes lleguen a Granada movidos por la devoción al Santo encuentren unas acotaciones que les ayuden a seguirlos con firmeza histórica a la vez que, incluso por sí mismos, puedan orientar a otros a conocer los actos y parajes.

La primordial finalidad de este libro es alentar al devoto peregrino juandediano que quiera conocer los lugares donde ocurrieron las cosas pero, sobre todo, desea y anhela llevar a su consideración y afecto el significado, la ejemplar trascendencia de esas mismas cosas y hechos que aún hoy hablan de la caridad y entrega del Santo al servicio de los enfermos y marginados.

FUNDACIÓN JUAN CIUDAD - EDITORIAL COMARES GRANADA

TABLA II

Algunos ejemplos de discriminación en medicina

1. En atención primaria y promoción de la salud

- Falta de formación específica del médico.
- Exclusión de los programas de promoción de salud y de despistaje de enfermedades.
- Ausencia de estudios de intervención sobre factores de riesgo bien conocidos.
- Ausencia de ensayos clínicos farmacológicos sobre población anciana.
- Trato discriminatorio en los servicios de urgencia hospitalaria y en los criterios de hospitalización.

2. Acceso a las unidades especiales y a la alta tecnología

- Criterios de edad para ingreso en UVIS, UCIS, unidades coronarias, etc.
- Programas de diálisis.
- Procesos diagnósticos:
 - en radiología (TC, RNM, ecografías, ...),
 - · en cardiología (ergometrías, Holter, ecocardiogramas...),
 - · en medicina nuclear,
 - · en el laboratorio (técnicas sofisticadas),
 - · biopsias de determinados órganos (riñón, sobre todo),
 - · exploraciones endoscópicas.
- Cardiología intervencionista (ACTP y derivados).
- Radiología intervencionista (pruebas angiográficas, punciones dirigidas, quimioterapia radiológica, etc.).

3. Procederes terapéuticos habituales

- En cirugía: criterio de edad para:
 - · exclusión para determinadas indicaciones,
 - · confección de listas de espera,
 - establecimiento de prioridades.
- En oncología:
 - · protocolos de quimioterapia antitumoral,
 - establecimiento de prioridades.
- En la terapia farmacológica habitual:
 - no utilización de fármacos de eficacia comprobada en determinados procesos,
 - · no control del número de fármacos,
 - mayor descuido ante el riesgo de iatrogenia.
- En los tratamientos anticoagulantes. Reticencias ante:
 - · procederes fibrinolíticos,
 - anticoagulación oral.
 - · empleo de las distintas formas de heparina.

rompe también por esta vía el principio de autonomía comentado más arriba.

En la exposición siguiente voy a diferenciar tres grandes áreas que, evidentemente, no son las únicas, donde, a mi juicio, se manifiesta de forma muy clara esta discriminación –este *ageísmo*–. Lo voy a hacer tomando como ejemplos muy diversos campos, aunque me centraré especialmente en el de la cardiología, ya que, tal vez, sea una de las especialidades con modelos más expresivos en este sentido⁶. Las tres grandes áreas que voy a comentar son:

 a) La atención primaria, incluyendo dentro de ella temas como promoción de salud en la comunidad o

- análisis de cuestiones referentes a epidemiología y factores de riesgo.
- b) La posibilidad de acceso a lo que suele conocerse como alta tecnología y a unidades especiales; y
- c) Las diferentes formas de actuación terapéutica, especialmente en el campo de la farmacología (tabla II).

Atención primaria y promoción de la salud

El anciano, como cualquier otro ciudadano, debe ser atendido en primera instancia en el marco de lo que hoy conocemos como atención primaria. De hecho, según se desprende de algunas encuestas llevadas a cabo con médicos que actúan en este terreno, aproximadamente la mitad de los pacientes atendidos en los centros de salud por los médicos de atención primaria, son personas de más de 65 años 7. La primera discriminación, probablemente surge de la falta de formación específica que estos médicos tienen en todo lo referente a los cambios ligados al hecho de envejecer, así como de su ignorancia sobre las peculiaridades en la semiología y en el tratamiento de las enfermedades de

66 La discriminación por edad, ¿se produce o no, realmente en la práctica médica de todos los días?

los ancianos. Es algo de lo que también se quejan los profesionales que trabajan en atención primaria. Nada de ello se ha enseñado hasta ahora en las facultades de medicina.

En segundo lugar, un reciente trabajo llevado a cabo en el Reino Unido hace énfasis en algo que probablemente también es perfectamente aplicable a otros países, entre ellos el nuestro⁸. Se señala que, en aquel país los ancianos han sido ampliamente excluidos, implícita o explícitamente, de la mayor parte de actividades concernientes a la promoción de salud en la comunidad, así como de los estudios diseñados para identificar factores de riesgo de diferentes enfermedades:

Son comunes desde hace muchos años los programas de salud dirigidos a lo que se considera población en riesgo: niños, adolescentes, embarazadas, o incluso, en algunos casos, a la población en general. Sólo muy recientemente empiezan a diseñarse programas en algunas áreas de salud para la población que probablemente sea la que está más en riesgo, la población anciana. Estos programas suelen iniciarse generalmente en aquellos sitios donde, por existir unidades o servicios de geriatría en el hospital de referencia, cabe pensarse en un mayor grado de sensibilización.

Un buen ejemplo de exclusión de los ancianos en muchos de estos programas sería el referido a la prevención del cáncer de mama. Se trata de un tumor maligno de alta prevalencia en la edad avanzada y para el que existen en casi todos los países programas de pre-

vención basados en campañas de detección precoz. Bien, pues también con bastante frecuencia se pone el tope de los 65 años a la hora de seleccionar las mujeres a quienes estas campañas están dirigidas8.

No se trata de un hecho anecdótico ni referido a otros países. En las últimas semanas (enero-febrero de 1995), en nuestro propio país, algunos geriatras nos hemos visto obligados a protestar ante las autoridades sanitarias por estarse proponiendo, muy seriamente, por parte de las comisiones nombradas al efecto entre profesionales de atención primaria, el interrumpir a los 65 años las campañas sanitarias dedicadas a la detección y control precoz de distintas enfermedades, algu-

66 El viejismo médico se expresa de muy diferentes formas y lo podemos encontrar en prácticamente todas las áreas de la atención clínica 99

nas tan comunes -y tan tratables- en el individuo de edad avanzada como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus.

En la misma línea cabe denunciar por lo espectacular la falta de estudios de intervención diseñados con población anciana. Tomando como ejemplo la patología cardiovascular, es llamativa la falta de información acerca de los eventuales beneficios que podría suponer reducir los factores de riesgo clásicos y perfectamente identificados en este terreno (colesterol elevado, consumo de tabaco, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, etc.). Con algunas excepciones bastante recientes y casi exclusivamente centradas en el campo de la hipertensión arterial, la mayor parte de los estudios de intervención se detienen a los 60-65 años. Es el caso, por ejemplo, del estudio Whitehall, del que procede buena parte de la evidencia de los beneficios derivados de la corrección de estos factores de riesgo, y que se centra -como casi todos- en población con edad laboral 9-10. Una confirmación muy llamativa de lo que aquí se dice es la imposibilidad de encontrar en la literatura médica un solo estudio acerca de los eventuales beneficios que una reducción de las tasas de colesterol elevadas representaría (o no) para la población anciana.

En una línea muy parecida cabría denunciar la práctica ausencia de ensayos clínicos con fármacos que incluyan personas viejas o muy viejas. Este hecho es especialmente sangrante si tenemos en cuenta que son precisamente las personas mayores quienes más fármacos consumen y que, además, en muchos casos los prospectos hacen referencias concretas a las peculiaridades de este colectivo. Probablemente la mayor dificultad para llevar a cabo estos ensayos y el mayor coste que representaría (selección más difícil de pacientes, seguimiento más laborioso, menor grado de colaboración, etc.) puede explicar este hecho. En otro capítulo se aborda extensamente esta cuestión.

Todavía cabría citar antes de cerrar este epígrafe la constatación del trato discriminatorio que reciben, en muchos casos, los ancianos en nuestros servicios de urgencias hospitalarios. Suelen ser los últimos atendidos, de los que nadie quiere hacerse cargo, y a los que más tiempo se retiene. Como contrapartida, suelen ser también los que muestran tener en mayor medida una patología aguda, por lo que ingresan en el centro en una proporción más alta. Ello, paradójicamente, justifica el mayor fundamento con que este colectivo recurre a la urgencia hospitalaria. Tampoco suelen ser aceptados de buen grado por los profesionales encargados de su atención -médicos o no- una vez que han ingresado en una unidad de hospitalización.

La propia administración ha utilizado con frecuencia un argumento que, además de rotundamente falso, es claramente egoísta, para justificar el hecho de no favorecer la puesta en funcionamiento de unidades o servicios de geriatría en los hospitales. «Se nos llenarían de viejos», dice. Aunque no sea éste el lugar apropiado para discutir a fondo este punto, permítaseme una disgresión. La realidad es muy otra. Los viejos van a los hospitales cuando tienen un proceso agudo, llevados por sus familiares o por sus propios médicos de atención primaria. El que haya o no servicios de geriatría en ellos, lo único que añade es la posibilidad de prestar una atención más profesionalizada y eficaz a aquellos que la puedan necesitar en una mayor medida.

Acceso a unidades especiales y a la alta tecnología

Quizá el ejemplo más típico de discriminación, y el más fácil de entender, es el que se deriva de la aplicación -o no aplicación- a este colectivo de las tecnologías nuevas y, normalmente, caras, que surgen cada día en el campo de la medicina. También el acceso a unidades especiales se puede inscribir en el mismo marco. El acceso a unidades especiales (UVIS, UCIS, Unidades coronarias, Unidades de diálisis, etc.) representa una de las limitaciones que la medicina y los médicos aplican casi de forma sistemática al paciente que ha superado una determinada edad. En España, una encuesta dirigida a los médicos que trabajan en unidades coronarias pone de manifiesto que aproximadamente uno de cada cuatro utiliza el criterio de edad a la hora de aceptar pacientes en la unidad11. Evidentemente, muchos más hacen lo mismo, aunque no lo confiesen.

Ejemplos similares se encuentran también en otros países. En el Reino Unido un estudio muy parecido llevado a cabo en 1992 puso en evidencia que la quinta parte de las unidades coronarias tenían la edad entre sus barreras formales a la hora de establecer políticas de admisión 12. Y lo mismo ocurre en los Estados Unidos, donde otra encuesta llevada a cabo en Chicago entre intensivistas utilizando supuestos clínicos



«Los ancianos continúan siendo un grupo marginado por parte del conjunto de la sociedad».

conduce, igualmente, a la conclusión de que la edad es un factor negativo cuando se trata de establecer los criterios de admisión ¹³.

Sin embargo, sabemos que el anciano se beneficia, al menos en la misma medida que el paciente más joven, de la monitorización de su función cardiaca tras un infarto agudo de miocardio (IAM), o de la aplicación de las medidas terapéuticas derivadas de las posibilidades que estas unidades pueden ofrecer. Curiosamente, son los mismos trabajadores de estas unidades los primeros que se saltan las barreras de edad cuando el enfermo es su propio padre o su propia madre. Añádase a ello que, con frecuencia, estas unidades mantienen camas vacías, bien en espera de otros eventuales pacientes de menor edad, bien para aplicarlas a determinados protocolos de estudio.

Las unidades de diálisis constituyen otro de los grandes epígrafes médicos donde se manifiesta el viejismo. Como muy bien sañala Moss, «resulta una ironía que aquellos pacientes que fueron en un principio específicamente excluidos de la diálisis, los ancianos, sean ahora el grupo de población que más rápidamente ha crecido a la hora de incorporarse a esta técnica» ¹⁴. En efecto, en los años sesenta el Seatle Artificial Kidney Center utilizaba la edad, expresamente, como un criterio de selección para la diálisis, y hasta 1980 eran muy pocos los pacientes admitidos a un programa en el Reino Unido ¹⁵. Se trataba de un recurso caro y

escaso, y se asumía que los ancianos no se beneficiaban del tratamiento. Más tarde se ha visto que muchos ancianos toleran bien la técnica y logran mejoras en su expectativa de vida que no obtendrían por otros procedimientos ¹⁶.

Así pues, hoy las cosas han cambiado. El registro nacional de los Estados Unidos correspondiente a 1993 pone de manifiesto que los mayores de 65 años muestran las tasas más altas de enfermedad terminal renal entre los pacientes que son admitidos a un programa de diálisis ¹⁷. Los propios nefrólogos americanos en una encuesta de ámbito nacional colocan la edad en el último lugar en importancia entre cinco posibles razones para iniciar o interrumpir la diálisis ¹⁸.

La cardiopatía isquémica y dentro de ella el IAM, ofrece otro buen ejemplo sobre cómo se discrimina al anciano, tanto en lo que respecta a la selección de los procederes diagnósticos, como, sobre todo, en las opciones terapéuticas. La literatura médica de los últimos años es muy rica en ejemplos de este tipo. Así se pone de manifiesto en un trabajo muy amplio donde se revisan las actitudes mantenidas por los médicos de un sistema público de atención sanitaria en los Estados Unidos. (el Medicare). Para ello toma como base de análisis un número muy elevado de pacientes, 50.793, de 65 o más años, con IAM. Las conclusiones a las que llega este estudio son las siguientes: la práctica de estudios angiográficos coronarios y el empleo de téc-

nicas de revascularización (cirugía coronaria o angioplastia percutánea) disminuyen con la edad, con independencia a cualquier otra variable analizada. Se trata de un fenómeno que ocurre lo mismo –y esto es significativo– a las mujeres en relación con los hombres y a los negros con respecto a los blancos¹⁹.

Otro estudio muy amplio llevado a cabo en aquel país, el SHEP (Systolic Hipertension in the Elderly Program), muestra, igualmente, que entre los pacientes con hipertensión sistólica que desarrollaron cardiopa-

66 Los ancianos son ampliamente excluidos de la mayor parte de actividades concernientes a la promoción de la salud en la comunidad 99

tía isquémica, la proporción de sujetos sometidos a técnicas de revascularización (cirugía coronaria o angioplastia), descendía también con la edad: 22,4 % entre aquellos con edades de 60 a 75 años, a sólo un 11,7 % para los que superaban esta edad (p = 0,005) 20 .

Todavía dentro de este capítulo de la aplicación de la «alta tecnología» a la cardiopatía isquémica cabe señalar como ejemplo típico de discriminación no justificada y basada inicialmente en un apriorismo, la forma en la que se ha venido utilizando la «Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea» (ACTP). Se trata de un fenómeno muy curioso. Cuando Gruentzig en 1977 introdujo esta técnica, se estableció, por uno de esos apriorismos que antes mencionaba, que la edad superior a los 65 años era una contraindicación para la misma. Pocos años después se pudo comprobar que el grupo de población más anciana mostraba, al menos, tan buenos resultados como el más joven, con un menor riesgo proporcional y un número mínimo y equivalente de complicaciones 21. Se llegaba a afirmar que se trataba de una «solución pensada para el anciano 22.

Las estadísticas de la Clínica Mayo en este punto son muy expresivas. Hasta 1980, los mayores de 65 años constituían el 11,1 % del total de pacientes a este proceder y no había ninguno que superase los 75 años. En 1988, los de 65 o más años eran ya mayoría, el 53 %, y el 18 % superaban los 75 años ²³. Añádase a ello que esta buena respuesta se ha venido observando en todo tipo de indicaciones clínicas, incluido el angor postinfarto ²⁴, y que los resultados en el seguimiento a largo plazo son también excelentes y comparables a los de la población más joven ^{23, 25}.

La lista de ejemplos en los que el anciano resulta relegado en este terreno puede ser mucho más amplia. Va desde la reticencia y el retraso con que se le admite a determinadas exploraciones radiológicas, de medicina nuclear o de laboratorios más o menos especializados (TC, RNM, SPECT, densitometría, estudios funcionales con isótopos, determinaciones hormonales, etc.), hasta las dificultades de todo tipo que ponen

algunos especialistas para llevar a cabo exploraciones cuya indicación nunca cuestionarían en pacientes de otras edades (biopsias renales, test de función cardiaca como Holter o ergometrías, exploraciones endoscópicas, etc.).

Otros procederes terapéuticos habituales

Voy a dejar fuera de este análisis los comentarios referidos a la cirugía por ser un tema que se aborda de forma independiente en otro capítulo. Sin embargo, conviene insistir que se trata de uno de los campos donde la discriminación se manifiesta de una manera más nítida e injustificada. Las formas de expresión del «viejismo» por parte de los cirujanos van desde la confección y supresión de las célebres listas de espera, hasta, sobre todo, los criterios para establecer las indicaciones quirúrgicas concretas.

Como botón de muestra dentro del campo cardiológico destacaré la práctica ausencia de estudios randomizados específicamente diseñados para la población anciana en la cirugía coronaria ²⁶, a pesar de los excelentes resultados que se obtienen en este segmento de población en los escasos estudios que comparan viejos y jóvenes ²⁷, o de aquellos trabajos que, desde hace ya bastantes años, vienen demostrando esta buena respuesta, tanto inmediata como tardía, en pacientes con edades muy avanzadas ²⁸⁻³⁰.

66 Cabría denunciar la práctica ausencia de ensayos clínicos con fármacos que incluyan personas viejas o muy viejas 99

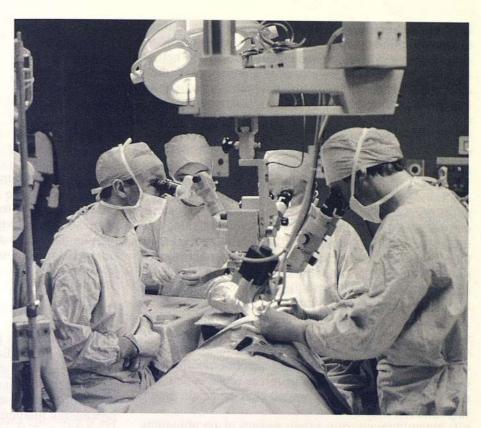
Dentro del capítulo del manejo del anciano con IAM resulta especialmente significativo lo que ocurre con el tratamiento trombolítico. Se trata de una técnica que, al igual que la ACTP, cuando se consagró al principio de los años 80 excluía por definición a los pacientes con más de 65 años. Muy pronto se ha visto, en trabajos multicéntricos, aleatorios y con un elevadísimo número de pacientes, que es precisamente en este grupo etario donde las ventajas relativas de la misma

TABLA III

Estudios con fármacos en el IAM
que excluyen pacientes por razones de la edad

 Antagonistas del calcio 	75 %	- 112
- Trombolíticos	73 %	
 Vasodilatadores 	72 %	
- Nitratos	64 %	
 Beta bloqueantes 	55 %	
 Anticoagulantes 	52 %	
 Antiagregantes 	45 %	
 Antiarrítmicos 	37 %	

Gurwitz et al. JAMA 1992: 268: 1417.



«La cirugía es uno de los campos donde la discriminación se manifiesta de una manera más nítida e injustificada».

son mayores ³¹. En el momento actual cabe afirmar que las contraindicaciones para administrar fibrinolíticos a los ancianos, incluso a los de más de 75 años ³², deben ser exactamente las mismas que las aplicables a la población más joven ³³⁻³⁴. Un metaanálisis de nueve de los ensayos más importantes, que suman en su conjunto 58.600 pacientes, es absolutamente concluyente en cuanto a los beneficios a largo plazo de esta forma de tratamiento ³⁵.

Sin embargo, todavía siguen apareciendo trabajos llevados a cabo en centros de primer orden donde se mantiene la discriminación. Así, un estudio con 261 pacientes consecutivos llevado a cabo en San Luis muestra que los mayores de 70 años van a tener tres veces menos probabilidades de recibir tratamiento trombolítico que los menores de esa edad ³⁶. Otro estudio multicéntrico, el MITI (Myocardial Infarction, Triage and Intervention), llevado a cabo sobre 3.256 pacientes con IAM, muestra que recibieron tratamiento trombolítico el 29 % de los menores de 75 años, por sólo el 5 % de los que superaban esta edad ³⁷.

En España, también se ha practicado y se practica este tipo de discriminación. Sin embargo, la evidencia de los beneficios que este proceder terapéutico conlleva en la población anciana, está modificando en muchos centros la política discriminatoria anterior ³⁸⁻³⁹.

Otras formas de tratamiento farmacológico en el IAM complementarias a la trombólisis y cuya utilidad ha sido demostrada en la literatura son, también, aplicadas en menor medida a la población anciana sin otra explicación aparente que el criterio de edad ⁴⁰. Un inte-

resante metaanálisis sobre 214 ensayos muy seleccionados aparecidos en la literatura médica acerca del manejo del IAM muestra que en el 60 % de los casos se utilizaba la edad a la hora de establecer los criterios de inclusión en el ensayo. En la tabla III se presenta la proporción de estudios que excluían ancianos en función del tipo de fármacos. Junto a los elevados porcentajes globales encontrados, llama la atención el hecho de que sean los tratamientos con aquellos fármacos que han demostrado ser altamente eficaces en los ancianos y con mínimos o nulos efectos secundarios (los calcioantagonistas, los vasodilatadores o los ya comentados agentes trombolíticos) los que aparecen encabezando la lista 41.

Este mismo análisis muestra que el problema no ha decrecido en los últimos años. Los estudios llevados a cabo después de 1980 utilizan en mayor medida el criterio de edad como forma de discriminación que los llevados a cabo antes de esa fecha 41.

Vemos, pues, que la discriminación también se manifiesta a la hora de prescribir determinados fármacos, especialmente cuando se trata de grupos farmacológicos con un margen terapéutico estrecho o con cierto riesgo de efectos secundarios. Muchos de ellos, aunque puedan ofrecer indudables beneficios y tengan una eficacia contrastada, han sido también excluidos en numerosos casos del armamentario terapéutico del anciano.

Como otro ejemplo muy típico voy a centrarme en los anticoagulantes ⁴², cuyo empleo en determinados lugares –por ejemplo, en mi propio hospital– se en-

cuentra restringido en la práctica tanto por la autolimitación que ponen a su prescripción bastantes médicos, como por las dificultades que suelen poner los hematólogos responsables de su control. En este caso, como en muchos otros, probablemente podría hablarse de una discriminación basada en la ignorancia más que en una actitud *egoísta* propiamente dicha.

Tanto la heparina en sus diversas formas como los anticoagulantes orales mantienen, sin embargo, en el paciente anciano las mismas indicaciones que en el joven, y la edad no debe ser nunca, en sí misma, una contraindicación para su uso. Ello no excluye la certeza de que vamos a encontrar entre la población anciana una prevalencia más alta de contraindicaciones de índole general, tanto médicas (hemorragias recientes, úlceras activas, insuficiencia renal avanzada, hepatopatía severa, etc.), como sociales (imposibilidad de un control adecuado, rechazo al tratamiento o falta de colaboración manifiesta).

De hecho, determinadas formas de terapia heparínica (p. ej. las heparinas de bajo peso molecular) se vienen utilizando cada vez más, de forma sistemática, en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica ante determinadas situaciones quirúrgicas (cirugía abdominal o fracturas de cadera) que afectan especialmente a la población mayor.

66 Cabe citar la constatación del trato discriminatorio que reciben, en muchos casos, los ancianos en nuestros servicios de urgencias 99

Esta necesidad de no-discriminar en función de la edad reviste especial relevancia en el momento actual en el campo de la profilaxis de otra forma de enfermedad tromboembólica: la que tiene su origen en la fibrilación auricular sin lesión valvular. Numerosos estudios cooperativos publicados en los últimos años ⁴³⁻⁴⁷ y en muchos casos interrumpidos prematuramente ante la disparidad de respuestas entre los casos anticoagulados en relación con los placebos, han puesto de manifiesto, con evidencia absoluta, la necesidad de anticoagulación oral estable con dosis bajas ⁴⁸ en esta situación.

La población analizada en todos estos estudios tiene una media de edad en torno a los setenta años, o por encima de esa edad. Estos beneficios se han demostrado incluso para pacientes que ya han presentado evidencia clínica de enfermedad vascular cerebral ⁴⁷. Ninguno de estos trabajos evidencia una respuesta peor en el paciente de más edad, ni un incremento prohibitivo de sus riesgos de sangrado. Por el contrario, todos ponen de manifiesto que el paciente anciano se beneficia de manera muy importante de esta actitud terapéutica.

Razones de espacio hacen que no entre a comentar aquí la utilización del criterio de edad en el campo 66 Parece bastante obvio que la medicina y los médicos discriminamos al anciano en base a su edad 99

de la oncohematología, y, concretamente, a la hora de aplicar protocolos de quimioterapia antitumoral. La realidad es que los pacientes mayores reciben con menor frecuencia terapia antitumoral adecuada ⁴⁹. También, que el empleo de la misma no ha recibido el estudio necesario durante la evolución de la oncología ⁵⁰. Baste señalar que la norma del apriorismo también funciona en este terreno y que, habitualmente, al anciano sólo se le toma en consideración cuando los protocolos han demostrado su eficacia de forma indiscutida y durante mucho tiempo en pacientes más jóvenes.

CONSIDERACIONES FINALES

Retomando las preguntas iniciales, parece bastante obvio que la medicina y los médicos, efectivamente, discriminamos al anciano en base a su edad. Hacemos ageísmo por una u otra razón. También resulta evidente que el anciano se puede beneficiar de muchos de los procederes médicos que se le niegan, en medida análoga al beneficio que obtienen las personas más jóvenes, y que, en todo caso, muchas de estas medidas contribuyen a prolongar la vida del anciano y a mejorar su calidad en términos absolutos cuando se les compara con lo que ocurre a grupos de población homogéneos de edades equivalentes y a los que se priva de los eventuales beneficios de estos procederes.

Admitido, creo que de forma inequívoca, que al anciano se le discrimina en medicina en función de su edad, todavía caben algunas consideraciones acerca del por qué se produce esta discriminación.

Algunas razones ya se han dado y van en paralelo a las apuntadas al hablar de la discriminación social. Ciertamente, el anciano por el hecho de serlo presenta más indefensión ante una sociedad que –también en el plano estricto de la salud– sigue siéndole hostil. Pero hay otras posibles explicaciones adicionales ⁵¹. Entre ellas cabría señalar las siguientes.

- Miedo a las reacciones adversas que, pueda originar el tratamiento farmacológico y miedo a las complicaciones de otras formas de tratamiento. Se trata de un tipo de argumento muy común entre los médicos. En el primer caso se encuentra bastante ligado a la ignorancia acerca de las modificaciones farmacodinámicas y farmacocinéticas que se han producido en el organismo del anciano. En la práctica, un buen conocimiento de estos cambios y un seguimiento cuidadoso por parte del médico viene a igualar este riesgo con el que tendría el grupo de población más joven 52. Más o menos lo mismo cabe decir con respecto al segundo punto.
- Información escasa acerca de las indicaciones o riesgos de una determinada actuación sobre el anciano.

Un ejemplo típico de ello lo constituye la discriminación ya comentada acerca del empleo de tratamientos anticoagulantes.

Las actitudes de los médicos. Aquí cabría incluir desde aquellas que podríamos considerar típicamente egoístas, derivadas de un rechazo directo al viejo, hasta las que tienen su base en un pietismo mal entendido que suele refugiarse en argumentos como el de que «para qué vamos a molestarle». Entre medias cabe incluir una amplia gama de posibilidades, muchas de las cuales pueden articularse en torno a los deseos del médico, más o menos conscientes, de huir de unos enfermos que plantean más problemas y suelen ser más molestos, laboriosos y complicados.

n

S

S

í-

--

u

a

S

S

u

a

a

a

el

e

Э.

Las actitudes de los propios enfermos y de sus familiares. La sensación de que ya se ha vivido mucho o de que «no merece la pena» sigue estando bastante extendida. También, como en el caso de los médicos, el miedo a eventuales complicaciones o a los efectos secundarios.

Llegamos, de nuevo –y por fin–, al punto clave que expresábamos al principio. ¿Debe tenerse en cuenta el factor edad –cualquier edad– como un criterio definitivo, o al menos muy importante, cuando se trata de seleccionar a los potenciales beneficiarios de una decisión médica? La respuesta no puede ser otra que un no rotundo. Existen muchas razones para ello. Voy a señalar algunas de ellas e invito al lector a que las coloque en el orden de importancia que estime más adecuado e incluso a que rechace las que no le parezcan válidas, o añada otras que aquí no se expresan (tabla IV).

En primer lugar, argumentos éticos. Aquí cabría recordar el juramento hipocrático que nos habla de que no debe haber diferencias a la hora de aplicar los conocimientos médicos. También, sin llegar tan lejos, son muy numerosas las declaraciones de diversas instituciones en este sentido. Recogeré simplemente, a modo de ejemplo, la recomendación emanada de la Asamblea General del Comité de Médicos de la Unión Europea, que dice: «los derechos de las personas mayores son idénticos a los del resto de los ciudadanos. Las personas mayores deben tener el mismo acceso a los sistemas de salud que cualquier otro ciudadano, sin ningún tipo de restricción» 53.

Junto a ellas, las razones que podríamos llamar de justicia y de derecho. Ciertamente, tanto la Constitu-

TABLA IV Algunas razones-tipo para no discriminar

- Éticas
- De justicia
- De derecho
- Médicas-clínicas
- Sociodemográficas
- Científicas
- De sentido común

ción Española como la Ley General de Sanidad y el resto del cuerpo legislativo español no dejan resquicio a ningún tipo de discriminación entre los ciudadanos en función de la edad. Sería lamentable que llegara el momento en que el anciano o sus representantes tuvieran que recurrir a argumentos legales para exigir sus derechos en este terreno. En todo caso, no conviene olvidar que esto es algo que puede llegar a producirse y que ocurre ya en otros lugares. También este punto se comenta en otra parte del libro.

En este epígrafe de la justicia cabría incluir, igualmente, un argumento no desdeñable, utilizado con frecuencia por algunos ancianos cuando, para justificar sus peticiones de atención sanitaria, afirman que son los ciudadanos que más tiempo se han pasado cotizando a la seguridad social. Un buen ejemplo de este tipo de actitud –discriminatoria desde sectores representativos de la sociedad, reivindicativa desde la perspectiva del anciano– lo constituye una «carta al director»

66 El anciano se puede beneficiar de muchos de los procederes médicos que se le niegan 99

aparecida en la prensa diaria muy recientemente. En ella un pensionista contesta a la afirmación siguiente expresada días antes en el mismo periódico por un letrado del Consejo de Estado en un artículo titulado *Bienestar en crisis*.

Decía el autor del artículo: «...doce millones de trabajadores activos mantienen a su costa a seis millones y medio de pensionistas...». Responde el pensionista: «...a mí nadie me mantiene, puesto que desde mi temprana edad, doce años, he trabajado y cotizado de forma obligatoria en las instituciones correspondientes...» ⁵⁴.

Los argumentos sociodemográficos tampoco son desdeñables. No se puede excluir de ningún posible beneficio médico a un colectivo que representa ya más de un 13 % de la población y que es, además, el que mayor demanda sanitaria genera. Tampoco existe ninguna razón lógica para poner una edad límite concreta a las prestaciones sanitarias.

Un cuarto cuerpo argumental sería el basado en las razones directamente médicas. Ya he señalado que la ignorancia de muchos médicos sobre los principios de la geronto-geriatría puede explicar algunas actitudes etaístas. En un plano superior cabe situar la realidad objetiva de la falta de estudios suficientes en este grupo de población que puedan ofrecer respuestas contrastadas ante muchos de los actos médicos en los que se practica la discriminación. El que no sepamos cómo va a responder un anciano, no nos exime de aplicarle procederes potencialmente útiles. De hecho, ya se ha señalado a lo largo de este capítulo que muchas actitudes clínicas discriminatorias en base a la edad

han sido barridas por el tiempo ante la evidencia posterior de unas respuestas médicas favorables.

Las razones puramente científicas basadas en nuestra ignorancia de hoy sobre cómo se comporta el viejo ante tal o cual situación, y en la potencial respuesta positiva que la investigación gerontológica pueda darnos mañana a esa pregunta, debe hacernos reflexionar y ser cautos en este terreno.

Por último (last, but not least), nunca está de más recurrir al sentido común. ¿Dónde ponemos la barrera? ¿Por qué los 65 años y no los 70 o los 80? Ante una población que envejece más y más, que se va haciendo más numerosa y que llega cada vez en mejores condiciones de salud hasta edades muy avanzadas, ¿cabe imaginar que debamos ir ampliando o reduciendo cada cierto tiempo las indicaciones o contraindicaciones de determinados actos médicos? También he comentado lo variable e individual que resulta la *cadencia* del proceso de envejecer.

En todo caso, el sentido común nunca viene mal y puede aplicarse en ambas direcciones. La edad en sí mismo nunca debe constituir una contraindicación para nada. Junto a ello es cierto, también, que las contraindicaciones generales ante cualquier acto médico se van a encontrar en mayor medida entre los pacientes mayores. La defensa que en este capítulo se hace de la no-discriminación en función de la edad nunca debe interpretarse como una bula para entrar en eso que llamamos encarnizamiento terapéutico, ni como una venda en los ojos que permita omitir una reflexión sosegada acerca de las consideraciones obvias que el hecho de ser anciano lleva consigo a todos los niveles.

Por eso está bien terminar hablando de sentido común y recordar que en geriatría, más que en ninguna otra especialidad, las decisiones siempre tienen que ser «a la medida», teniendo muy en cuenta las características individuales más específicas de cada paciente. Son los que más han vivido. Los que en mayor medida han diversificado sus trayectorias personales. Consecuentemente, son aquellos pacientes que mayores diferencias van a mostrar entre sí aunque padezcan un mismo proceso morboso. Por todo ello, tal vez no sea ocioso aplicar también aquí aquella variante de la máxima evangélica que habla de actuar ante su paciente anciano de la misma forma que usted desearía lo hicieran con usted al llegar a esa edad.

BIBLIOGRAFÍA

- Plan Gerontológico Nacional. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 1993.
- Gran diccionario de sinónimos y antónimos Espasa (2.ª ed.). Madrid. Espasa Calpe, 1989.
- CURRIE, C. T.: Doctors and ageism (editorial). Br. Med. J. 1987; 295: 1586.
- LAUDER, W.: Health promotion in the elderly. Br. J. Nurs. 1993; 3: 401-404.

- MACMAHON, D. G.: What's so special about being 65? The challenge facing eldercare departments. J. R. Soc. Med. 1994; 87: 80-82.
- RIBERA, J. M.: Biases in geriatric cardiology: a form of ageism. Eur. J. Gerontol. 1992; 1: 331-333.
- LÁZARO, M., MORENO, L., GONZÁLEZ-ESTEBAN, J. y RIBERA, J. M.: La geriatría vista desde la atención primaria. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1994; 29 (supl. 1): 24.
- VÍCTOR, C. R. y HIGGINSON, I.: Effectiveness of care for older people: a review. Qualth Health Care 1994; 3: 210-216.
- BRUNNER, E. J., MARMOT, M. R. y WHITE, I. R. et al.: Gender and employment grade differences in blood cholesterol, apolipoproteins and haemostatic factors in the Whitehall II study. Atherosclerosis 1993; 102: 195-207.
- MARMOT, M.: Epidemiological approach to the explanation of social differentiation in mortality. The Whithehall studies. Soz. Prevent. Med. 1993; 38: 271-279.
- REYES, M., LÓPEZ, M. R., LÓPEZ-SENDON, J. L., MARTÍNEZ, E. y SARABIA, M. C.: Unidades coronarias en España: Recursos humanos. Médicos y personal de enfermería. Organización y actividades de formación. Rev. Esp. Cardiol. 1991; 44 (supl. 1): 22.
- 12. DUDLEY, N. J. y BURNS, E.: The influence of age on policies for admission and thrombolysis in coronary care units in the United Kingdom. Age Ageing 1992; 21: 95-98.
- 13. NUCKTO, T. y LIST, N. D.: Age as factor in admission to critical care units. J. Am. Geriatr. Soc. 1994; 42: SA61.
- MOSS, A. H.: Dialysis decisions and the elderly. Clin. Geriatr. Med. 1994; 10: 463-473.
- 15. TAPSON, J. S., RODGER, R. S. C. y MANSEY, H. Y. et al.: Renal replacement therapy in patients aged over 60 years. Postgrad. Med. J. 1987; 63: 1071-1077.
- ROY, A. T. JOHNSON, L. E. y LEE, D. B. N. et al.: Renal failure in older people. J. Am. Geriatr. Soc. 1990; 38: 239-243.
- United States Renal Data System: USRDS 1993 Annual Report. Bethesda. MD. The National Institutes of Health. National Institute of Diabetes. Digestive and Kidney Diseases, 1993.
- HOLLEY, J. L. FOULKS, C. J. y MOSS, A. H.: Nephrologist's reported attitudes about factors influencing recommendations to iniciate or withdraw dialysis. J. Am. Soc. Nephrol. 1991; 1: 1284-1288.
- UDVARHELYI, I. S., GATSONIS, C. y EPSTEIN, A, M. et al.: Acute myocardial infarction in the medicare population. JAMA 1992; 268: 2530-2536.
- BEARDEN, D. ALLMAN, R., MCDONALD, R., MILLER, S., PRESSEL, S. y PETROVICH, H.: and the Shep Cooperative Research Group. Age race and gender variation in the utilization of coronary artery bypass surgery and angioplasty in SHEP. J. Am. Geriatr. Soc. 1994; 42: 1143-1149.
- 21. RIBERA, J. M.: Cardiopatía isquémica en el anciano. Idepsa. Madrid, 1991.
- MARTÍNEZ ELBAL, L. y DELCAN, J. L.: Angioplastia coronaria transluminal percutánea. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1986; 21: 193-196.
- 23. THOMPSON, R. C., HOLMES, D. R., GERS, B. J., MOCK,

- M. B. y BAILEY, K. R.: *Percutaneous transluminal coronaria angioplasty in the elderly: Early and long term results.* J. M. Coll. Cardiol. 1991; *17*: 1245-1250.
- 24. IÑÍGUEZ, A., MACAYA, C., ALFONSO, F., HERNÁN-DEZ, R., GOICOLEA, G., RIBERA, J. M. y ZARCO, P.: Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty for Post-infarction angina in Elderly Patients. Age Ageing 1993; 22: 31-36.

5?

c.

of

n-

29

re

4;

1.:

od

rs

2:

he

as

de

n.

0-

re

to

1.

n.

50

al

8:

al

of

nd

1 :

n-

is.

et

u-

R,

a-

C.

0.

ia

tr.

- MACAYA, C., ALFONSO, F., INÍGUEZ, A. y ZARCO, P.: Long-term clinical and angiographic follow-up of Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty in Patients over 65 years old of age. Am. J. Cardiol. 1990; 66: 1513-1515.
- CANVER, C. C., KRONCKE, G. M., NICHOLS, R. D., HEISEY, D. M., MURRAY, E. L. y MENTZER, R. M.: Coronary artery bypass surgery in older patients. Cardiol Elder 1994; 2: 442-447.
- 27. GUADAGNOLI, E., AYANIAN, J. Z. CLEARY, P. D.: Comparison of patient reportd outcomes after elective coronary artery bypass grafting in patients aged > and < 65 years. Am. J. Cardiol. 1992; 70: 60-62.
- 28. EDMUNDS, L. H. STEPHENSON, L. W., EDIE, R. N. y RATCLIFFE, M. B.: *Open heart surgery in octogena-* rians. N. Engl. J. Med. 1988; *319*: 131-136.
- ROBERTS, A. J., WOODHALL, D. D. y CONTI, C. R. et al.: Mortality morbidity, and cost-accounting related to coronary artery bypass graft sugery in the elderly. Ann. Thorac. Surg. 1985; 39: 426-432.
- SHAH, S. I., MOVSOWITZ, H. D. y MEYEROWITZ, C. et al.: Cirugía cardiaca en pacientes de 75 años de edad y mayores: análisis de los resultados perioperatorios y a largo plazo. Cardiovasc. (ed. esp.) 1995; 16: 122-127.
- 31. WITTRY, M. D., THRONTON, R. N. y CHAITMAN, B. B.: Safe use of thrombolysis in the elderly. Geriatrics 1989; 44 (11): 28-36.
- 32. ELDER, A. T. y FOX, K. A.: Thrombolytic treatment for elderly patients. Br. Med. J. 1992; 305: 846-847.
- 33. FORMAN, D. E., GUTIÉRREZ BERNAL, J. L. y WEI, J. Y.: Management of acute myocardial infarction in the very elderly. Am. J. Med. 1992; 93: 315-326.
- 34. RICH, M. W.: *Tratamiento trombolítico en el anciano*. Cardiovasc. (ed. esp.) 1993; *13*: 40-44.
- 35. Fibrinolytic Therapy Trialists' (TFT) Collaborative Group. Indications of thrombolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overiew of early mortality and major morbydity results from all randomised trials of more than 1000 patients. Lancet 1994; 334: 311-322.
- RICH, M. W., BOSNER, M. S., CHUNG, M. K., SHEN, J. y MCKENZIE, J. P.: Is age an independent predictor of early and late mortality in patients with acute myocardial infarction? Am. J. Med. 1992; 92: 7-13.
- 37. WEAVER W. D., LITWIN, P. E. y MARTIN, J. S. et al.: Effect of age on use of thrombolytic therapy and mortality in acute myocardial infarction. J. Am. Coll. Cardiol. 1991; 18: 657-662.
- ALONSO-HORCAJO, N., FRANCO ARANDA, C. y GARCÍA CALABOZO, R. et al.: Cambio en la prescripción de tratamiento trombolítico en pacientes ancianos. Experiencia del hospital de León. Rev. Esp. Cardiol. 1994; 47: 741-746.
- LAYNEZ CERDEÑA, I., GARCÍA GONZÁLEZ, M. J. y BARRAGÁN ACEA, A. et al.: Trombólisis en el infarto de

- miocardio en pacientes en edad geriátrica. Experiencia del servicio de cardiología del Hospital Universitario de Canarias. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1994; 29: 271-276.
- MONTAGUE, T. J., IKUTA, R. M., WONG, R. Y., BAY K. S., TEO, K. K. y DAVIES, N. J.: Comparison of risk and patterns of practice in patients older and younger than 70 years with acute myocardial infraction in a two year period (1987-1989). Am. J. Cardiol. 1991; 68: 843-847.
- 41. GURWITZ, J. H., COL, N. F. y AVORN, J.: The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction. JAMA 1992; 268: 1417.
- RIBERA, J. M.: Anticoagulación y edad avanzada. En F. PÉREZ, I. ROLDÁN, J. L. LÓPEZ-SENDÓN (eds.): Trombosis cardiovascular. Ed. Cid. Madrid. 1990. págs. 197-202.
- PETERSON, P., BOYSEN, G., GODTFREDSEN, J., ANDERSEN, E. D. y ANDERSEN, B.: Placebo controlled randomized trial of warfarin and aspiring for prevention of thromboembolic complications in chronic atrial fibrillation: The Copenhagen AFASAK Study. Lancet 1989; 1: 175-179.
- 44. The Boston Area Anticoagulant trial for Atrial Fibrillation Investigators: The effect of low dose warfarin on the risk of stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation. N. Engl. J. Med. 1990; 323: 1505-1511.
- CONNOLLY, S. J., LAUPACIS, A., GENT, M., ROBERTS, R. S., CAIRNS, J. A. y JOYNER, C.: Canadian Atrial Fibrillation Anticoagulation (CAFA) Study. J. Am. Coll. Cardiol. 1991; 18: 349-355.
- 46. Veterans Affair Stroke Prevention in Nonrheumatic Atrial Fibrillation Investigators. Warfarin in the prevention of stroke associated with Nonrheumatic Atrial Fibrillation. N. Engl. Med. 1992; 327: 1406-1412.
- European Atrial Fibrillation Trial Study Group. Secundary prevention in nonrheumatic atrial fibrillation after transient ischaemic attacs or minor stroke. Lancet 1993; 342: 1255-1262.
- 48. DALEN, J. E.: Atrial fibrilation: Reducing stroke with low dose anticoagulation. Geriatrics 1994; 49: (5): 24-32.
- SAME, J., HUNT, W. C. y KEY, C.: et al. Choice of cancer therapy varies with age of patient. JAMA 1986; 255: 3385-3390.
- COLMENAREJO RUBIO, A., CEBREIROS SALGADO, I. y PÉREZ SEGURA, P.: Manejo quimioterápico del paciente geriátrico con cáncer. Rev. Cáncer 1993; 7: 15-21.
- YUSUF, S. y FURBERG, C. D.: Are we biased in our approach to treating elderly patients with heart disease?
 Am. J. Cardiol. 1991; 68: 954-956.
- LÁZARO DEL NOGAL, M. y RIBERA CASADO, J. M.: Tratamiento del paciente anciano con problemas médicos múltiples. Inf. Ter. Sist. Nac. Salud 1994; 18: 109-120.
- 53. Recomendations of Doctor's Standing Committee concerning elderly persons (annex 2). Report presented by the Ambulatory Care Committee: the Standing Committee of doctors of the European Community at its General Assembly on 6th October 1990.
- TELLO, E.: Responde un pensionista. Diario «El País». Madrid. 16 abril 1995, pág. 12.

4. En el cariño está la clave

LA VOZ DEL ANCIANO ENFERMO Y DE SU FAMILIA: SÍNTESIS DE SUS TESTIMONIOS

Manuel Irusta Cerro

Ésta es la síntesis de las respuestas y testimonios ofrecidos por los ancianos enfermos y sus familias en el cuestionario que les envió el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española y que fue presentada por el periodista Manuel Irusta durante las 21 Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud sobre «El Anciano enfermo: respuestas y desafíos», celebradas en Madrid entre el 16 y el 18 de septiembre pasados.

INTRODUCCIÓN

El relato de las respuestas y de los testimonios ofrecidos por varios centenares de ancianos enfermos, laicos en este caso, de toda España, de sus familias y de los voluntarios que los atienden no puede pretender convertirse en el resultado de una encuesta pre-electoral ni en el análisis sociológico de un trabajo científico. Sin descuidar el respeto a la objetividad ni la fidelidad a los documentos, la exposición de las respuestas al cuestionario enviado por el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española únicamente pretende reflejar el sentir de esos ancianos enfermos, las actitudes de sus familias y las razones de los voluntarios. He ordenado la exposición a partir de las preguntas y respuestas de los propios ancianos, para seguir después con las familias y finalmente con los voluntarios. He procurado que hablaran los propios testimonios de los protagonistas de esta historia viva y palpitante y en ocasiones he preferido leerlos íntegramente para que llegue a ustedes de una forma directa el mensaje cálido y auténtico de esos protagonistas. He destacado las coincidencias como el reflejo de posturas y actitudes comunes sin por ello pretender que el resultado de esta síntesis sea un retrato fiel y acabado del anciano español enfermo y de sus familias, aunque tal vez mereciera la pena tener en

cuenta esa comunidad de sentimientos y sentires. No se trata, por tanto, de un estudio sociológico riguroso y académico, aun cuando el rigor haya presidido el trabajo de síntesis. Es una aproximación a los problemas del anciano enfermo, a su enterno, a través de sus propios testimonios. Las respuestas lacónicas, muy numerosas, vienen adobadas por algunas frases, breves pero con una gran fuerza expresiva. Finalmente, algunos testimonios conservan plenamente la fuerza de su mensaje sin necesidad de que otros los adornemos con interpolaciones.

En numerosas ocasiones han respondido personalmente los ancianos, hecho que carga con mayor fuerza a las respuestas. En los demás casos, se percibe claramente la mano del cuidador, sea éste el que fuere, con esas citadas «interpolaciones». Algunas veces parece como si el cuestionario no hubiera resultado todo lo claro que se pretendía, lo que se refleja en algunas respuestas concretas.

He seguido el orden que me han proporcionado las mismas preguntas del cuestionario referidas en primer lugar al anciano enfermo, después a las familias y por fin a los voluntarios.

ANCIANO ENFERMO

1.ª PREGUNTA - 1.ª PARTE

Cómo vive la enfermedad

«Con resignación», «Con paciencia» son las respuestas más comunes. «Mal, pero con resignación», explica alguno. Cuando responde por el anciano alguna de las personas que le cuidan, suele aparecer cierto matiz de interpretación religiosa: «Unos con generosidad, según la fe, con ejemplaridad; otros, con rechazo, por falta de fe». «La fe les ayuda». Algunas respuestas son tajantes: «Mal», «Bien», «Regular», pero en general es una frase la que envuelve la respuesta y refleja la actitud: «Con moral y alegría», «Con total aceptación», «Con aceptación y serenidad», «Tranquila», «Con fe», «Con optimismo», «Con naturalidad y fe



Manuel Irusta nos ofrece las respuestas y testimonios de los ancianos enfermos y sus familias.

lo

as

0-

ro

su

n

ıl-

T-

a-

e.

a-

lo

as

as

er

or

u-

to

si-

O,

as

e-

a-

liz», «Con la mayor dignidad». Son la cara positiva. «Con desesperación», «Como una carga, molesta, estorbo para los demás», «Con angustia», «Con desesperanza», «Mie-do a la muerte cercana», «Depresión», «Ganas de morir», «Rebeldía», «De mala gana», «Con agresividad», «Con poca ilusión y menos fortaleza», «Amargados», «Como un castigo», «Apenado», «Con mucha tristeza», «Contra Dios», «Con desencanto». Ofrecen el matiz negativo y son minoría frente a las que hablan de «paciencia» y «resignación».

Algunas otras resultan al menos curiosas y tal vez más interesantes: «Esperando que se inventen las píldoras rejuvenecedoras», «Ayuda a descubrir más a Dios y admirar los valores eternos», «Algunas veces me enfado», «Un vuelco a Dios para salvar su alma», «Lo que antes valoraba ya no lo valoro en muchas cosas», «Como venido de la mano de Dios», «Ni me entero, vivo mucho mejor», «Con talante de lucha y alegría», «La fe les ayuda», «Mal y muy mal de ánimos, porque soy muy sensible», «Procuro vivir lo mejor posible, para que los que viven conmigo no sufran por mí», «No puedo solucionar mi vida», «Dispuesta para lo que Dios me envíe», «Le cuesta aceptar su deterioro», «A veces, a regañadientes», «Me ha hecho más comprensivo», «Maravillosamente bien», «Es una compañera de viaje», «Una etapa en la vida».

Ahora voy a dejar que los testimonios más amplios hablen por sí mismos:

—«Me cuesta aceptarla, pero la acepté con resignación y espíritu de lucha ante ellas. Porque he tenido muchas operaciones y siempre con entereza las he llevado. Pienso que Dios me ha ayudado mucho a ello. Quizás la última me costó más, es una pequeña cruz, que afronto. A veces también pienso: ¿por que a mí tantas cosas? Pero no me desanimo. A mi alrededor hay mucho sufrimiento, que yo debo mitigar aunque sea con una broma, una canción, unas palabras cariñosas, que no son siem-

pre bien recibidas, pero yo pongo toda mi ternura en que puedan ayudar, breves momentos que arrancan una sonrisa, a veces también una lágrima, por algún buen recuerdo pasado por aquella persona a quien me dirijo».

—«La enfermedad cuando acude en forma de "gotera", la vivo con todo rigor, presencia de ánimo, serenidad, paciencia y aceptándola como una cruz más que Dios me envía como aviso de lo que soy: humano».

-«Acepto de mala gana, pues creo que lo más importante es tener salud. No ha mejorado mi condición».

-«Debo hacer dos precisiones, antes de comenzar, que me apartan del "anciano enfermo y sufriente". De 68 años de edad, operado de estómago, proceso escasamen-

66 No andes dándole vueltas a tus males, a tu enfermedad, que no conseguimos otra cosa que añadir al mal físico, otro moral y psicológico 99

te doloroso, y jubilado de la enseñanza. Ahora me siento identificado, más que antes, con los enfermos que sufren, sean más jóvenes o mayores que yo, porque es algo que llega, que nos sucede un día, y con ello la tentación de ensimismarse de los demás, y al cabo aislarse, soltarse de las responsabilidades del presente en el quehacer comunitario. Hablaba, no hace tanto, con un compañero enfermo y angustiado y le decía: Más de una vez te dirán que eres un quejica, que no tienes nada. Entonces tú sígueles la corriente, no lo tomes por la tremenda, no lo creas. Es una muestra de cariño, como tantas, de tratar de distraerte, de hablar contigo; recíbelo y acéptalo así. Quizá no tienen el tiempo de dedicarle, como tú tampoco lo tuviste o creiste no tenerlo, para dedicárselo a tus enfermos mayores. Tampoco andes dándole vueltas a tus males, a tu enfermedad, que con ello no conseguimos otra cosa que añadir al mal físico otro moral y sicológico con que cargar a los que nos rodean y a nosotros mismos. Otra tentación nos puede rondar, desorientando nuestra relación con Dios, y es la de estar reproduciendo nuestra propia historia, evaluándolo continuamente, infructuosamente, cuando ésta aún no ha terminado, actitud que despojaría nuestra existencia de todo sentido positivo y daría paso a la desesperanza, a la desconfianza. No puedo exigir nada ni reclamar nada a los demás; tampoco puedo decir: yo para lo poco que puedo hacer, para lo que sirvo...».

-«Me llamo Milagros. 89 años. Soltera. Actualmente vivo sola. Tuve por compañera de vida y apoyo pleno en todos los aspectos a una hermana muy valiosa, dinámica y trabajadora hasta hace un año, que falleció a los 94 años, tras 6 años de enfermedad invalidante -demencia y fractura de cadera que la mantuvieron en cama 6 años-. Yo pasé de ser la "mimada" a "mimadora". Mi vida se centraba en ella día y noche. Me sentía satisfecha y moralmente no me reprochaba nada, tal vez, no poder hacer mejor las cosas que precisaba y me retenían sin salir. Fui perdiendo amistades casi al total, relación social y religiosa. Dejé de ir a la Parroquia. Mi artrosis iba en aumento y me dolía no poder llegar a más. El sentimiento de impotencia iba dominando mi persona. He envejecido, enfermado de corazón y no puedo soltar el bastón. En este año, la soledad es la compañera. La siento dentro de mí; cada noche al retirarme, le digo al Señor: "Señor y Dios mío. Estoy sola. Tú eres mi único apoyo. Dame confianza", y me quedo más o menos tranquila para pasar la noche más en vela que dormida. Soy consciente de que la relación con los demás comunica alegría y puedes revalorizar tu vida. Me cuesta mucho; pero a pesar de ello, salgo a las pequeñas compras todos los días. Veo rostros conocidos desde hace muchos años en el barrio y quiero que pasen los días de la semana para el encuentro con Carmen, amiga fiel, que comparte mi pobre mesa cuando puede venir a pasar un rato juntas. Después de esta experiencia de mi vida, impulso a que se evite una dedicación radical a algo que te aísle y te deje casi incomunicada, dentro del gran ajetreo de la ciudad. La vida se rompe pronto; en las edades de mayores es más difícil recuperarla en todo lo que significa y encierra la palabra Vida».

—«La enfermedad ha sido para mí una experiencia muy positiva. Me ha hecho reflexionar muchísimo. Me ha servido para madurar. Para mí la enfermedad ha sido un gran alto en el camino de la vida. En el dolor ha descubierto mi camino. He aprendido a valorar mi propia nada. He descubierto que mi vida tiene un sentido profundo. La enfermedad me ha ayudado a afianzarme más en Cristo, paciente y sumiso a la voluntad de Dios...».

1.ª PREGUNTA - 2.ª PARTE

Qué cambios más significativos ha introducido –la enfermedad– en su vida

Sobresalen en las respuestas las referencia a la pérdida de libertad, sobre todo física, a que no pueden valerse por sí mismos, a «Limitaciones», «Inseguridad», «Cambio de residencia», que expresan de forma concisa pero clara: «La vida ha cambiado por completo», «No poder hacer nada de lo que hacía», «Necesidad de compañía», «Soledad», «Aislamiento», «Necesitar a los demás», «Hacer lo que te manden; antes hacía lo que quería», «Se ven inútiles, torpes y asustados», «Impotencia», «Dejar de fumar», «Inactividad», «Pérdida de vitalidad», «Ser una carga para la familia», «Pérdida de la autonomía», «No poder disfrutar de la naturaleza», «Los hace egoístas», «Le ha hecho uraño y poco comunicativo», «Más comprensivo», «Aceptar ser viejo», «Saber que todo se pasa», «Ser más humilde», «Ser menos exigente», «Ha perdido la alegría». Son algunas muestras sucintas. Un poco más expresi-

66 Para mí la enfermedad ha sido un gran alto en el camino de la vida; en el dolor he descubierto mi camino 99

vas resultan manifestaciones como éstas: «Ha servido para despegarme de cosas que no debía tener», «Me ha hecho interpretar mejor las cosas de Dios», «Pensar con mayor madurez», «Ahora valoro más las cosas», «Suspender todas sus ilusiones y actividades», «He tenido que dejar todas mis actividades y negocio para dedicarme exclusivamente a la atención de mi esposa», «He sustituido la soledad por la compañía», «Darme a los demás con mayor sensibilidad», «Mejor si pudiese ser útil», «He comprendido que no somos nada».

Los testimonios siguen aportando una mayor fuerza expresiva:

—«Mis cambios más significativos son: en el orden espiritual, dando a mi vida otro sentido, por encima de lo material, y con la ayuda de Dios, procurando mejorar mis actitudes de todo orden... en mi diario caminar...; también con mi mayor entrega posible, dentro de mis posibilidades físicas a mis hermanos inválidos y a los demás».

-«Espiritualmente soy la misma, interiormente la enfermedad me lleva a intentar ser más humilde, a pensar que no soy nada; al exterior, a veces me muestro agresiva y me cuesta aceptar estas limitaciones».

-«Tengo que depender de terceras personas. La familia no me ayuda ni económicamente ni humanamente. Tengo dos hijas casadas, nieto y no quieren saber nada de mí».

2.ª PREGUNTA - 1.ª PARTE

Qué recibe el -anciano- de los demás

Para alegría de quien expone estas respuestas, la palabra que las resume con precisión es una cargada de profundo sentido humano: «Cariño». Aparecen también con profusión las de «Ayuda», «Atención»,

«Comprensión», «Amistad», «Alegría», «Todo», «Cuidados», «Amor», «Afecto», «Apoyo» y otras similares. También encontramos muchas como si fueran frases lapidarias: «Quisiera más cariño», «No espero gran cosa del prójimo», «Lo que un profesional puede dar», «A veces bueno y a veces malo», «Lo que me den», «Mucha consideración», «Estoy contenta», «Nunca sentirme solo», «Se interesan por mí», «Bienestar, que antes no tenía», «Una gran seguridad», «Entre lo bueno, lo mejor», «Saber escucharlos», «Todo lo que podemos», «Recibes más de lo que das. Te admira cómo se vuelca la gente. Ves el cariño tan intenso y sincero», «Todo lo que necesita», «Intentamos darle cariño». En ocasiones hablan los cuidadores. También aparecen algunas contestaciones, lacónicas, negativas: «Indiferencia», «Más trabajo», «Preocupación», «Desprecio», «Incomprensión», «Disgustos», «Algún desplante», «Poco», «Malas contestaciones, a veces», «A veces, abandono», «Olvido», «Demasiado», «Algo», «Nada» pocas veces, «Casi nada», «Desengaño», «Recriminaciones», pero las hay con tintes positivos como los citados al principio, como «Solidaridad», «Ternura», «Aliento», «Entrega incondicional», «Calor humano», «Cercanía», «Paciencia», «Compasión», «Dedicación», «Paz», «Sonrisas», «Caridad», «Esperanza», «Tiempo», «Consuelo».

a

0

I

a

e

n

0

u

is

ar

También en esta cuestión los testimonios resultan sólidos:

-«De algunos, amistad y cariño, y de otros si pueden me dan un traspiés, como en la calle, porque hay de todo».

-«Trato de estar a bien con todos los compañeros, aunque tenga predilección por unos más que por otros. En general, a todos respeto y de ellos obtengo sinceridad y amistad».

—«Recibo de los demás agradecimiento y afectos. Porque pienso que lo que se da se recibe y aquí estamos con mucha falta de cariño, ternura y pienso que unos y otros debemos dárnoslo».

—«De los demás recibo, aparte de su inestimable compañía, el calor humano que supone una buena convivencia con agradables conversaciones o resolviendo las controversias con el diálogo».

—«El enfermo necesita mucha protección. Y hoy vivimos una sociedad bastante deshumanizada que considera a la persona no tanto por lo que es sino por su función y validez. En muchas ocasiones al anciano enfermo se le descuida, se le margina, se le hace poco caso, porque no cuenta, incluso –a veces–, en el entorno familiar. Junto a casos de éstos, sabemos y experimentamos la vida de familias entregadas al cuidado más exquisito de sus seres queridos enfermos. De personas consagradas al mundo de la sanidad. Personas especializadas en geriatría, con sensibilidad enorme hacia la persona del anciano enfermo. Residencias, instituciones que entregan su vida a este área: humana-evangelizadora. El enfermo anciano necesita de todo. Sobre todo, cercanía, amor, y la vida de los demás. En muchos casos la recibe espléndidamente



La amistad es muy valorada entre los ancianos, aunque reconocen que entre el alejamiento y los que se van quedando en el camino, el círculo de amistades es muy reducido.

del mundo que le rodea. Otras, no tanto, lo cual se sitúa en un mundo de negación, de carencia y reivindicación. De humillación».

-«Grandes alegrías, con sus visitas. El cuidado que tienen conmigo, sus regalitos y la paciencia que tienen, sobre todo mi hija, con quien convivo».

-«Tengo muchas llamadas que me preguntan cómo estoy y que me envian estampas de santos».

—«Recibo mucho más que doy. He recibido amor, caridad, ayuda, tanto física como espiritual, y creo que por mucho que yo quisiera dar nunca llegaría a tanto, aunque me esfuerzo por conseguir un poco».

-«Recibo muchas atenciones de los miembros de la comunidad hospitalaria: médicos, religiosas, auxiliares, de todo el personal que nos atiende. Por ello doy infinitas gracias a Dios».

-«Los demás expresan sus sentimientos de interés por tu problema, pero no te basta, esto es así, no trato de culpar a nadie, es como el que te acompaña a la estación, el uno se queda y el otro se marcha».

-«Nada. Sólo me visita el agente de pastoral que me da cariño y escucha mis problemas».

—«Estoy contenta con algunos vecinos que se interesan por mí, tengo mucho agradecimiento hacia la atención de la Parroquia y del servicio de Cáritas, sobre todo el poder recibir la Sagrada Comunión todos los domingos, también agradezco todas las atenciones de Cáritas, como he dicho, sus visitas y el que se preocupen de mí».

-«Me tratan bien, no hablan mal, el trato es bueno. Tengo una señora que es buena, me dice que si necesito algo sólo se lo diga. Somos buenos amigos». 66 Interiormente la enfermedad me lleva a intentar ser más humilde, a pensar que no soy nada; al exterior, a veces, me muestro agresiva 99

-«Recibo cariño, ayuda y una gran seguridad, porque los tengo a mi lado cuando los necesito».

-«Recibes más de lo que das. Te admira cómo se vuelca la gente, ves el cariño tan intenso y sincero».

-«Siendo que recibo mucho cariño y comprensión, aunque no siempre notablemente, y en negativo, que a veces nos tienen un poco marginados socialmente y muchas de las veces familiarmente».

—«Recibo el recíproco al que doy en cuanto estoy satisfecho de ello. El egoísmo es malo, no se debe dar para recoger; pero cuando se recoge se alegra uno mucho y le da las gracias a Dios».

2.ª PREGUNTA - 2.ª PARTE

¿Qué da -el anciano- a los demás?

Aparece en primer lugar la «Gratitud» o el «Agradecimiento», pero esta actitud llega acompañada por respuestas breves y concisas que resultan a la postre plenamente decisivas para entender el mensaje. Por ejemplo, «Cariño», «Amor», «Amistad», «Ternura», «Comprensión», «Experiencia», «Sabiduría», «Consejos», «Oración», «Alegría», «Testimonio», «Ayuda», «Serenidad», «Paciencia», todas ellas expresiones de lo positivo y que quedarían incompletas si no se expusieran aquéllas que esconden resonancias negativas, como «Mayormente, quejas», «Mal humor», «Cansancio», «A veces, desconfianza», «Preocupaciones y molestias», «Desazón», «Intranquilidad», «A veces, sólo trabajo», «Manías», «Problemas», «Quebraderos de cabeza», «Casi nada» y, en fin, «Nada». En ocasiones lo expresan de una forma más gráfica: «No doy nada, pero aprecio a los demás», «Ejemplo de vida cristiana», «Amistad, pero pocos lo consiguen», «Ejemplo de paciencia y aceptación», «Oportunidad de ejercer la caridad», «Lo que puedo», «Voy a misa para rezar por los demás», «No dar mucho que hacer», «Sé perdonar y disculpar», «Lo que pueda, no lo que me sobre», «Preocupación por los problemas de los demás», «No creo que pueda dar mucho», «Algún caramelo», «Aquello que quisiera para mí», «Compartirlo todo», «Lo mejor de mí mismo», «Les invito de vez en cuando», «Doy todo a cambio de nada», «Doy mi persona», «Gestos cariñosos», «Es un mensajero de la bondad de Dios».

Los testimonios confirman el mismo tono:

–«Recibo mucha satisfacción y procuro por mi parte llevar a su ánimo ese "algo" que yo vivo y me hace vivir con ellos». -«Intento dar tanto amor como recibo, hay mucha gente que me escucha y me quiere, yo creo que tengo que devolver todo el amor que me dan».

-«El testimonio de que se puede vivir con una enfermedad sin perder la sonrisa».

—«Procuro no ser carga para los de casa. Me preocupo mucho por mis hermanas, que son un poco deficientes y hago para ellas de madre».

-«Ellos dan todo lo que hace falta para vivir. Amor, ternura, sonrisa».

-«Doy poco, porque mi salud no me lo permite, pero doy mis oraciones y el ofrecimiento de mis sacrificios».

-«Él da lo poquito que le queda, su afecto, su cariño. Quizá llega a desprenderse de algo muy querido y que para él significa un sacrificio. Pero lo da. Su sonrisa y la alegría de sentirse querido es una reprocidad».

-«Es un mensajero de la bondad de Dios. Nos evangeliza al aceptar su enfermedad como voluntad del Señor. Se muestra más humano y cercano».

-«Con mi forma de ser les doy bondad, paciencia, mi mejor sonrisa, todo está bien, no me enfado, ni digo las cosas de malas formas. La enfermedad no me ha amargado».

3.ª PREGUNTA

Si siente necesidad de Dios

La mayoría de los ancianos enfermos y cuidadores responden con un lacónico «Sí», sin más explicaciones, que se reparte el tono afirmativo con la variante «Muchísima», «Mucha», «En general sí», «A veces», «Muchos, sí», «Con frecuencia, sí», «Por supuesto», «Imperiosa». Sólo unos pocos contestan con un «No» rotundo, se cuela también un «No todos» de los cuidadores, otro «Normalmente, no» aislado, «Hay de todo», «Pasan olímpicamente» y «Depende». Predominan sin ninguna duda las respuestas positivas. Las respuestas un poco más amplias encierran una riqueza especialmente expresiva: «Siempre lo tengo presente», «Lo manifiesta en actitudes de bondad y agradecimiento», «Es su única compensación», «Ha vuelto a Dios, como por falta de otros rescursos», «Lo manifiesta y expresa», «En él cifro toda mi esperanza», «Cada día más, es la razón de mi existir», «Al cien por ciento. Que sería de mí sin la fe», «Dios es su referencia más importante», «Sí, deseo sentirme lleno de Dios porque me da fuerza», «Sólo siento necesidad de la Virgen del Pino y con ello me basta. También de Jesús, pues es su hijo», «Lo deseo a Él con toda mi alma», «En el atardecer de la vida lo considero más que nunca necesario», «Por supuesto, qué sería de mí si Dios no me concediese la gracia de sentirme en su presencia y la necesidad de comunicarme con Él. Sería un vacío total. Me siento amada», «Hombre, claro, por eso vienen a traérmelo todas las semanas», «Me amparo en Santa Teresita», «Sin Dios y sus promesas de un mundo mejor, la vida no tendría sentido», «Creo que es el mejor amigo», «Otros



«Alguien dijo que en una casa nunca debiera faltar un anciano y un niño».

ie

T-

n-

or,

ro

ie la

nel

mi as ır-

)>>

a-

>>.

in

as

ıl-

0

>>.

e-

es

ía

n-

da

y

de

Oľ

la

0-

a-

as

in

no

culpan a Dios de su enfermedad», «A Dios lo tengo siempre conmigo, lo siento dentro», «Cada día más, me siento muy pobre», «Mucho más de lo normal», «No, porque lo llevo siempre dentro de mí», «Siempre y a todas horas», «Él es mi motor», «Desesperadamente».

Los testimonios son ricos y jugosos:

—«Por supuesto, es una ayuda que sin ella no sales, porque te desesperas, oras y parece como si el mismo Dios te tranquilizara».

-«Sí, aunque me podría echar una ayudita para poder caminar y no darles tantas preocupaciones».

—«Disfrutando cada día mi prolongada vejez, como el mejor de sus regalos, dándole gracias por sacarme del "mundanal ruido" y poder llevar mis últimos años, mis achaques y enfermedades con paz y tranquilidad... pidiéndole fuerzas todos los días que me ayude a sobrellevar cristianamente, en este peregrinar de mi tramo final del camino».

-«La experiencia de Dios dentro de la experiencia de la enfermedad es que Él me ha dado la gracia de comprender por medio de la fe el sentido de lo que vale el sufrimiento».

-«Sí, tiene necesidad de Dios y de habla de Él. Necesidad que el anciano tiene cubierta al estar en una residencia de Cáritas y estar atendido por religiosas. Valoran mucho los actos religiosos».

—«Dios es para mí, además de otras muchas cosas, el principio, raíz, razón y norte de mi existencia. Esto no quiere decir que me considere a mí mismo un santo varón, pues gracias a Dios me doy cuenta de mis tropiezos y muchas limitaciones, pero mi intención, mi norte es Dios que siempre disculpa».

-«En este aspecto a veces se tiene que trabajar muy sutilmente para poder acercarlos a Dios, del que hace mucho tiempo no han oído hablar. El trabajo del agente de pastoral aquí tiene que ser de mucho tacto, respetando la fe y creencias de cada cual, pero la mayoría son personas que les gusta se les hable de Dios».

«Soy Luisa. Ciega desde los 5 años (no me gusta decir invidente), tengo 91 y vivo en una residencia. Desde la infancia y juventud di muestras de una personalidad fuerte, definida y constante. Soy creyente de fe profunda. Entré en una comunidad de religiosas y no pude permanecer. Mi dotación intelectual es bastante buena. Tuve ocasiones de labrarme un porvenir más brillante que el que me tuvo adscrita a la vida laboral, pero no acepté. Fui profesora en el colegio de la ONCE de Chamartín 40 años. A mi jubilación, desconectada de la familia, ingresé en la residencia. Allí he sido objeto de mayor comprensión, ayuda, tolerancia y facilitaciones, para contrarrestar mis deficiencias, aunque el autovalimiento es claro y no exijo cosas innecesarias. Hoy, la vida para mí es "martirial". No lo puedo soportar; comprendo que Dios me ha conducido y puesto en este lugar y lo acepto de buen grado. La unión permanente con el Señor me da fuerzas para permanecer en la residencia, a pesar de todo lo que supone de dificultad. Conozco mis valores y defectos, cultura, sociabilidad, capacidad de diálogo y una fortaleza de ánimo que me mantiene abierta a una relación con todo el personal del Centro. Dirijo grupos de Vida Ascendente, colaboro en las fiestas con aportación musical, soy profesora de piano, acompaño a las personas enfermas y que están solas, etc., todo lo animo desde mi calidad de cristiana comprometida. Vivo enraizada en mi fe, en mi Señor, que no me ha abandonado nunca. De El recibo fuerza para gozar el amor a Jesús Eucaristía a quien siento realmente presente en el Sagrario y el impulso constante para la acción apostólica. Esta unión

66 En muchas ocasiones al anciano enfermo se le descuida, se le margina, se le hace poco caso, porque no cuenta 99

con Dios me ha ayudado siempre, en todas las dificultades, desde las físicas y morales hasta alcanzar un autodominio y a pasar a una convivencia y servicialidad con cualquiera que me cruce en el camino. Para personas y compañeras decaídas y tristes o desesperanzadas, mi consejo es que busquen algo que las seduzca en cualquiera de los estratos de la persona; que lo inicien o trabajen sin temor ni reparo a las críticas, que no se aíslen, busquen con quien relacionarse y sobre todo tengan fe y esperanza primero y sobre todo en Dios y por supuesto en sí mismas y en las personas».

-«Mi estado de ánimo y actitud ante mi grave enfermedad fueron, por la misericordia de Dios, de humildad, espíritu de penitencia y esperanza, evolucionando desde un abatimiento y depresión, muy a pesar mío, hacia una mayor comprensión del misterio del dolor; desde una simple resignación humana y cristiana hacia una completa aceptación lúcida y amorosa de la voluntad permisiva de Dios para conmigo. Abrazado a la pesada cruz que el Señor me había mandado, pensaba muchas veces, no sólo en mi sufrimiento sino en el dolor de la humanidad paciente, muchos de cuyos miembros viven desesperadamente, sin fe y sin esperanza su dolor, y me sentía indigno de la fe y confianza con las que el Señor me había favorecido, sin las que opino que es casi imposible soportar con equilibrio y paz la enfermedad, el dolor y el sentimiento de la propia inutilidad y completa dependencia de los demás...».

—«Ahora me acuerdo más de Dios, porque, como no me ocupo en trabajos, le rezo más y le pido fuerzas para llevar mi enfermedad y, sobre todo, mis dolores que, a veces, son muy fuertes y me deprimen».

—«Mi enfermedad, vivida en fe, da el sentido más profundo de que Cristo vive en mi vida. Me llama a no detenerme en las cosas de aquí abajo. Mi confianza en Él es más grande. La enfermedad me ha encontrado con Dios, con ese Dios que está también en la tribulación, en la entrega total, en el amor desinteresado. La enfermedad ha sido el camino por el que el Señor me ha llevado a mi mayor conocimiento de El».

4.ª PREGUNTA

Cuáles son sus centros de interés

«La familia», responde la mayoría, con los numerosos matices que permite esa generalización, pero ella se lleva la palma en el interés de los ancianos. Además, aparecen la «Amistad», «Dios», «Las visitas», «La salud y la enfermedad», «Los amigos», «La atención», «Ellos mismos», «La conversación», «Las actividades», «La felicidad de los demás». Unas cuantas respuestas aseguran que «Ninguno». Pero la mayoría amplía el abanico de las posibilidades con frases como éstas: «Que se me case mi cuarto hijo», «El dinero o la pensión», «Cuidar el jardín», «Pasar los días», «Los trabajos manuales», «Leer», «Ver la tele», «Oír la radio», «Que me quieran», «No sufrir», «Sentirse queridos y bien atendidos», «Pasear», «Sobrevivir, porque tengo poca ilusión por la vida», «Escribir mis memorias», «Sus pequeños gustos, sobre todo en comida», «Los deportes», «El centro de jubilados», «Los medicamentos», «Que todos los días sean iguales», «Vivir bien», «La felicidad de los míos y de los que me rodean», «La Residencia»...

Los testimonios resultan muy diversos:

-«El primero y principal es el de cuidar a mi esposa y atenderla en lo que está a mi alcance. Dado su estado de demencia, necesita una dedicación permanente».

-«La música y bailar, que me da vida y alegría».

—«Me intereso por todo: pintura, lectura, viajes, recorrer museos, música, teatro... No he perdido el interés por nada de lo que Dios dio al hombre para que reconociéramos su grandeza».

—«Los centros de interés se limitan al entorno de la Residencia. Estoy satisfecho de haber acertado en la elección. Es normal que salga de casa sobre todo a pasear, visitar alguna exposición, cierto número de comidas fuera de casa, asistir a la proyección de alguna película pero casi siempre avalada por reconocidos críticos, etc.».

-«El irme formando continuamente según la Iglesia de hoy y estar en contacto con personas afines a mis ideales aunque no compartamos los mismos criterios. Me intereso por los acontecimientos del mundo».

-«La Iglesia, problemas existentes en el mundo de hoy, principalmente la familia, el paro, juventud y sus problemas y también intenciones que me encomiendan».

—«Tengo ganas de vivir. Por ello procuro estar al día de todos los acontecimientos tanto nacionales como locales. Para ello me valgo de la radio, TV un poco y las amistades que me tienen al corriente. También la música me ayuda a pasar buenos ratos».

—«Mis amistades, aunque son pocas. No tengo familia, me intereso como he dicho por mis vecinos, llenan la soledad de mi vida, los dedicados desde Cáritas y la Parroquia a la atención de los enfermos».

-«Leer libros espirituales y escribir "mensajes" a mis familiares, amigos y conocidos de cuando estoy viviendo en mi retiro actual... que lleven a sus ánimos lo que en el mundo con tanta prisa y ruido no tienen tiempo de escuchar».

5.ª PREGUNTA - 1.ª PARTE

Sus familiares

¿Cómo son las relaciones del anciano enfermo con sus familiares? En numerosas ocasiones la respuesta también se extiende a la segunda parte de la pregunta, que se refiere a sus amigos y que se tratará expresamente después de ésta. Predominan las respuestas de «Buena» y «Muy buena», pero muchas llegan matizadas, por lo que resulta importante resaltar la mayor cantidad de ellas: «Todo se puede mejorar», «Nula, mi familia son las hermanitas de los pobres», «No tiene a nadie», «Me relaciono bien con mis hijos y con los compañeros», «Todos le dejaron», «Es buena, compartimos problemas», «El recuerdo y agradecimiento que

tengo para ellos hace que no me sienta solo ni olvidado», «Siempre he amado a mi familia», «Recibo cariño y comprensión», «Excelente», «Gratificante», «Me preocupa mi hijo, que aún está soltero y mi cuñado, que se ha quedado viudo hace poco», «Los dejé un día por entregarme a Dios», «Sólo por motivos materiales», «Los visitan», «Abandonados», «El Apoyo familiar, superior al de las amistades», «Muchos sólo piensan en ellos mismos; otros, en dejar herencia», «Su familia lo es todo», «Soy acogedora y cariñosa», «Lo principal en mi vida siempre ha sido mi familia, mis hijos, nietos y bisnietos», «Muchas veces van a verle por el interés o por el qué dirán», «Sufren mucho cuando no vienen a verlos», «Todo el pueblo le conoce», «Se nota desinterés y abandono, más por parte de la familia que por la de los amigos», «Yo quiero a todo el mundo», «Unas veces se olvidan; otras parece que te dan mucha atención. Claro, que son jóvenes, trabajan y tienen que disfrutar».

Los testimonios confirman las opiniones ya citadas:

-«Son el eje y el motor de su vida. Su soporte y preocupación. La familia y los amigos son las personas a las que más quiere en el mundo. De las que espera más amor, comprensión y atención».

-«Sus familiares y amigos se preocupan de ellos cuando pueden sacar de ellos aunque sea poco».

—«Con la poca familia que ya me queda: cariño y preocupación; en comunicación con ellos. Con mi esposa, amor muy grande y una relación feliz y plena».

-«Tengo muchas llamadas de teléfono, de la familia, visitas de muchos amigos, de mis hijos».

-«Siempre me he sentido rodeado de mis familiares, la familia junto con Dios ha sido lo más importante en mi vida».

—«Mi relación con mi familia es amorosa y casi correcta; y digo casi, porque alguna vez mi mal genio me hace alguna mala faena, sin que, empleando la frase coloquial, nunca llegue la sangre al río».

-«Dice que sus familiares en alguna ocasión se han sentido molestos por la enfermedad».

—«Se fortalecen los lazos familiares que tal vez algún miembro de la misma, por ciertas circunstancias, estaban más alejados en sus relaciones».

—«Me viene a visitar la familia y les recibo contenta, pero yo me siento bien aquí, ya que no me falta de nada».

5.ª PREGUNTA - 2.ª PARTE

Sus amigos

D»,

di-

vir

le-

do

20-

or

ra-

la

la

se-

das

ula

:.».

sia

de-

Me

de

sus

n».

día

lo-

las

ica

mi-

ı la

la

nis

en-

en

es-

con

sta

ıta,

sa-

de

za-

an-

fa-

e a

los

ar-

que

Si la familia se presenta como fundamental para el anciano enfermo, los amigos van quedando en el camino, salvo varias y honrosas excepciones. La distancia y el alejamiento conllevan su servidumbre de olvido. Para los ancianos, la relación con los amigos sigue siendo «Buena» y «Muy buena», pero con numerosos matices: «La mayoría, agotados; algo olvidadizos»,

«Los amigos son los compañeros del Hogar, que me llevo bien con todos», «Mis amigos son casi todos los de la colectividad», «De los amigos he tenido que separarme. Quedan ya muy pocos», «Carecen de ellos», «Con los amigos su alegría se palpa», «Casi no me quedan amigos», «Se nota desinterés y abandono, más por parte de la familia que por los amigos», «Los amigos han muerto», «El apoyo familiar es superior al de las amistades», «Los amigos son más solidarios y les ma-

66 El anciano enfermo necesita de todo, sobre todo, cercanía, amor y la vida de los demás 99

nifiestan verdadero interés y amistad», «Cuando está cerca de ellos, se siente feliz», «Los amigos fallan muchas veces», «Me gustaría que estuvieran todo el día conmigo», «Me quieren y me alientan», «Necesitan la compañía de sus familiares y de sus amigos. Les dan seguridad».

Los testimonios vienen a confirmar esa necesidad de los amigos y, a la vez, del reconocimiento de su escasez y su desaparición:

-«El contacto con ellos por medio de correspondencia me distrae en muchos momentos, que se me hacen muy agradables».

-«Mis amigos son casi todos los de la colectividad; unos más y otros menos, lógicamente. Un poco de psicología logra que todo parezca igualatorio, pero es normal más afinidad con ciertas personas».

—«Una gran familia con la que he compartido muchas horas de buena amistad y trabajo. Me han dado mucho, aunque ahora mis contactos con ellos no son tan frecuentes. Sigo comunicándome a través de encuentros, retiros, estudio de formación, convivencias e intercambios de opinión, siempre en un ambiente de mutuo respeto».

-«Los amigos me quieren mucho y yo pido por ellos a Santa Teresita».

—«Con bastantes amigos, vivo en estrecha relación, mutuamente llena de pequeños detalles y muy grandes detalles por parte de ellos hacia mí, lo que me hace sentir un gran gozo. Esta relación me ha ayudado, y me sigue ayudando mucho, a vivir; y en su amor siento a Dios».

-«Referente a los amigos, algunos que no lo serían mucho, un poco olvidadizos; pero los perdono y veo que sus plazas han sido cubiertas por otros amigos de la Residencia, que como decía anteriormente vamos acompañados por Dios, nuestro mejor amigo, en el camino de nuestra vida espiritual y temporal».

-«Soy acogedora y cariñosa con todos mis vecinos. Mi casa siempre está abierta para todos».

-«Tengo un círculo pequeño de amigos que se preocupan de mí y mi familia por temporadas, porque tienen muchos problemas». -«Los amigos, si son verdaderos, cosa difícil, se acuerdan de ti y te visitan. Los amigos de interés te olvidan por siempre».

-«Mi familia me quiere mucho y mis amigas también. El otro día una amiga estuvo llorando conmigo».

-«Tengo muchos amigos, me traen revistas cristianas, se interesan mucho por mí y no quieren que me pase nada malo, y que nadie me ofenda».

6.ª PREGUNTA

Interesarse por la historia de su vida

Aunque muchos de los encuestados no responden a esta pregunta, en los que contestan es evidente su interés por ser escuchados, pues «gozan contándola», «les gusta» y hasta «presumen» de ella. Algunos resumen su postura con un «Lo pasado pasado está», «Ya es tarde, no vale la pena», «Lo dejo en manos de Dios», «No merece la pena», pero la mayoría de los ancianos enfermos expresan su interés y lo mismo recogen sus cuidadores. «Les encanta que les escuchen sus batallitas pasadas, que valoren su pasado», «Algunos cuenta la historia de su vida con los mismos detalles varias veces al día. Otros no son capaces de hacerlo», «Es importante interesarse por la historia de su vida, partir de ellos, desde su experiencia y no de la nuestra, intentando imponer», «Es hacerles sentirse importantes», «Siento poco interés, porque creo que no ha sido muy

66 El testimonio de que se puede vivir con una enfermedad sin perder la sonrisa 99

positiva», «Es la manera primordial de entrar en su vida y necesaria para saber a quién tienes delante», «Se sienten aliviados cuando les escuchas, más cercanos a las personas que ven que se preocupan de ellos», «Se interesa por su historia de 103 años», «Su historia es para ellos muy importante. Cuando alguien se interesa por su pasado, se le ponen unos ojitos llenos de vida», «La historia de mi vida la cuento cuando veo que la escuchan con interés», «Muchos la reviven con gusto, otros con nostalgia», «A algunos les da por repetir incansablemente su historia... que a nadie interesa... lo que les hace más dolorosa e insoportable la existencia», «Su pasado es su único refugio», «Gusta saber de su vida y cómo ha llegado a la ancianidad con tanta serenidad», «Cada caso es un mundo, pero me intereso por todos», «Si tuviera a quién contársela...», «Mi vida siempre fue una búsqueda de felicidad para cuantos se han cruzado en mi camino».

Algunos testimonios más amplios redundan en los mismos sentimientos:

-«La historia de mi vida me parece muy bonita. Recuerdo con gran alegría todas las cosas buenas que hice por el Señor y con un confiado arrepentimiento mis infidelidades. Creo firmemente que la misericordia de Dios es infinita, insondable y eterna. Mirando hacia adelante digo con el poeta: "Quisiera yo vivir de un modo pleno / el tiempo que me queda / para poder ser bueno. / Quisiera hacer de prisa / las cosas que no he hecho. / Quisiera amar de prisa / a Cristo a quien no amé. Y repito con San Agustín: "Tarde te amé, Señor, tarde te amé. Sero te amavi, Domine"».

—«Me gusta recordar los hechos pasados de mi vida y poder contarlos a las personas que quieren o tienen la paciencia de oírme».

-«Tengo una historia para no recordar, no he pasado buenos ratos. Siempre ha habido ricos y pobres».

-«Añoro lo que he vivido, porque he aprendido mucho, los recuerdos te hacen sufrir».

-«A veces la memoria no permite recordar todo, hay lagunas, pero me gusta transmitir todas las experiencias por si de ellas pueden aprender mis nietos, mis hijos».

LA FAMILIA

1.ª PREGUNTA

Qué ha cambiado en la vida de la familia al enfermar el anciano

La mayoría de las familias reconoce que la enfermedad de su familiar anciano ha modificado sustancialmente sus vidas, que ha afectado de forma notoria a la armonía familiar. Algunas familias lo desmenuzan con detalle. Unas aseguran que «no ha cambiado nada» y otras, de forma rotunda, que «todo». En las respuestas se explican los cambios hablando de «falta de libertad», creación de «problemas», más «trabajo», que produce «tensión», exige «tiempo», provoca «menor tranquilidad» y una «menor felicidad». También «tristeza y miedo a perderle». Algunos reconocen que el cambio ha sido positivo porque ha suscitado «más unión» y una «mejor relación». Pero en todo caso son los testimonios, numerosos, los que retratan esos cambios de una forma precisa y clara:

—«Alguien dijo que en una casa nunca debiera faltar un anciano y un niño. Se tiene en la mente esas escenas de la familia al completo, donde en lugar preferente se ve al abuelo o abuela, sonriendo y rodeado de todos los miembros de la familia. Algunos hemos tenido la suerte de hacerlas realidad y ver cómo sin pensar se ha ido deteriorando. Un día, sin saber cómo, el pilar más querido se ha venido abajo, resquebrajándose poco a poco, escapándosenos y dejándonos impotentes ante la enfermedad que sabemos nos lo alejará de nosotros.

En "El día del anciano enfermo, rellenar un cuestionario no haría que nuestra alma se abriese para expresar todo lo que se siente cuando nos ocure. Merecen algo más. Un testimonio abierto, que sea un homenaje hacia ellos. Mi testimonio hacia el anciano, hacia "mi anciana", pudiera decir, nunca llegará a definir todo lo que



Los voluntarios y muchos profesionales ayudan al anciano enfermo para animarle, para que se sienta querido y nunca abandonado; porque son la parte de la sociedad que recibe menos cariño por parte de los demás.

is de edo

oiié.

y a-

do

u-

ay as

er-

n-

ria

an

do

as

lta

)>>.

ie-

én

ue

iás

on

m-

tar

as

ve

los

rte

de-

ido

ca-

lad

io-

sar

lgo

cia

cia-

que

llevo dentro y que aunque ella no pueda oírlo quedará en el aire como prueba de cariño y gratitud. "A Josefina": A ti, madre, tía, amiga, viejita mía que desde la cama de un hospital ves pasar los días, sin verlos. Mujer fuerte que supiste hacer frente a la vida hasta que un día se te nubló la mente. ¡Cómo cambió nuestra vida! Los que te éramos más queridos nos volvimos extraños, tu casa, tus cosas, los niños, todo suponía una amenaza para ti. No podíamos aceptar que hubieras cambiado tanto, que te nos fueras marchando poco a poco hundiéndote en no sé qué nebulosa de pasado o futuro. Veíamos cómo el ánimo y la vida se te escapaba a chorros. Tú sabes cuantas veces abrazada a ti preguntaba a quién y dónde podía acudir. Quería ver un rayo de luz donde sólo había tinieblas, y las puertas se cerraban a mi paso. ¡Qué injustos somos ante la vejez y la enfermedad!

Cuando las fuerzas de las dos llegaban al límite, alguien, con una sonrisa, nos indica el camino a seguir. Lucho porque este camino se nos abra y el tiempo que te quede de estar conmigo estés como te mereces, atendida, acompañada y con una sonrisa siempre a tu alrededor, como tú querías. Nada han tenido que ver ni organismos oficiales ni políticos ni amistades, han sido personas humanas y pacientes que se han volcado contigo y conmigo. El nombre de "COMPLEJO HOSPITALARIO SAN LUIS" no te dirá nada ni las hermanas ni todo el personal de enfermería, pero en tu mente, estoy segura, quedará un trocito donde entenderás que son buena gente. Quiero que sepas que te queremos... Sé que un día te llegará el descanso, estaré ahí, no lo dudes, para que encuentres la luz y desde el cielo me sonrías y des fuerza para seguir...».

-«Es una síntesis de testimonios: "Cambió la vida familiar, hay menos tranquilidad y la felicidad disminuyó, ya que se está preocupado por el familiar enfermo. Hay tristeza y miedo por temor a perderlo. Más trabajo y menos tiempo para actividades que realizábamos antes, necesitamos organizarnos de otra manera. Hay limitación

de libertad y muchas veces angustia ante la incertidumbre y el futuro. Él es el centro y todo gira alrededor. Mi esquema de la enfermedad ha cambiado. Doy prioridad al anciano enfermo».

—«Mi vida ha cambiado en todos los aspectos, tengo que dedicar mi vida a cuidar de mi familiar, a veces estoy demasiado nerviosa porque no puedo dedicar más tiempo a mí misma, hay veces en que le grito y es por mi ansiedad, aunque la quiero y procuro que no le falte asistencia».

—«Han cambiado nuestros esquemas rutinarios o normales de nuestra vida cotidiana. A cambio aprendes a valorar otros aspectos y te sientes más solidaria con el que sufre por motivos de enfermedad y te acercas más al mundo del dolor».

-«Ha cambiado mi situación familiar. Salgo menos con mi marido, tengo horas en que no puedo faltar de casa, es como un niño. Todo tengo que dárselo hecho. Pero tengo una gran suerte, mi marido acepta de buen gusto el que atienda a mi madre».

—«La familia se siente angustiada ante la enfermedad del anciano. Este sentimiento es totalmente justificable, ya que la enfermedad puede ser larga y dolorosa, o corta y sobrevenir la muerte. Si ésta se prolonga, la familia se siente impotente por no poder ayudar al ser querido y sólo pueden y deben ofrecerle su apoyo y cariño. El anciano suele ser débil ante la enfermedad; por eso estos dos puntos anteriores son importantísimos para que éste se sienta aceptado y querido. Y comprenda su situación sin llegar a dramatismos».

-«Constatar lo cruel que puede llegar a ser la enfermedad. Todo tiene que girar en función de sus necesidades. Cambia la vida totalmente. Pedir a Dios fuerza, ayuda, y que aceptando su voluntad nos dé amor, alegría y salud para poder ayudarle». —«Puedo poner el ejemplo de cuando te toca un premio en un sorteo, pero con efecto contrario. Tienes las mismas sensaciones, pero de tristeza. Al asimilarla, pasas por situaciones nerviosas derivadas en problemas relacionados con tu empleo, amistades o familiares. Según la enfermedad tienes que recurrir a ayudas de otras manos, por no poder dedicar todas las atenciones que necesita. Por tanto, es de recalcar el desembolso económico. También el cambio de costumbres, debido al tener que adaptarse en horarios no laborables a su cuidado».

-«En la mayoría de los casos a la familia se les rompen todos los esquemas. Se está poco mentalizado para cuando llega el momento de la enfermedad. Por otro lado, tienen miedo a lo desconocido. Todo resulta un problema: viviendas pequeñas, por tanto el alojamiento. ¿Qué se hace? Distribución de cargas, el tema económico, etc.».

2.ª PREGUNTA

Si encuentra algún apoyo, en dónde o en quién

Numerosas respuestas atribuyen ese apoyo a «La familia». Y también de los «Amigos», de la «Parroquia», de los «Vecinos», de algunas «Instituciones», del «Centro sanitario» o la «Residencia» donde se encuentran, en sus cuidadores y de «Dios». Ciertas respuestas niegan el apoyo: «No hay, en general», «No saben a dónde acudir».

Pero una vez más son los testimonios los que reflejan mejor que cualquier otro recurso la opinión de las familias:

—«La familia se puede sentir apoyada por sus propios miembros. Entre ellos deben coordinarse para que todos comprendan la situación y sepan aceptarla y afrontarla. Pero, si aún así no lo consiguen, pueden acudir a solicitar el apoyo técnico de los profesionales, encontrándose entre ellos psicólogos, médicos, trabajadores sociales... Estos últimos pueden ayudar a mejorar la situación social del anciano, sacarlo de su entorno y pueden informar de los recursos sociales que tienen a su alcance para minimizar el problema al que se enfrentan».

-«Sí, se encuentra la comprensión de los vecinos. Ellos viven solos en su casa y la tele-asistencia les resulta de gran ayuda. Se lo aconsejo a todos los ancianos que se encuentran en esta situación».

-«Apoyo como tal, creo que en nadie, comprensión, sí, siempre que sean personas que han pasado por la misma situación, las instituciones que son las que deberían apoyar, no lo hacen, aunque sí lo proclaman, pero en realidad nada».

-«Sí lo encuentra en los amigos, en los vecinos, en la parroquia, sacerdotes, médicos y sobre todo en Dios. Si tiene fe, te ayuda mucho».

-«Apoyo apenas encuentran en nadie. Las instituciones, si se trata de enfermos que viven en sus casas, aunque vivan solos, no se preocupan para nada de ellos. Antes se podía contar con vecinos, amigos, etc., que te echaban una mano, pero hoy el ritmo de la vida es muy distinto y no hay casi preocupación por lo que pasa en tu entorno».

—«A veces encuentra apoyo en otros familiares y amigos, pero sobre todo se encuentra más apoyo al estar el resto de la familia unida (los que viven en el entorno familiar) y también se encuentra apoyo en la oración, pues hay momentos que estás desesperada y acudiendo a ella encuentras fuerzas para seguir adelante».

—«En nuestra familia tenemos una gran suerte, nos apoyamos unos en otros en los momentos difíciles e incluso si son prolongados. Hasta ahora hemos contado con el apoyo de los hijos, tanto para la atención en hospital como para el tratamiento en casa. Este apoyo es un motor tan grande y eficaz que hace que no te derrumbes y te sientas bien con lo que haces. A partir de ahora seremos la pareja (nuestros hijos ya se han independizado) la que hará frente al futuro. Seguramente será más difícil resolver solamente nosotros dos, pero esperamos tener fuerzas suficientes».

—«Mis hermanos no quieren saber nada, aunque ahora se interesan un poco más porque dicen que, si se la llevan a su casa, les tendríamos que dar la pensión. El único apoyo que tengo es el de mi marido y mis hijas».

3.ª PREGUNTA

Qué le da al anciano enfermo

Sobre todo «Cariño», pero también «Comprensión», «Atenciones», «Cuidados», «Ayuda», «Apoyo», «Compañía», «Amor», «Tiempo», términos todos ellos que resumen de alguna manera las posturas de los familiares del anciano enfermo. Pero, además, le ofrecen «Entrar en su mundo», «Que no se encuentre solo», «Todo lo que he podido», «No quejarse nunca», «Lo

66 Si la familia se presenta como fundamental para el anciano enfermo, los amigos van quedando en el camino, salvo varias y honrosas excepciones 99

que necesita», «Fuerza para seguir viviendo», «Cansancio que a él descanse», «Hacer que se sienta bien», «Dedicación absoluta», «Ganas de vivir».

Los testimonios son todos del mismo tenor:

-«Sobre todo comprensión, empatía, entrar en su mundo y en su enfermedad».

-«Al anciano enfermo le tratamos de dar cariño lo primero, comprensión, atenderle y cuidarle y sobre todo que no se encuentre ni se sienta solo».

-«No importa tiempo ni momento, a veces siento tristeza, pero intento darle todo lo que puedo. Amor, dedicación, compañía, cariño, entre profesional, servicio a todos los niveles». -«Intento darles todo el tiempo que puedo, mi cariño y comprensión y así llenar el vacío que hay en sus vidas, para que ellos se convenzan de que a pesar de su vejez y enfermedad, sus vidas son valiosas y cuentan para alguien».

-«Antes consuelo, compañía, cariño, calor de hogar, amor filial. Ahora alguna bronca porque repite muchas veces sus batallitas y es pesado e inoportuno».

—«Entendemos que recibe de nosotros, su familia, cariño, procurando en todo momento que él no entienda que esto se hace por compensación de ningún tipo, que esto nace de nuestra preocupación para que no se sienta solo».

4.ª PREGUNTA

Qué recibe la familia del anciano enfermo

Según las familias, los ancianos enfermos les dan «Cariño» y «Gratitud». También hacen referencia a «Amor», «Ejemplo», «Consejos», «Experiencia», «Alegría», «Enseñanzas», «Amistad», etc., que se expresan en afirmaciones positivas, como «Motivos para

La mayoría de las familias reconoce que la enfermedad de su familiar anciano ha modificado sustancialmente sus vidas 99

recapacitar» y «Aceptaciones de la enfermedad», o negativas como «Unas veces, sonrisas, otras insultos», «Malas caras», «A veces, mal humor», «Tiranía y chantajes; otras sabiduría», para recalar en «Su deseo de estar el máximo tiempo con nosotros», «No siempre recibe lo que quisiera», «Nos hace reflexionar sobre el valor de la vida y de la salud».

Los testimonios ahondan en esa certidumbre de la gratitud y la generosidad:

-«Muchas satisfacciones. Pienso que la mayoría de las personas en sus ratos libres deberían dedicarse a dar compañía a enfermos».

—«Sobre todo, motivos para recapacitar, que en esta vida no siempre nos podremos valer por nosotros mismos ni ser autosuficientes, y por tanto necesitamos de los demás y que hay que tener buena relación con los hijos, para que llegado el momento estén a tu lado».

-«Tiempo, compañía, ocasión de escucha y cariño, recursos materiales que necesita y está a mi alcance».

–«Recibo del enfermo quizás incomprensión, muchas veces no hay entendimiento entre nosotros, aunque sí cariño».

-«El anciano nos da su experiencia en la vida, su cultura adquirida con el paso del tiempo, su temple y paciencia... Nos sirve de imagen y guía ante nuevas situaciones que no sabríamos afrontar. También puede

contagiarnos su pesimismo y ansiedad ante su vida y su recorrido, pero debemos apoyarlo para que no alcance esta situación».

-«Su conformidad ante su situación de enfermedad y el querer evitar la preocupación a sus allegados».

—«Una íntima satisfacción y un gran consuelo, cuando te mira y sonríe y comprendes que algo le ha llegado a su corazón, aunque no sepas decirlo».

-«En esta situación se aprende a reflexionar, no tener prisas, a aceptar la vida con lo positivo y lo negativo, a dar importancia a lo que verdaderamente la tiene».

VOLUNTARIOS

1.ª PREGUNTA

Por qué ayudas al anciano enfermo

Destaca en las respuestas la palabra «Amor» y, sobre todo, «El amor a Dios», que expresan de forma plástica con sentencias como «Jesús está en ellos» o citas evangélicas como «Lo que hagáis con uno de éstos a mí me lo hacéis». También explican su compromiso porque consideran que el anciano enfermo está «abandonado, solo y necesitado de cariño» y porque, en algunos casos, el voluntario dispone de tiempo libre. También el «cariño» puede ser el móvil y porque «me siento útil con este servicio».

De todas formas, son una vez más los testimonios los que nos acercan a la verdadera causa de las respuestas:

—«Trabajé de ATS en una residencia de ancianos y pude comprobar la soledad y falta de cariño que los residentes tenían. Al terminar mi contrato vislumbré lo que Dios quería de mí, trabajar de voluntaria en el centro y así poder ayudarles. Éste fue mi objetivo hasta que formamos un pequeño grupo, para poder trabajar en dicho centro».

—«Por estar solos y necesitados de cariño. Por tener mucho que aprender de él. Por sentido humano y amor al prójimo. Por caridad, afecto, amor a Dios y a él».

—«Le ayudo por amor, amor a Dios. Ante todo pienso que Jesús está en ellos. También me gusta hacer algo por los demás, pues tengo tiempo libre para ello y pienso que los enfermos y ancianos son los que más necesidad de compañía tienen».

—«Porque son la parte de la sociedad que recibe menos cariño por parte de los demás. También para animarle y hacer más pasajera su enfermedad, y, sobre todo, para que se sienta querido y nunca abandonado y vea que algunos jóvenes aún damos ejemplo del verdadero cariño».

—«Para mí el mundo del anciano era desconocido hasta que mi madre, por voluntad propia, ingresó en la Residencia de San Camilo. Cuando la visitaba hablaba con sus compañeros de mesa y con los de las próximas y así poco a poco empezaron a ir teniendo su sitio en mi corazón cada uno de ellos. Me interesaban sus noches, si habían venido sus familias a visitarles o necesitaban algo. Realmente lo que yo entendí que era importante para ellos era que les escuchara, necesitaban contar aquello que posiblemente no conocían sus familiares, pero que a ellos les liberaba el haber podido compartir. Cuantas amarguras encierran nuestros corazones y cuanto nos lastiman si no tenemos a quien contar... Las penas o problemas compartirlos son menos problemas, ya no los lleva uno solo. El problema sigue ahí, pero ya se ve de diferente manera».

-«Porque necesito realizarme como persona y porque me gusta estar al lado de las personas más necesitadas de esta sociedad».

—«Porque siento necesidad de acercarme al que sufre y mucho más al enfermo anciano; al que ve cómo sus fuerzas le van abandonando y su debilidad aumenta día a día, acompañado, en tantas ocasiones, de graves trastornos psíquicos y dolores. Su mente, tantas veces a la deriva, necesita unas grandes dosis de paciencia, comprensión, cariño, palabras amistosas realmente sentidas, sin paternalismos ni engaños, que vea en tus ojos la verdad de tus sentimientos hacia él».

2.ª PREGUNTA

Qué le das al anciano enfermo

Un ramillete de respuestas todas ellas positivas: «Tiempo», «Cariño», «Comprensión», «Compañía», «Ayuda», «Amistad», «Alegría», «Esperanza», «Amor», «Servicio», «Escucha y conversación».

Pero los testimonios de los voluntarios lo explicitan con detalle y pormenor:

—«Le doy mi tiempo para que me cuente sus achaques, penas y alegrías, y le doy o intento darle comprensión y alegría. También le llevo lo más grande, que es a Jesús en la Eucaristía, que es lo que más alegría les da, y me ofrezco a ellos para lo que necesiten».

—«Compañía, comprensión, silencio cuando ha lugar, unas manos que acogen las suyas, unos ojos que se encuentran con los de ellos, una sonrisa que les haga cambiar el rictus de su cara, paz, serenidad... Cuando no siento que puedo dar todo eso, sólo los saludo, pero no me siento con ellos. Entiendo que también es bueno que ellos vean que tenemos problemas, como humanos, les hace sentirse más parecidos al resto, pero pienso que ya tienen bastante, aunque son tan entrañables que si les dices que tiene problemas con un hijo te siguen preguntando cómo va por años (será que yo ya me voy acercando a la edad de ellos, pero me siento muy identificada). Son preciosos a los ojos de Dios y a los míos...».

–«Prioritariamente mi amistad, pero una amistad sin paternalismo alguno. Todo lo contrario. Caminando junto a él, para que sea una persona activa y se supere día a día a todo obstáculo, impuesto por la sociedad. Lo que nunca haré será pensar ni decidir por él mismo, ni hacer lo que él pueda realizar».

3.ª PREGUNTA

Qué recibes del anciano enfermo

«Gratitud» vuelve a ser el término que acuña la actitud más universal, sin olvidar otros también significativos como «Experiencia», «Amor», «Cariño», «Sabiduría», «Enseñanzas», «Consejos», «Ejemplos», palabras que pueden desarrollarse con frases como «El ciento por uno», «Mal humor y mal genio», «Certeza de hacer el bien», «Responsabilidad ante el sufrimiento», «Deseo de servir», «Ver la vida de otra manera», «Aprendo mucho de ellos», «Nos evangelizan, nos enseñan a aceptar el sufrimiento. Transmiten paz», «Más de lo que yo pueda darles», «Que sólo Dios nos puede ayudar», «La sensación de haber estado con el mismo Cristo».

Los testimonios rematan cumplidamente las respuestas más breves:

-«Recibo el cien por uno. Ellos te dan su experiencia, su amor, su confianza y amistad. También a veces te dan su mal humor, algunos algo de su mal genio, pero creo que todo esto se resume en una sola palabra: su amistad».

—«Recibo, aunque ellos nunca lo creen, mucho más de lo que yo pueda darles. Con ellos he aprendido a escuchar, a amar a alguien que no era ni de la familia ni de mis amistades. Me han enseñado a darle un nuevo sentido a mi vida, y con su experiencia frente a la enfermedad y dificultades me han hecho que las mías fueran más llevaderas, pues he recibido en esos momentos su cariño y comprensión».

—«He aprendido a ver donde no se ve, a intuir donde no se me dice qué pasa, a valorar los silencios elocuentes, cuando al darte algo lo que en realidad es que te están pidiendo. Son mi Universidad de la vida donde cada actitud o gesto te están hablando. Son un regalo del Padre para cada uno de nosotros. Son como unas estacas que marcan la altura de la nieve y que te dicen por dónde debes ir y soslayan lo que te puede pasar si decides experimentar. Son, como los niños, la pupila de Dios».

Los ancianos enfermos han estado aquí, con nosotros, junto con familiares y voluntarios. Ese cariño del que tanto se ha hablado en estos testimonios debe convertirse sin duda en felicidad para ellos. Habrá que buscar los caminos más idóneos, justos y eficaces para lograrlo.

ue

er

El za

n-

>>,

n-

de

no

S-

ia.

an

eo

l».

iás

es-

de

ıti-

lad

le-

o y

enesada del cas óndes s».

sodel onjue ara

5. PSICOLOGÍA DEL ANCIANO ENFERMO

Manuel Gómez, Ortiz,

Jefe Médico y Psicoterapeuta de la Residencia Asistida San Camilo. Tres Cantos. Madrid

Me gusta la parte del título que dice: «anciano enfermo». Así queda claro, desde el primer momento, que no nos parece una redundancia el escribirlo, ni que estemos cayendo en el pleonasmo; en una palabra, dejamos bien diferenciado al anciano del anciano enfermo; o, dicho más nítidamente, la condición de anciano no lleva aparejada la enfermedad; la vejez es una edad del hombre, como lo es la infancia, la juventud o la madurez, pero no un cuadro patológico. Cierto, eso sí, que, por tratarse de la última edad, durante su transcurso se muere; antes o después, el viejo muere y, en cambio, el niño, el adolescente, el joven, el adulto pueden llegar a la senectud; aunque también se puede morir en esas etapas de la vida.

De manera que adelantamos algunas afirmaciones,

que conviene tener en cuenta, desde el primer momento, para evitar confusiones:

- Anciano no es sinónimo de enfermo.
- En la ancianidad, como en cualquier otra edad se enferma.
- En la vejez, ineluctablemente, se acaba muriendo.
- En cualquier otra edad también puede llegar la muerte, o pasar a la siguiente etapa.

Por consiguiente, el anciano, uno de cuyos rasgos psicológicos propios de su edad consiste en pensar en la cercanía del fin de su vida, cuando enferma, se le acentúa la sensación de muerte próxima, que unos temen, otros desean serenamente, los depresivos pueden incluso buscarla y otros aceptan con naturalidad. Lo que sí conviene destacar es que muchos seres humanos sólo tienen conciencia de que la muerte también les toca —es un asunto que les concierne—, cuando envejecen y más aún si enferman. A este respecto escribe Julián Marías que «el joven sabe que es mortal y aun que tiene que morir, pero esa condición le parece *lejana* en un sentido muy preciso; la aloja en un futuro tan re-



El doctor Manuel Gómez durante su exposición.

66 La condición de anciano no lleva aparejada la enfermedad 99

66 Conviene destacar que muchos seres humanos sólo tienen conciencia de que la muerte también les toca cuando envejecen y más aún si enferman 99

moto, que no imagina el sujeto que algún día morirá. Al llegar a cierta altura, el hombre se reconoce como el mismo que morirá, se imagina *su* muerte. Por supuesto, su hora es incierta y a esa incertidumbre se añade otra aún mayor: la significación de la muerte, su realidad y el destino ulterior, si lo hay. Se puede volver la espalda a esta experiencia, intentar olvidarla, vivir como si no se hubiese deslizado en cierto momento en la contextura de la vida; pero está ahí, y se vive, quiérase o no, desde ella».

Erikson, en su *Envejecimiento vital en la vejez,* insiste en que el anciano se esfuerza «para enfrentarse a su propio futuro», más aún cuando pierde la salud.

Conviene subrayar que «la enfermedad en el viejo es algo muy relativo, porque -como señala el doctor Ruiz Torres, jefe de endocrinología del Hospital de la Princesa- el concepto de salud no es el mismo en el anciano que en el adulto joven. Nosotros concebimos la falta de salud desde el punto de vista de la falta de bienestar. El bienestar del adulto joven no es el mismo que el del anciano. Si comparamos ese bienestar podríamos suponer que todas las personas de edad avanzada son enfermos, lo que sería incorrecto y falso». Y enseguida se encarga de recordarnos, para que nadie se haga un lío, que «las variaciones fisiológicas más importantes están relacionadas con la disminución de la masa muscular y el aumento, por contra de la masa grasa»; cuando una u otra sobrepasan ciertos límites nos encontramos con la enfermedad. En cualquier caso, nos quedamos con esta frase: «De ninguna manera se debe pretender hacer de un anciano una persona joven»; se trata de un intento imposible y de una ilusión dañina; más exactamente, una fantasía, en términos psicoanalíticos. En este mismo sentido, el doctor Guillén Llera afirma que «en el siglo XX no se puede mantener que la vejez sea una enfermedad. El envejecimiento es un proceso fisiológico que acompaña a los seres vivos desde el momento de su nacimiento. Envejecimiento fisiológico: proceso en el que los parámetros biológicos son normales y uno conserva la posibilidad de relación con el medio en que se mueve. Envejecimiento patológico: proceso en el que la incidencia de enfermedad altera esa capacidad de relación funcional».

El anciano enfermo tiene, a veces, un modo de vivir el tiempo que se caracteriza por no afanarse por el presente, ni interesarse por vivirlo de la forma más adecuada, sino que desea que pase lo antes posible al no encontrarse en una situación gratificante o, lo que es muy frecuente, niega la realidad patológica por la que está atravesando, y, al no aceptarla, dificulta el hallazgo de soluciones para salir adelante o la manera adecuada de convivir con su cuadro patológico. Se puede llegar a hallar aspectos positivos, esencialmente –traemos a colación este adverbio de modo con toda intención– en el campo de las relaciones, como veremos más adelante.

El enfoque del futuro también padece sus distorsiones en una persona mayor, con pérdida de salud, ya que al sentir que su vida se encuentra en el alero se abandona, en todo lo que supone actitudes y acciones encaminadas –aquellas que sean realizables, claro, en su estado— a mantener toda la autonomía e independencia máximas alcanzables. Lo que le empujará, respecto a los demás, a aislarse, lo que, de no contrarrestarse con una psicoterapia adecuada, acarreará graves consecuencias.

Y siguiendo con el tiempo -no atmosférico, como vemos-, nos detenemos -menudo riesgo- en el pasado, que el anciano enfermo revaloriza desmesuradamente y sin tino, en un intento de compensar con idealizaciones del ayer, el dolor, las frustraciones y las amenazas del hoy; lo que le alentará -engañosamentea reinstalarse -tarea imposible-, a regresar al pasado; regresión patológica, si no se frena con estímulos apropiados a su historia de vida. Historia de vida propia, cuyo recuerdo, frecuentemente, a la vez, y sin que resulte incompatible con lo que acabamos de decir, le atormenta, al convertirse en un juez, duro hasta la crueldad, de las acciones de etapas anteriores de su existencia. Quienes le rodean deben ayudarle a que adopte una postura más benevolente, a la hora de repasarlas. Porque debe repasar el pasado, ya que, como dice Ortega y Gasset, el recuerdo es la carrerilla que nos permite saltar hacia el futuro.

Así que, como quien no quiere la cosa, han ido saliendo al hilo tres de las reacciones que suele provocar la enfermedad en el anciano, solitarias o en compañía: negación, aislamiento y regresión. Ya saben, tres mecanismos (o estrategias de afrontamiento, como se les empieza a querer llamar ahora); es decir, esos «procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno o externo», según reza el DSM-IV; mecanismos de adaptación, que, si fallan, conducen al trastorno psíquico; ante la enfermedad, también juegan un papel

66 De ninguna manera se debe pretender hacer de un anciano una persona joven 99

66 En el siglo XX no se puede mantener que la vejez sea una enfermedad **99**



«El envejecimiento vendría a ser el resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales».

a

e

0

1-

IS

Э;

S

ie

le

la

u

ie

9-

10

ie

ar

a:

destacado la sublimación y la proyección, como es sabido. Ahora, seguramente, no conviene dejar en el aire el campo de las relaciones, brotado unos párrafos atrás. Y es que si «soy según me relaciono»; o «dime cómo te relacionas y te diré quién eres»; si esto es así; si el ser no es el aparentar, ni el tener, ni el saber, ni el sentir, ni el pensar, sino cómo se relaciona uno consigo mismo, con los demás y con lo trascendente; si esto es así, lo que es, cómo es y en qué consiste eso de ser

66 El anciano enfermo tiene, a veces, un modo de vivir el tiempo que se caracteriza por no afanarse por el presente 99

anciano enfermo, depende de cómo sean de sanas previamente las relaciones del anciano –en los tres planos dichos– y cómo resulten afectadas por la enfermedad, por el hecho de enfermar. Detengámonos entonces, brevemente, en el envejecimiento psicológico, en la psicología del anciano a secas.

Ya se sabe que un buen camino para acercarse a lo que entendemos por vejez consiste en considerarla como una pérdida de la capacidad de adaptación.

El envejecimiento vendría a ser el resultado de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales. Como los primeros no se han modificado, de momento, nadie parece que, hasta ahora, alcance más de los ciento veinte años de vida; aunque, eso sí, se dan peculiaridades individuales en el envejecimiento; en cambio, como los segundos —los ambientales— sí que han cambiado, y mucho, especial e intensamente en los países desarrollados, pues se ha conseguido ele-

var extraordinariamente la esperanza de vida, sin sobrepasar, claro, los límites genéticos señalados, para cada individuo en particular —totalmente variable— y para la especie, con el tope de los ciento veinte años señalados antes.

Al fallo final e irreversible lo llamamos muerte, que llega, aunque más tarde que antes, lo que conlleva una serie de consecuencias, por ésta –el alargamiento de la vida– y otras causas. Lo primero que resalta por evidente: llegan a viejos muchos más que antes; ya no son pues bienes escasos y ha bajado su valoración, pero a la vez van tomando conciencia de grupo susceptible de tener fuerza y convertirse en grupo de presión, al tiempo que irá surgiendo el deseo de convertir en realidad eso de seguir sintiéndose útiles, aunque su experiencia profesional, a causa de los cambios, se haya devaluado tanto, hasta convertirse en inservible en muchos casos de oficios desaparecidos; en cuanto a su experiencia vital sucede algo parecido, al verse trasladados, con frecuencia, a ámbitos sociales que desconocen,

66 El enfoque del futuro también padece sus distorsiones en una persona mayor 99

aunque ciertamente, al final el ser humano es siempre el mismo, por más que varíen los escenarios y costumbres. Hasta cierto punto.

En cualquier caso, la tendencia dominante señala que el anciano se queda sin sitio –desde luego físico–dentro de la familia nuclear, y puede que más aún de la posnuclear, que también ha llegado y convive con la anterior y con la extensa superviviente.

Ante este nuevo panorama, sutilmente el modo de relacionarse del anciano con su entorno va evolucionando, sintiendo quizá que socialmente se cuenta más con él—ahí está el debate de las pensiones con sus mil filigranas para no enfadarlos— y familiarmente pinta menos. Reacciona a lo segundo expresando que sobre todo desea sentirse querido y a lo primero que quiere disfrutar de la vida; esto reflejan las encuestas; que es tanto como afirmar que piden amor y libertad. Como cualquier ser humano, en cualquier etapa de su vida. Ni más, ni menos.

En cualquier edad el ser humano, para serlo, necesita amor. De manera que el niño, como tal, indiferenciado, para llegar a adulto -diferenciado- precisa sentirse amado, rodeado de amor, que lo valoren, que crean en él, para que pueda echarse en brazos de los demás, que le darán junto al amor una libertad creciente, y esto le permitirá convertirse en una persona única e irrepetible -como genéticamente también es único e irrepetible cada individuo, según los recientes estudios del genoma humano-, desde el punto de vista social, profesional, intelectual, emocional, etc. Luego comienza la desdiferenciación que conduce a -y en la que consiste- la vejez, que sólo el amor irá frenando, en la medida de lo posible, que es total, dentro de los límites marcados por la fisiología o la enfermedad, según cada caso. Así que la vida adulta se caracteriza

66 Las tres reacciones que suele provocar la enfermedad en el anciano son negación, aislamiento y regresión 99

por alto grado de eficacia y se puede esperar mucho de quien la posee; en tanto que, durante la vejez aparece y crece el deterioro, lo que hace que se suela esperar poco de quien lo padece y lo dirige habitualmente hacia la marginación:

- Laboral (jubilación).
- Familiar (abandono).
- Social (tercera edad).
- Biológica (enfermedad).

Verdaderamente, el envejecimiento supone una serie de pérdidas –o cambios–:

- Somáticos y
- Psíquicos,

que aparecen con el paso del tiempo y que afectan singularmente a la vida de la persona.

Los cambios cerebrales son los que más pueden influir en las mermas de la calidad de vida del anciano y de las personas que lo rodean:

- Fallos de la memoria y
- Disminución del rendimiento intelectual.

Antes de seguir, no queremos dejar de advertir que, pese a los avances de la fisiología, de la neurofisiología y de la misma neuropsicología, algunas funciones cerebrales parece que se sitúan todavía en el terreno de la metafísica.

La tendencia dominante señala que el anciano se queda sin sitio dentro de la familia nuclear 99

No resulta, sin embargo, tan difícil detectar que todos los cambios, las pérdidas a que nos referíamos antes, se pueden resumir en dos, como los Mandamientos:

- Pérdida de la estima y de la valoración del anciano
 -¡no digamos del anciano enfermo!- por parte de quienes lo rodean y de la sociedad en general.
- Pérdida de la propia estima –la autoestima– por parte del anciano.

Seguramente tenga sentido preguntarse qué se da primero. Todo parece indicar que las cosas suceden del siguiente modo:

- La sociedad (parte de la sociedad, el entorno del anciano -más, en el caso del anciano enfermo-), en mayor o menor medida (al menos como tendencia, posiblemente dominante), se va desentendiendo de los mayores; va valorándolos cada vez menos, al considerar que disminuye su eficacia, su utilidad -¡es que somos muy pragmáticos, muy nuestros!-, a causa del inapreciable o intenso deterioro psicofísico, o simplemente porque los considera una carga (social, política, sanitaria, familiar); resulta, digamos curioso, que se les impide, tantas veces, toda actividad, responsabilidad y demás, y luego se les reprocha y se argumenta que se han convertido en una carga; más todavía, ya que se les trata como a cosas -para que no nos remuerda la conciencia- y luego los tachamos de trastos. «Soy una carga; lo mejor es que el Señor me recoja», expresa el anciano enfermo, con la lección aprendida, con psicología de ser inservible y sentimiento de culpa; se lo han metido en la cabeza: si no tienes fuerzas -físicas, psíquicas, de poder económico u otros poderes, no vales nada-; y, sometido a este auténtico lavado de cerebro, se lo llega a creer.
- Al sentirse desatendido (si sucede estando enfermo, más), se desentiende de todo lo que le rodea, de lo que un tiempo fueron sus centros de interés y llega a desentenderse, en suma, de sí mismo. Y es que alguien –siento sinceramente no recordar quién– ha parafraseado a Descartes: Amor, ergo sum (soy amado, luego existo). Para llegar a ser y percibir que se continúa existiendo y siendo persona, necesitamos sentirnos amados; para amarnos a nosotros mismos, necesitamos que nos amen; lo necesitamos para seguir viviendo. Al anciano enfermo le mata el desamor; le quita la vida el no sentirse valorado como ser humano –mucho



«El anciano enfermo revaloriza desmesuradamente y sin tino el pasado, en un intento de compensar»

más que una herramienta de trabajo, que una fabriquita de ganar más o menos dinero-, que nadie cuente para nada con él.

Antes aludíamos a que el anciano, y de manera intensísima el anciano enfermo, precisa más que nada sentirse querido, muy a lo Erich Fromm:

- Que se le conozca (en lugar de volver la cara hacia otro lado), de una forma honda.
- Que se le cuide (en lugar de apartarlo de nuestro lado).
- Que se le respete (como ser libre que debe tomar sus propias decisiones por sí mismo), no tratándole como a un menor, si conserva sus capacidades y es competente; y que se le ayude a respetarse a sí mismo y a respetar a los demás; en fin un ser responsable.

Si empezamos por el primer punto, nos vemos obligados a insistir y ahondar en el conocimiento del anciano sano –para luego pasar al enfermo y entenderlo mejor– y el deterioro de las funciones cerebrales, en uno y otro caso.

En el estudio evolutivo de Bonn, se vio que la capacidad intelectual del anciano depende (o está en relación) con (y por este orden):

- El nivel de escolarización.
- El estado de salud.
- El sexo (cada vez menos, en parte).
- La edad.
- Y (en primer lugar, antes que nada, según muchos autores) la ocupación previa.

Pero vayamos, una por una, analizando brevemente las funciones neurológicas, en el anciano en general:

 Capacidad intelectual (inteligencia). En general, la disminución de las funciones intelectuales, con la edad, es pequeña en los sujetos sanos.

La inteligencia cristalizada (conocimientos ya adquiridos) no disminuye, por lo menos, hasta los 80 años.

La inteligencia fluida (adquisición de nuevos conocimientos) disminuye claramente con la edad.

Se da una gran variabilidad individual en la evolución de estas funciones en el anciano, siendo ésta multicausal: nivel cultural, nivel social y salud general, amén de la edad. Aunque no es la edad, como hemos visto, la que condiciona únicamente, ni siquiera fundamentalmente, la capacidad cognitiva, sino la salud general y cerebral.

- En cuanto a las memorias, la primaria o inmediata no se afecta en el anciano sano, aunque la rememorización puede ser más lenta; la secundaria o de fijación se deteriora; es decir que es edad-dependiente; la terciaria o de evocación, o no se afecta o sólo mínimamente.
- La capacidad perceptiva, concretamente vista y oído, disminuye, aunque la sordera se cree que está más relacionada con la exposición a ruidos ambientales que con factores genéticos. Con respecto a otros sentidos, conviene subrayar que, en general, se da una mayor tolerancia al dolor, lo que no hay que olvidar a la hora de explorar y diagnosticar. También señalamos que se produce un enlentecimiento de la capacidad de reacción ante estímulos elementales y complejos.

Todos los cambios enumerados van conformando un modo de afrontar la realidad –tan cambiada y cambiante, según decíamos–, y que, a su vez, es captada con nuevas dificultades, debido a las limitaciones indicadas. Insistimos, pues: por un lado, una realidad distinta, en cambio, y por otro, unos instrumentos de percepción y un aparato psíquico menos preciso.

En lo que se refiere a la personalidad, se modifica poco con el envejecimiento y la enfermedad, aunque, en términos generales, los más activos y participativos se adaptan mejor que los pasivos y escasamente participativos.

Sigamos avanzando y detengámonos en el deterioro y enfermedades asociadas, que, pese a no estar claro del todo, se suele afirmar que los ancianos con deterioro cognitivo acostumbran a estar más enfermos o padecer con mayor frecuencia algunas afecciones: visuales, auditivas, incontinencia urinaria, caídas y fracturas.

Por lo que toca a enfermedades somáticas y su relación con el deterioro cognitivo, no cabe duda que el alcoholismo, por ejemplo, acarrea no sólo deterioro, sino también pérdida neuronal y hasta demencia; la hipertensión arterial no controlada adecuadamente comporta, a veces, un discreto deterioro, así como la diabetes con hiperglucemia mantenida; también los déficits sensoriales que citábamos antes acarrean cambios psicológicos, como trastornos psiquiátricos tipo paranoide y alteraciones del estado de ánimo, a más de merma de la capacidad intelectual; la plurimedicación puede ser causa de diversos cuadros yatrogénicos, como confusión mental, irritabilidad, ansiedad, etc.

66 Durante la vejez aparece y crece el deterioro, lo que hace que se suela esperar poco de quién lo padece y lo dirige hacia la marginación 99

A medida que un anciano presente un grado más alto de alteración psíquica -ya sea déficit intelectual o trastorno afectivo-, aumenta la incapacidad -o al menos la dificultad- para realizar las actividades de la vida diaria (AVDs), como consecuencia necesitará más cuidados y, asimismo, más frecuentemente habrá de ser institucionalizado. Detrás de todo lo que venimos enumerando y que acabamos de resumir se perfilan, en forma de matices o con trazos más gruesos, rasgos psicológicos del anciano enfermo, ya explicitados o tácitos: sentimiento de extrema vulnerabilidad, desconfianza, pocas ganas de seguir viviendo, tendencia al aislamiento; o por el contrario, ganas de luchar y sacar fuerzas de flaqueza, actitud confiada, deseos de vivir y de seguir sintiéndose miembro de un grupo; o posturas esperanzadas, serenidad ante el dolor; o gestos de desesperación, maneras agresivas. Hay unos

modos clásicos de reaccionar psicológicamente ante la enfermedad en la vejez, como veremos después, pero no lo tomemos siempre al pie de la letra, dada la singularidad de cada ser humano en sus diversas formas de afrontar el dolor, el sufrimiento y la misma muerte. Por cierto no queremos dejar de decir que el deterioro cognitivo (fallos de memoria, desorientación temporoespacial, etc.) aumenta la mortalidad en la vejez, sobre todo a partir de los 75 años.

66 El envejecimiento supone una serie de pérdidas o cambios que aparecen con el paso del tiempo y afectan singularmente a la vida de la persona 99

La singularidad a que nos referíamos no nos exime de recordar aquí las tipologías más al uso, referente a ancianos.

La tipología de Savage recoge:

- Introspectivos, es decir, reservados, introvertidos, rígidos en valores y juicios, apegados exageradamente a sus cosas, tímidos, retraídos, y que tienden al autocontrol y a la tensión emocional. Estos ancianos, cuando enferman, no son especialmente demandantes de ayuda.
- Ansiosos, que mantienen numerosos conflictos consigo mismos y con los demás, y que viven la enfermedad de forma muy angustiada.
- Provectos, que ofrecen una gran resistencia a los cambios en las circunstancias de su vida.
- Adaptados, que se caracterizan por su independencia, equilibrio, actitud decidida y postura activa.

Por su parte la tipología de Reichard contempla: irritable, protegido, manejable, autoculpado y adaptado.

Altarribas contempla la tipología del anciano institucionalizado, que va del adaptado al victimista, pasando por el anulado y el rebelde.

En esta línea de analizar las diversas reacciones del anciano en las residencias, Benatar, Frías y Kaufmann se refieren a distintas formas de adaptación:

- Ensimismamiento: «esto no me gusta; me retraigo».
- Agresión: rechazo total de las normas; de la desobediencia a la agresión física.
- Integración: se encuentra la paz.
- Sumisión: hace todo lo que le manda; vivencia de encierro; el centro representa las referencias familiar y social.

Sin embargo, no podemos olvidar que, como señalan Mishara y Riedel, «si admitimos que las personas de edad están más diferenciadas y tienen una experiencia más vasta que los jóvenes, debemos suponer 66 Al anciano enfermo le mata el desamor, le quita la vida el no sentirse valorado como ser humano 99

que sus personalidades son tanto más singulares y que la diferencia de personalidad entre los ancianos debe ser más marcada que entre los jóvenes», quizá porque las personas que hoy son viejas conocieron experiencias más diversificadas; los jóvenes actuales llevan una vida más uniforme, más homogénea.

Otro punto a destacar es que no existen pruebas fiables de que la vida afectiva del anciano –ni del anciano enfermo– sea peor o mejor que la de los sujetos, sanos y enfermos, de otras edades. Más bien parece, si nos fijamos en algunos autores que tienden a estabilizarse los estados afectivos más positivos, mientras que disminuyen los estados afectivos negativos. No siempre.

Como apuntábamos casi al principio, la enfermedad, en el anciano, le recuerda, más vivamente que a las personas de otras edades, el riesgo de la muerte, por lo que frecuentemente aparecen sentimientos depresivos: tristeza, pensamiento y movimiento lentos; falta de ganas de vivir. El futuro tiene poco que ofrecerle, se vive anclado en el pasado, tal como decíamos, en un intento imposible de modificarlo, porque se culpa de haber actuado de una manera en lugar de otra, se detiene en una rumiación inútil, como si no supiera que el pasado es inmodificable.

En suma, queremos recordar algo obvio: el anciano enfermo continúa siendo una persona y como tal, de algún modo trinitaria, en el sentido de que para ser, y para no dejar de ser, ha de mantener vivas sus relaciones consigo mismo, con los demás y –si es creyente; y quizá sin serlo– con lo trascendente, con Dios.

Por tanto, si queremos ayudarle, y puesto que lo conocemos en cuanto persona anciana en general, debemos esforzarnos en poseer el mayor número de datos posibles de su historia de vida como individuo concreto, para así contar con los instrumentos indispensables que nos permitirán ayudarle a que mantenga lo más fluida posible esa triple relación, para que se siga llevando bien consigo mismo y no se ignore, sino que mantenga en pie su autoestima; nos encontraremos, además, en condiciones de ayudarle a que no se aísle y no pierda el interés por las personas y las cosas que le rodean; es decir, tiraremos del anciano para que no

66 Si queremos ayudarle debemos esforzarnos en poseer el mayor número de datos posibles de su historia de vida como individuo concreto 99

se encastille en su enfermedad, llevado de una inercia creciente que lo encierra en la pasividad. Aunque el abanico de reacciones ante la enfermedad va de la negación, el rechazo o la ansiedad, a la agresividad, la aceptación o la depresión, la palma se la lleva, como pauta unificadora, la regresión.

Si, como subrayábamos, la regresión –ese mecanismo de defensa– consiste en un replegarse para coger fuerzas y continuar la lucha, cuando la lucha se considera perdida –a causa de la enfermedad– sin estarlo, se corre el riesgo de que el anciano se instale patológicamente en la regresión, con lo que su vida psíquica se aplana, corta los canales de comunicación y apaga todo conato de mirada al presente y al futuro. La muerte, desde este punto de vista, es la regresión total, la ausencia de psicología.



6. ANCIANO Y ENFERMO, CAMINOS DE PLENITUD

Alberto Iniesta

Madrid

INTRODUCCIÓN

En estas Jornadas Nacionales, centradas en torno a la pastoral con el anciano enfermo, se me ha asignado un tema que así como suena, *Anciano y enfermo, caminos de plenitud*, podría parecer más bien contradictorio, voluntarista, retórico y hasta provocativo.

Porque hay que reconocer que tanto la ancianidad, con sus achaques, debilidades y limitaciones, como la enfermedad, que siempre supone una anomalía, una disfunción más o menos grave, que conlleva molestias y dolores físicos y psíquicos, cada una por separado son siempre temibles y temidas instintivamente, como un mal a evitar siempre que sea posible, y nunca consideradas como un camino positivo de realización, de plenitud y de maduración, como dice el enunciado de esta conferencia.

Si, además, unimos estas dos situaciones, la de la enfermedad y la de la ancianidad, la condición del anciano enfermo no tiene en sí nada de envidiable, de positivo ni de esperanzador; nada de plenitud, sino de decrepitud más o menos rápida, y como último horizonte la muerte, después de unos años de vida con permiso del sepulturero, soltando amarras lentamente, perdiendo su autonomía, sus costumbres, sus relaciones, sus rincones y sus diversiones, sumido en la desilusión y la desesperanza, añorando el pasado y temiendo el futuro.

No creo exagerar, sino más bien quedarme corto. Como sabréis muy bien por vuestra dedicación a los enfermos y ancianos, no es lo mismo hablar de estas cosas desde fuera que vivirlas en carne propia día tras día y noche tras noche. Como botón de muestra de la

66 En nuestra sociedad materialista, consumista y hedonista, la enfermedad y la ancianidad son un mal terrible 99

opinión popular sobre este problema tan humano y tan generalizado, recojamos algunos de los innumerables refranes que hablan de la vejez o de la enfermedad.

- «Al que está enfermo, nada le sabe a bueno».
- «Hombre enfermo, medio muerto».
- «Basta ser viejo para estar enfermo».
- «Ancianidad, hermana de enfermedad».
- «Hombre viejo, cada día un duelo nuevo».
- «Catarro, cagalera, casamiento y caída son las cuatro ces que quitan al viejo la vida».

De manera especial en nuestra sociedad materialista, consumista y hedonista, que rinde un verdadero culto al cuerpo, a la juventud, a la buena apariencia y a la salud, la enfermedad y la ancianidad son, por contraste, un mal terrible, un mal absoluto sin mezcla de bien alguno, ya que arrebata lo más cotizable por esta cultura del bienestar, del bien aparentar y del bien disfrutar.

Los mismos enfermos y ancianos, que no son extraterrestres de un planeta lejano, sino que han crecido y vivido en esta sociedad, pueden también estar muy influidos y condicionados por estos criterios y modelos de vida. Tanto, que muchos, a pesar de sus limitaciones evidentes, procuran hacer lo que pueden y lo que no pueden por conservar a cualquier precio siquiera una sombra o una parodia de aquellas apariencias.

Sin negar en modo alguno la necesidad y conveniencia de estimular en ellos actitudes optimistas y creativas, dinámicas y activas, lo que parece negativo es que todo el esfuerzo se ponga en conservar o recuperar algunas migajas de un modelo de vida más bien superficial, frívolo y vacío, haciendo para ello sacrificios desproporcionados que podrían emplear en otros fines más provechosos y más acomodados a su situación.

Aterrizando en el tema que se me ha propuesto, acaso me equivoque, si voy en solitario y opino por mi cuenta. Y si es que acierto, acaso me repita, diciendo sin saberlo lo mismo que han dicho ya los muchos sabios que en el mundo han sido, también en vuestras veinte semanas nacionales, al tratar los temas del en-



Monseñor Iniesta presentó sus reflexiones personales sobre el tema del anciano enfermo.

fermo o de la ancianidad, por separado. De todos modos, lo que se me ha pedido es presentar mis reflexiones personales sobre la condición del anciano enfermo, en la que de algún modo me encuentro, aunque tratando de evitar el centrarme en mí mismo, mirando más bien a los demás, procurando encontrar luces de situación en el camino que por la enfermedad y la ancianidad nos puedan orientar hacia el final de la vida del hombre, hacia la eternidad.

¿Puede esto tener algo de positivo? ¿Pueden encontrarse en esa situación valores nuevos y desconocidos, que compensen al menos la pérdida de los valores de la salud y de la juventud? ¿Es posible, rizando el rizo, como hace el título de esta conferencia, que éstos puedan ser caminos no solamente de consuelo y alivio, de paz y de resignación, sino también de desarrollo y de plenitud, lo cual supone un verdadero desafío, una utopía, un salto en el vacío que parece imposible?

66 Aunque las fuerzas físicas se debiliten con la edad, la bondad y la sabiduría no solamente se pueden mantener sino incluso crecer y mejorar en la ancianidad 99

Para terminar esta introducción, quisiera aclarar que en estas reflexiones tendremos siempre como punto de partida la concepción cristiana de la vida, que tiene sus propios objetivos, sus medios y caminos, sin excluir tampoco los valores humanos, sus medios y posibilidades. Con el fin de evitar dicotomías y divisiones un tanto artificiales, en lugar de tratar los dos niveles por separado los consideraremos conjuntamente, como se dan de hecho en nuestra existencia, en la que se compenetran, se armonizan y se complementan el cuerpo humano, la materia del hombre, el espíritu del hombre y el Espíritu de Dios que nos habita, ha-

ciéndonos miembros de Cristo, hijos del Padre y hermanos de los hombres, ciudadanos del Cielo y de la Tierra.

PRIMERA PARTE

LA ANCIANIDAD; ¿DECADENCIA O PLENITUD? ¿PRÓLOGO O EPÍLOGO?

La vida del hombre sigue inexorablemente un proceso de nacimiento, crecimiento, madurez, decadencia, decrepitud y muerte. Por experiencia propia y ajena, todos contamos de manera instintiva con esas etapas, aunque con diferente valoración sobre cada una de ellas. Así, mientras que la etapa de crecimiento está llena de expectativas y esperanzas, de fuerza y de vitalidad, y la de madurez se considera por excelencia el tiempo de la plenitud, de la fecundidad y de la creatividad en el campo familiar, profesional y social, en cambio, la ancianidad en sus dos etapas, denominadas como tercera y cuarta edad, se mira como el tiempo de la decadencia, de la decrepitud, la desaparición de facultades y la aparición de achaques y molestias que generalmente acompañan al anciano hasta la tumba.

Sin embargo, este proceso no es uniforme y simultáneo en todos los valores de la existencia humana. Así, mientras que en lo físico –altura, fuerza, agilidad, genitalidad– se alcanza la madurez relativamente pronto, sin posibilidad de crecimiento posterior, en cambio, en lo síquico –afectividad, personalidad, sociabilidad–, en lo intelectual –cultura, ciencia, formación profesional– y en lo espiritual –bondad, benevolencia, sabiduría, generosidad– son valores que se alcanzan en edad más avanzada, y de suyo pueden ir continuamente progresando a lo largo de la vida humana, salvo el caso de impedimentos de carácter patógeno. Es decir, que aunque las fuerzas físicas se de-

biliten con la edad, el corazón y la cabeza, la bondad y la sabiduría no solamente se pueden mantener, sino inclusive crecer y mejorar en la ancianidad.

También la sabiduría popular ha recogido en el refranero los aspectos positivos de la ancianidad. Así, por ejemplo entre otros muchos:

- «Cuando el hombre es más anciano, tiene el juicio más sano».
- «Donde no hay viejo, no hay buen consejo».
- «Cuando no es oído el viejo, es que está entre necios».
- «Más sabe el diablo por viejo que por diablo». Etc.

En el campo de la filosofía y de la literatura se puede encontrar de todo, desde lo más negativo, como la opinión de Juvenal, que dice que «la vejez es más temible que la muerte», hasta Amiel, para el que «saber envejecer es la obra maestra de la sabiduría, y una de las partes más difíciles del gran arte de vivir». Y merece la pena recordar este párrafo, aunque sea un poco largo, del gran orador francés Lacordaire: «A medida que envejecemos, lo terrenal se desvanece en nosotros, y lo espiritual se acentúa. La vejez, que debilita el cuerpo, rejuvenece el alma, cuando no está corrompida y como inconsciente de sí misma. El instante de la muerte es el de la floración de nuestro espíritu».

La felicidad y la alegría del anciano no puede apoyarse, en efecto, en las fuerzas físicas ni apenas en los placeres materiales, sino principalmente en los gozos del espíritu, tanto en el plano afectivo como en el intelectual, y, en nuestro caso, en el espiritual. Para evitar mal entendidos, hay que decir muy alto que damos por supuesta la adecuada atención al cuerpo, la higiene, la alimentación, el ejercicio físico adaptado a sus posibilidades, etc. Pero aun eso mismo, precisamente en atención a su completo bienestar, no puede consistir en seguir las pautas de la gente más joven, tanto en el comer como en el beber como en el esparcimiento. Un viejo axioma conocido en muchas residencias de la tercera edad dice que a los ancianos les conviene «poca cama, poco plato y mucha suela de zapato»; es decir, poco dormir, poco comer y mucho pasear.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que esa madurez, esa paz, esa sabiduría y esa riqueza espiritual posible en el anciano no es algo que se produzca por sí misma, tan sólo con el paso de los años, del mismo modo como aparecen los achaques por sí mismos, sin que nosotros los cultivemos. Porque también puede ocurrir que el anciano se vuelva más difícil de carácter; se vuelva quisquilloso, envidioso, avaricioso y receloso, amargándose la existencia y amargándola a los que les rodean.

Por eso, es necesario cultivar durante toda la vida, pero especialmente al comienzo de la ancianidad, una actitud creativa, constructiva, optimista y esperanzadora, en una continua autoeducación, en una formación permanente. Mientras que en el plano físico lo único que podemos hacer es si acaso frenar su deca-

dencia, en cambio podemos progresar indefinidamente en el plano afectivo, cultural y moral.

Los valores del espíritu pueden proporcionarnos satisfacciones y realizaciones mucho mayores que las que pudiéramos encontrar en la materia, sin depender completamente de ésta. Beethoven no pudo nunca escuchar con sus oídos la grandiosa Novena Sinfonía, porque por entonces ya era completamente sordo. Pero él la oía perfectamente dentro de su corazón, como la madre gestante que no puede ver al hijo, pero lo siente palpitar en sus entrañas.

Afortunadamente, la sociedad actual cuenta con muchos servicios para ayudar a los ancianos a vivir estas últimas etapas de la vida con la mayor plenitud posible. Naturalmente, no se trata de apuntarse a todo, dejándose llevar por la corriente, sino de buscar y seleccionar aquellos medios que realmente nos son convenienes como ayuda para llevar una ancianidad equilibrada, gozosa, serena y creativa. Ni estar siempre moviendo el *body* como unos quinceañeros, ni tampoco tumbarse inmóviles como lagartos al sol.

66 Es necesario cultivar una actitud creativa, constructiva, optimista y esperanzadora, en una formación permanente **99**

Es tiempo de lectura reposada y saboreada de buenos libros; de escribir para nosotros lentamente, reflexionando sobre la vida, tirando del hilo que nos descubrirá nuestros propios rincones auto-desconocidos y enriquecerá nuestras opiniones sobre la gente y sobre el mundo; tiempo de la tertulia y la conversación pausada, dejando a los demás que se desahoguen; escuchar más que hablar; saber mirar desde el fondo del corazón, con bondad y comprensión, con una sonrisa sobre todo interior que se trasluzca oportunamente al exterior; saborear los viejos rincones conocidos y los paisajes tantas veces paseados como si fueran nuevos, como si esta mañana se estrenaran; abrirse a la cultura y al pensamiento de la sociedad, asistiendo a conferencias, exposiciones, conciertos, películas, deportes; viendo la televisión con mirada profunda, juzgando y valorando, seleccionando y reflexionando, cultivar algún hobby, gimnasia de mantenimiento, paseos, bicicleta o algún deporte suave, etc.

En suma, y para no alargarnos, se trata de que en esta época más que en ninguna otra debemos fomentar los valores humanos, las virtudes sociales, la bondad y la benevolencia, la tolerancia y la paciencia, la humildad en el trato mutuo, la buena educación en la convivencia, el buen humor y, por supuesto, el buen amor por encima de todo. Más que nadie, el anciano debe recordar que si es verdad que necesitamos que nos quieran, nos es tan necesario o más el querer, el amar a los demás. Y mientras que aquéllo depende de los otros, esto depende tan sólo de nosotros, y, además, repercu-

tirá lo uno en lo otro. Como dice san Juan de la Cruz, «donde no hay amor, pon amor, y encontrarás amor».

Y, como dice un refrán inglés, lo último, pero no lo menos importante, sino todo lo contrario, es para nosotros la concepción cristiana de la ancianidad como antesala del Reino de Dios, como preparación y noviciado para aquella convivencia, aquella residencia no de ancianos sino de eternamente jóvenes donde residiremos para siempre. Si, como hemos recordado, el proceso psicológico de la vida humana es mucho más largo que el proceso fisiológico, el proceso espiritual—referido en este caso al Espíritu con mayúscula— es de suyo interminable en esta vida.

Mientras estamos en camino por la historia, vivimos esos tres niveles perfectamente ensamblados entre sí, sin fisuras ni dicotomías: la gimnasia y la digestión, la afectividad y la cultura, el trabajo profesional y la oración, etc. Pero con una circunstancia que hay que tener en cuenta: Así como la vida humana de suyo tiene un límite, es como un capital que vamos gastando día a día, un cirio que se gasta mientras arde, hasta llegar a consumirse, la vida cristiana, por el contrario, puede crecer continuamente, y mientras que aquélla ha de morir irremediablemente, ésta ha de vivir eternamente.

Por eso, la vida cristiana es un proceso biológico continuado, sin más interrupción que la que proceda de nuestra infidelidad y nuestro pecado. De aquí que la ancianidad sea la etapa de la culminación, cuando el Espíritu Santo está terminando su *trabajo*, como el artista da los últimos toques al retrato, en este caso, un retrato de Cristo, el único modelo para todo discípulo. En este sentido, la ancianidad es verdaderamente un tiempo lleno de vitalidad y de creatividad, de crecimiento y de plenitud en el sentido estricto de la palabra. Cuando decrece la vida profesional y social, puede crecer impetuosamente la vida teologal, la vida divina, el germen cristiano que el Espíritu sembró por el bautismo, haciéndonos partícipes de la vida eterna.

Esta vida creciente, este camino de plenitud, se manifiesta principalmente por dos cauces, Dios y el hombre, que en realidad se comunican entre sí. En la ancianidad puede llegar a su madurez el gran misterio de la vida cristiana, una vida contemplativa en el sentido más profundo de la palabra, un saboreo permanente del tesoro infinito que llevamos en nuestro corazón, como anticipo de la vida eterna con el Padre, el Hijo y el Espíritu, como prometió Jesús: «Vendremos a él, y haremos morada en él». Por eso, podemos decir como san Pablo: «Ya no soy yo quien vive; es Cristo quien vive en mí». El anciano suele estar muchas veces a solas, pero nunca está solo ni aburrido, porque tiene siempre con quien hablar, hablando desde Cristo con el Padre en el Amor del Espíritu.

Es el tiempo de hablar con Dios a tiempo perdido, sin prisas, sin palabras, sin muchas razones, pero sí con mucho amor y mucho corazón. Tiempo de cultivar abundantemente la lectura de libros de espiritualidad



«La felicidad y la alegría del anciano debe apoyarse, principalmente, en los gozos del espíritu».

y de vidas de santos; de meditar y rumiar despacio la Sagrada Escritura, en coloquio con el Espíritu Santo, que es su autor y la puede explicar.

Tiempo de pasar largos ratos junto al sagrario, donde está de manera privilegiada y única el Maestro, el Hermano, el Amigo, el Salvador. Si el Señor nos hubiera prometido que una vez al año vendría del Cielo a la Tierra en la Misa del Papa, ¡cómo procuraríamos acudir los que pudiéramos, para estar allí en aquel acontecimiento! ¿Y si hubiera dicho todavía más, que se quedaría todo el año en un sólo sagrario, en Jerusalén, en Roma, donde fuera? ¡Qué envidia de los que allí vivieran! Pero se ha quedado en todas las iglesias, y parece que no le damos importancia.

¡Y la tiene muy grande! Así como ciertos personajes importantes tienen sus despachos para recibir audiencias, Cristo ha elegido este lugar para escucharnos, hablarnos, aconsejarnos, iluminarnos, consolarnos, fortalecernos y enriquecernos. Si María hubiera vivido en nuestra condición, en cuanto tuviese un momento libre acudiría como una exhalación para estar allí, al lado de su Hijo y de su Dios, que se hizo hombre para redimirnos, luego se hizo pan para alimentarnos, y además se ha hecho sagrario, si cabe hablar así, para acompañarnos.

Para muchos ancianos podría ser una etapa propicia para incorporarse al rezo de la Oración de la Iglesia, al menos, en las horas de la mañana y del atardecer, con su gran riqueza de himnos, de salmos, de antífonas, párrafos breves y seleccionados de la Escritura, de responsorios, de preces y oraciones, que sirven para alimentar la vida espiritual, y, sobre todo, suponen un servicio eclesial, rezando en nombre de la Iglesia y con su autoridad, en nombre también de todos los hombres, para alabar y bendecir al Padre, para darle gracias por todos sus beneficios, para pedirle perdón por todos nuestros pecados y ayuda para todas nuestras necesidades, siendo así voz de los sin voz, unidos al coro que en toda la Tierra a diferentes horas rezamos lo mismo, y al coro del cielo que lo hace continuamente sin cansancio.

La otra vertiente de que hablábamos es, en el fondo, la misma, es la del hermano, en especial, el más necesitado. Dejando aparte los problemas socio-económico-políticos que pueda plantear —y que no es de la incumbencia de esta intervención—, sin duda que la etapa de la jubilación puede ser de hecho para el anciano un tiempo privilegiado para ejercer la solidaridad, o, si se quiere, digamos en cristiano practicar la caridad —que no porque a veces se haya caricaturizado vamos a dejar de utilizar una expresión esencialmente cristiana—.

Tanto en la comunidad eclesial como en las organizaciones no gubernamentales, el voluntariado en sus diversas formas puede ser un cauce donde cumplir el mandamiento de Cristo de amar a los hermanos como Él nos amó, hasta dar la vida por nosotros una vez en la Cruz, y darnos la vida a nosotros muchas veces

66 En esta etapa más que en ninguna otra debemos fomentar los valores humanos 99

en la Misa. Pero además se dan otras muchas ocasiones de ayudar, de servir, de acompañar, de echar una mano en las mil circunstancias de la vida diaria.

Cristo se ha quedado entre nosotros de muchas maneras: donde dos o más nos reunimos en su nombre, en la proclamación del Evangelio, en cada uno de nosotros, en los sacramentos, etc. Pero parece que ha privilegiado dos lugares especialmente: en el sagrario, del que ya hemos hablado, y en los pobres. «Conmigo lo hicisteis», decía a los que dieron de comer al hambriento y vistieron al desnudo. No está de la misma manera en el Bautismo que en la Misa, en el sagrario que en el pobre. No está lo mismo, pero sí que es el mismo.

Y así como en la mesa de la Misa solamente podemos comulgar con Cristo los cristianos católicos, en cambio, en la mesa de los pobres podemos comulgar con todos los hombres de buena voluntad que quieran ayudar al hermano. Allí todos podemos comulgar con Cristo. Porque aunque éstos no lo sepan, tampoco lo sabían aquellos del día del juicio —«¿Cuándo te vimos hambriento y te dimos de comer, desnudo y te vestimos?»—, pero el Señor sí lo sabía y lo agradecía: «A mí me lo hicisteis. Venid, benditos de mi Padre». De alguna manera, el pobre es como el octavo sacramento de la Iglesia, y en general todo hermano, todo prójimo que nos necesita, aunque no siempre sea sociológicamente hablando *un necesitado*.

Esto mismo se podría aplicar proporcionalmente en la gran variedad de ministerios intraeclesiales, colaborando con la comunidad en la animación de las celebraciones, en la organización parroquial, en la economía, en la pastoral obrera, en Cáritas, en la catequesis de niños, de jóvenes, de adultos o –¿por qué no, también, y de manera especial?— de ancianos, en grupos o individualmente, visitando a domicilio a los inmovilizados, etc.

SEGUNDA PARTE:

LA ANCIANIDAD ENFERMA, ¿FUERZA O DEBILIDAD? ¿DECREPITUD O PLENITUD?

Mal que bien, con una mirada cristiana, e inclusive con una mentalidad humanista y sapiencial, aún se puede aceptar la ancianidad como un camino de plenitud, al menos, en ciertos aspectos de la vida del hombre, aunque suponga notables limitaciones en otros.

Por el contrario, ¿qué decir cuando a la vejez se une la enfermedad, en sus múltiples y siempre dolorosas circunstancias, de mayor o menor gravedad? Lo más que se puede esperar, humanamente hablando, es aceptar la situación con paciencia y con resignación, como algo irremediable, aunque también se dan muchas reacciones de rebeldía y desesperación. Pero ¿cómo ver en ello nada menos que un camino de plenitud? No parece más bien una frase retórica, una pirueta mental, un más difícil todavía o un voluntarismo sin fundamento alguno?

Sin exageración, bien podríamos decir que tocamos aquí si no la flor y el fruto de la vida cristiana, que serían la esperanza y el amor, sí en verdad sus raíces, las raíces de la fe, que están escondidas, encerradas, enterradas en la tierra, humildes e invisibles, pero que dan al árbol la savia y la substancia, la vida y la subsistencia.

Entramos en un campo lleno de misterios, del cual sólo se puede hablar con temor y temblor, o, mejor aún, del cual tan sólo puede hablar la Palabra de Dios, de un Dios que no nos ha explicado el misterio del mal y del dolor, pero lo ha compartido; que no nos ha dado una explicación racional, pero sí una solución vital. Porque en vez de quedarse en el Olimpo de los dioses, disfrutando de la inmortalidad feliz de la divinidad, ha descendido al valle de los hombres, a compartir con ellos su vida y su trabajo, sus esperanzas y alegrías, y también su tristeza y su angustia, su dolor y su muerte. «Triste está mi alma hasta la muerte».

Jesús de Nazaret conoció por experiencia las limitaciones normales de nuestra condición humana, y al final de su vida en este mundo quiso consumar su obra contando con la muerte y la resurrección, que son inseparables entre sí, que representan las dos caras de la misma moneda de la Redención. Si no queremos deformar el Cristianismo, no podemos prescindir ni de la una ni de la otra: el Crucificado será resucitado, y el Resucitado fue crucificado.

Aun así, sin embargo, es necesario destacar ciertos matices que tienen su misterio, y esto en el doble sentido de la palabra, como dificultad de intelección, como problema de difícil comprensión, y también como fuerza, como vida, como sacramento, como presencia no sólo misteriosa, sino también mistérica de gracia.

¿No es paradójico, en efecto, que después de haber hecho obras tan grandes con su predicación y sus milagros, Jesús termine con el fracaso, la impotencia y la locura de la cruz? ¿No es también misterioso que lo más impresentable de Dios –¿qué Dios es éste que deja tirado a su representante en la Tierra?— se desarrollara ante la multitud, y que lo más glorioso quedara en el misterio del sepulcro, y que el Resucitado se manifestara tan sólo a unos pocos? ¿No da que pensar que en el arte cristiano durante veinte siglos se hayan hecho tantas y tan admirables imágenes del Crucificado, y tan pocas y tan poco convincentes del Resucitado?

¿Por qué la mayor parte de las conversiones, ya sean del ateísmo a la fe o de la tibieza al fervor, han tenido como referencia a «Cristo, pobre, desnudo y crucificado», como decía Guillermo Rovirosa, el gran converso fundador de la HOAC, y tan pocas que yo sepa al Cristo glorificado? Más aún: el mismo san Pablo, que no conoció probablemente al Jesús histórico ni pudo asistir a la crucifixión, sino que su primer encuentro con Jesucristo fue con el Señor Resucitado, decía con frecuencia y con énfasis que él no quería saber nada de nada más que «a Cristo, y Cristo, crucificado»?

¿Qué tiene la cruz de Jesucristo que doblega nuestro orgullo, abre los corazones a la gracia, levanta

66 Lo último, pero no menos importante, es para nosotros la concepción cristiana de la ancianidad como antesala del Reino de Dios 99



«Hay que buscar y seleccionar aquellos medios que, realmente, nos son convenientes como ayuda para llevar una ancianidad equilibrada».

nuestra esperanza y, sobre todo, enciende nuestro amor al Dios crucificado por amor a nosotros?

Es que entre los grandes milagros y las hermosas palabras que Jesús hizo y dijo en su vida, al final las culminó haciendo lo más grande, lo que nadie más que Dios podía hacer, y lo que más necesitábamos los hombres de la historia. Después de todo, cocer y repartir el pan, bien podemos hacerlo nosotros, si no de repente, sí moliendo, amasando y cociendo con nuestras propias manos. Curar enfermos, si no de modo milagroso, ya podemos hacerlo con medios naturales, al menos en el sentido de cuidarlos, y a veces sanarles totalmente, contando con el tiempo y con la medicina.

En la última cena, el Señor advierte a sus discípulos de lo que le espera y lo que les espera: «Igual que me han perseguido a mí, os perseguirán a vosotros». «Os lo digo de antemano». «Vosotros estaréis tristes, pero vuestra tristeza se convertirá en gozo» (Jn 14/17 passim). No dice que la tristeza pasará, y después vendrá la alegría, como tantas veces sucede en la vida, afortunadamente, sino algo mucho más difícil, algo imposible para el hombre: «Vuestra tristeza se convertirá en alegría».

Algo así como en la medicina homeopática tomando el mal en la vacuna se forman anticuerpos contra la enfermedad, Jesús en la cruz, asumiendo nuestro mal radical, nuestro pecado y nuestra muerte, convirtió lo que nadie quiere en lo que todo el mundo anhela, transformando la tristeza en alegría; el fracaso, en triunfo; la muerte, en vida, y el dolor, en amor.

En la Cruz se manifiesta de manera sublime el amor que Dios nos tiene, hasta la locura, hasta el extremo. En la última cena Jesús reveló a los discípulos esta frase impresionante: «Como el Padre me amó, así os he amado yo». Y lo que entonces se manifestaba con palabras, ahora se manifiesta en el silencio elocuente de la Cruz, del Amor por amor crucificado. Podríamos recordar aquí el famoso poema de Pastorcico, de san Juan de la Cruz:

Un pastorcico, solo, está penado, ajeno de placer y de contento, y en su pastora puesto el pensamiento, y el pecho del amor muy lastimado.

No llora por haberle amor llagado, que no le pena el verse así afligido, aunque en el corazón está herido, mas llora por pensar que está olvidado.

Que solo de pensar que está olvidado de su bella pastora, con gran pena se deja maltratar en tierra ajena, el pecho del amor muy lastimado.

Y dice el pastorcico: ¡Ay, desdichado de aquel que de mi amor ha hecho ausencia y no quiere gozar de mi presencia, y el pecho por su amor muy lastimado!

Y a cabo de un gran rato, se ha encumbrado sobre un árbol do abrió sus brazos bellos, y muerto se ha quedado asido dellos, el pecho del amor muy lastimado.

Este misterio divino de muerte para vida se debe prolongar a lo largo de toda la vida del cristiano. «El que no toma su cruz y me sigue, no es digno de mí. El que quiera conservar su vida, la perderá, y el que la pierda por mí, la conservará» (Mt 10, 38-39).

Puesto que toda nuestra vida es un morir continuo, un desvivirse, cada día que lo vivimos, lo gastamos y lo *morimos* por Cristo y con Cristo, es un día que dura para siempre. En cambio, la vida que gastamos según nuestros criterios y caprichos, al margen o a espaldas de Dios o contra Dios, es un día totalmente perdido, muerto, estéril y vacío para siempre.

Por eso, bien podemos decir como san Pablo: «Suplo en mi carne lo que falta a la Pasión de Cristo». Y por eso también se puede sentir ya en nuestras vidas la fuerza de la Cruz (1 Co 1, 21-25; 2 Co 13, 4). La primera Santa de América, santa Rosa de Lima, refiere en sus escritos íntimos que el Señor le dijo en cierta ocasión: «Ésta es la única escala del Paraíso, y sin la cruz no se encuentra el camino para subir al cielo». Lo mismo podríamos espigar en casi todos los santos, así como en la más reciente teología, como en la famosa cristología de Moltmann *El Dios crucificado*.

La misma experiencia podríamos encontrar en muchos cristianos de nuestro tiempo, como Martín Descalzo en los últimos años de su dolorosa enfermedad que le llevó al Reino de los Cielos. Federico Bellido, una de las figuras clave en el movimiento del Mundo Mejor en España, me decía en una carta poco antes de morir que aquella enfermedad era la gracia más gran-

de que había recibido en toda su vida. Lo mismo me decía en el Hospital General de Albacete, donde moriría pocos días después, Ramón Roldán, que había sido vicario de la diócesis. Y así tantos casos que todos habremos conocido, y vosotros de manera especial por vuestra dedicación profesional y pastoral.

El dolor puede aparecer inesperadamente en cualquier edad, sin excluir la infancia, la adolescencia o la juventud, pero tiene un sentido especial en la última etapa de la vida cristiana, como consumación, como culminación y como perfección. La fe puede iluminar las tinieblas del dolor con luces de la eternidad y de la gloria. Decía Teresa del Niño Jesús que «el sufrir pasa, pero el haber sufrido con Cristo no pasará jamás». Cada noche que parece interminable, de todos modos, al fin, termina con la aurora. Pero si la hemos pasado con Cristo, esa noche tendrá un amanecer que no anochecerá jamás.

La unción de los enfermos tiene en esta etapa de la vida un puesto principal. Como sabemos, a pesar de la imagen deformada que lamentablemente perdura en muchos ambientes todavía, no es para los agonizantes, para lo cual está la Eucaristía por viático, sino para los enfermos de gravedad, aunque de suyo no fuera una enfermedad mortal. El Nuevo Catecismo recuerda que «es apropiado recibir la Unción de los enfermos antes de una operación importante. Y esto mismo puede aplicarse a las personas de edad avanzada, cuyas fuerzas se debilitan» (n.º 1515). Y al hablar de los efectos del sacramento, dice entre otras cosas: «Un don particular del Espíritu Santo. La gracia primera de este sacramento es una gracia de consuelo, de paz, y de áni-

66 Así como la vida humana tiene un límite, la vida cristiana puede crecer continuamente 99

mo para vencer las dificultades propias del estado de enfermedad grave o de la fragilidad de la vejez. Esta gracia es un don del Espíritu Santo que renueva la confianza y la fe en Dios», aludiendo después a la curación del alma y, si Dios quiere, la del cuerpo, así como el perdón de los pecados. (n.º 1520).

El n.º 1521 lleva por título *La unión a la Pasión de Cristo*, y dice más adelante que «en cierta manera es consagrado para dar fruto por su configuración con la Pasión redentora del Salvador. El sufrimiento, secuela del pecado original, recibe un sentido nuevo, viene a ser participación en la obra salvífica de Jesús».

El número siguiente insiste en el aspecto eclesial del sacramento, y la mutua influencia entre el enfermo y la Iglesia, por la comunión de los santos.

Y el n.º 1523 se titula significativamente *Una pre*paración para el último tránsito, recordando que la Unción de los enfermos «acaba por conformarnos con la muerte y resurrección de Cristo, como el Bautismo había comenzado a hacerlo. Es la última de las sagradas unciones que jalonan toda la vida cristiana», y dice más adelante: «Esta última unción ofrece al término de nuestra vida terrena un escudo para defenderse en los últimos combates y entrar en la Casa del Padre».

Bien podríamos decir, por tanto, que el ungido recibe gracia sacramental para el sacerdocio del sufrimiento y del dolor, para poder decir, con san Pablo, «estoy crucificado con Cristo». Dios no es el causante del mal ni del sufrimiento, pero cuenta con él dada nuestra condición humana, físicamente limitada y moralmente pecadora. Pero si no quiere el mal ni el sufrimiento, sí quiere que saquemos del mal un bien mayor, como hizo su hijo Jesús, que del mayor mal y de la mayor injusticia de la historia supo sacar un bien infinitamente mayor para su propia gloria y nuestra salvación.

66 La unción de los enfermos tiene en esta etapa de la vida un puesto principal 99

Contra las exageraciones o desviaciones de un dolorismo masoquista no caigamos en el extremo contrario de presentar un cristianismo *light*, un cristianismo facilón, una *gracia barata*, como decía Bonhoeffer. Es una de las cosas que reprochan algunos a Drewermann, como González Faus, que le dice: «Me da la sensación de que toda tu visión del cristianismo seguiría igual si Jesús hubiera muerto tranquilamente en una cama y cargado de años».

Paradójicamente, la fuerza del misterio pascual en la vida cristiana se manifiesta de manera especial en la debilidad, como dice san Pablo: «He rogado tres veces al Señor para que apartase esto de mí, y otras tantas me ha dicho: "Te basta mi gracia, ya que la fuerza se pone de manifiesto en la debilidad". Gustosamente, pues, seguiré presumiendo de mis debilidades, para que habite en mí la fuerza de Cristo. Y me complazco en soportar por Cristo flaquezas, oprobios, necesidades, persecuciones y angustias, porque cuando me siento débil, entonces es cuando soy fuerte» (2 Co 12, 8-10).

Y esta actitud no es ocasional, sino una constante en sus cartas. Según autorizados comentaristas, como Eugen Walter en su comentario a 1.ª Corintios, la filípica que echa a aquellos cristianos, cuando les dice aquello de «nosotros somos unos necios por Cristo, y vosotros, sabios en Cristo; nosotros, débiles, vosotros fuertes», etc., no lo dice irónicamente, sino reconociendo esta vinculación mutua entre los miembros del Cuerpo Místico de Cristo, en especial de los pastores con sus fieles, por la cual la vida de unos se comunica a los otros, como el cuerpo humano comparte y reparte adecuadamente la sangre por todos sus miembros, pero acude más abundantemente donde hay una herida.

¿No podía haber dicho Cristo en la Cruz, mejor que nadie, a todos los cristianos: «Yo estoy aquí como ne-

cio para que vosotros seáis sabios; como débil, para que seáis fuertes; como esclavo, para que seáis libres», etcétera? ¿Y no podría también el anciano enfermo sentirse especialmente llamado en esta etapa definitiva y última de su vida a ser crucificado con Cristo, para dar vida al mundo, y a la Iglesia, con su oración, con su esperanza y su paciencia? Es ciertamente un ideal sublime, una meta muy alta, pero también una realidad siempre posible con la gracia de Dios, y de hecho si no siempre se da, tampoco es infrecuente.

CONCLUSIÓN

¿No podrían también muchos ancianos enfermos que no se sientan cristianos descubrir en esta etapa tan importante de su vida la llamada de Dios, la presencia de Cristo, que quiere acompañarles en sus sufrimientos, para darles consuelo y esperanza, para darles paz sobre el pasado y proponerles una nueva oportunidad para el futuro?

De acuerdo con un reciente informe del INSERSO, en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas, publicado en *Vida Nueva*, el 62 % de los ancianos españoles se consideran católicos, más o menos practicantes, y el 30 %, católicos nada practicantes. El 21 % nunca va a misa; el 20, varias veces al año; el 12, algunas veces al mes; el 17, casi todos los domingos; el 20, todos los domingos y festivos, y el 6, varias veces a la semana.

¿No tiene aquí la Iglesia una hermosa tarea, un campo bien dispuesto donde evangelizar, catequizar y estimular, en unos casos para recuperar o redescubrir la fe; en otros, para afianzarla, y en otros para llevarla a su madurez, que es la llamada a la santidad? Los capellanes, sanitarios y voluntarios que acompañáis a los ancianos sois los mensajeros del Rey de la Vida, que invita a todos a su Reino, donde no habrá ni ancianidad ni enfermedad, sino eterna juventud, salud y vida en plenitud.

Mientras que el mundo desestima, abandona o tira a la basura todo lo viejo, lo inservible, lo usado y anticuado –las cosas, los coches, los trajes y hasta las personas—, Dios recoge con amoroso mimo al derrotado, al envejecido y al deteriorado, ofreciéndole en la clínica del Reino el lifting más perfecto, la eterna juventud que no vuelve a envejecer jamás. «Ésta es la morada de Dios entre los hombres. Pondrá su morada entre ellos, y ellos serán su pueblo, y él, Dios-con-ellos, será su Dios. Enjugará toda lágrima de sus ojos, y no habrá ya muerte, ni llanto, ni gritos, ni fatigas, porque lo viejo ha pasado. Entonces dijo el que está sentado en el trono: "Mira que todo lo hago nuevo"». (Ap 21,3-5).

Y aquí en la Tierra se puede saborear esta novedad como un anticipo, como una prenda de la que Dios nos hace ya participar en este mundo. Porque «el amor de Dios ha sido derramado en nuestros corazones con el Espíritu Santo que se nos ha dado». (Rom 5,5).

7. LA JUVENTUD DE LA VEJEZ*

José Luis Redrado, O.H.

Secretario del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios

1. Al reflexionar sobre el título para mi saludo y en las conclusiones de esta jornada sobre la asistencia geriátrica, me he encontrado con la expresión «Juven-tud de la vejez»¹, que me ha impresionado porque en realidad se trata de una expresión cargada de significado.

Alguien ha dicho que el hombre nace viejo y que luego, poco a poco, se vuelve joven porque juventud de la vejez es altruismo, dar en vez de recibir.

- 2. La segunda idea que me ha impresionado es el hecho de observar la gran cantidad de frases, slogans y dichos referentes a la vejez:
 - Ha sido llamada la edad de oro, la edad de la pensión.
 - Para Cicerón, el ideal era «envejecer sin ser ácidos», como los buenos vinos.
 - Todos conocemos la frase de Juvenal que deseaba llegar a la vejez con Mens sana in copore sano.
 - Un filósofo griego dice que «la vejez inicia cuando los recuerdos pesan más que las esperanzas».
 - En el Medioevo, la Escuela de Salerno daba los siguientes consejos para llegar a la vejez: «Vida honesta y ordenada. Tomar pocos remedios. Emplear todos los medios para no inquietarse por nada. Alimentos con moderación, Ejercicio y distracción.

Y el salmista exulta de gozo y de esperanza cuando dice: «Todavía en la vejez tienen fruto...» (Sal 91, 15).

- 3. Diferentemente de nuestra cultura que margina a los ancianos, en la antigüedad éstos eran muy estimados, eran los jefes de las familias y de los grupos,
- * Ponencia en el CONGRESO SOBRE LA RED INTEGRADA DE LOS SERVICIOS PARA LA ASISTENCIA GERIÁTRICA. (Pontificio Santuario Pompei, 11 de julio de 1996).
- Esempi catechistici «Jesus», n.º 53, Ed. dominicana italiana, Napoli, octubre 1982.



«El problema principal en relación con las personas ancianas es cómo permitir que entren en el centro mismo de nuestra vida».

eran responsables de la administración de la justicia y custodios de las tradiciones.

Muchas ideas como estas se encuentran conservadas en la Sagrada Escritura, especialmente en *Éxodo* (cc. 3,12, 17) y *Números* (c. 11):

«Reúne a los ancianos de Israel... Moisés convocó a todos los ancianos...»

Asimismo, en el Nuevo Testamento los ancianos tienen una tarea de responsabilidad y forman parte del Sinedrio (Cf. Hechos de los Apóstoles: cc. 11-21).

Al respecto, son famosas la sentencias de la Sagrada Escritura:

La vida es un don de Dios y a quien honra a sus padres le es prometida larga vida (Ex 20, 12) y el que teme al Señor «prolonga la vida» (Pr 10, 27). «Corona de los ancianos son los hijos de los hijos; los padres son el honor de los hijos» (Pr 17, 6). «Expiró, pues, Abraham y murió en buena ancianidad, viejo y lleno de días...» (Gn 25, 8), murió en paz consciente de ha-

66 En la antigüedad, los ancianos eran muy estimados **99**

ber vivido una vida plena, al igual que el otro anciano del Nuevo Testamento, Simeón, que exclamó bendiciendo a Dios:

«Ahora, Señor, puedes, según tu palabra, dejar que tu siervo se vaya en paz... porque han visto mis ojos tu salvación...» (Lc 2, 29-30).

Es en san Pablo que encontramos justamente tanto la exhortación como el ejemplo personal; he aquí los textos:

«Que los ancianos sean sobrios, dignos, sensatos, sanos en la fe, en la caridad, en la paciencia, en el sufrimiento; que las ancianas asimismo sean en su porte cual conviene a los santos: no calumniadoras ni esclavas de mucho vino, maestras del bien, para que enseñen a los jóvenes a ser amantes de sus maridos y de sus hijos, a ser sensatas, castas, hacendosas, bondadosas...» (Tt 2, 2-5).

«Por eso no desfallecemos. Aun cuando nuestro hombre exterior se va desmoronando, el hombre interior se va renovando de día en día» (2 *Co* 4, 16).

«Yo estoy a punto de ser derramado en libación y el momento de mi partida es inminente. He competido en la noble competición, he llegado a la meta en la carrera, he conservado la fe» (2 *Tm* 4, 6-7).

4. Todos sabemos que caminamos hacia una sociedad de ancianos². Los estudios sociológicos ilustran ampliamente esta idea del envejecimiento de nuestra sociedad.

No insistiré demasiado sobre esto, sólo deseo indicar sintéticamente alguna idea y proporcionar algunas cifras que me ayudarán luego a sacar algunas conclusiones.

- En el 2000, dos tercios de los ancianos vivirán en países en vía de desarrollo.
- En el 2020, la población global en estos países aumentará del 95 %, mientras el número de las personas ancianas residentes aumentará del 240 %.
- Cf. Revista *Dolentium Hominum*, n.º 10/1989. Actas de la Tercera Conferencia Internacional «Longevidad y calidad de la vida». «Aggiornamenti sociali» 9-10/1993, «Situación de los ancianos en la Comunidad Europea».

Los 20 países más tocados por el envejecimiento

Proyección del aumento de la población por encima de los 60 años entre 1980 y el 2020 (en millones)

Graduatoria 1980	País	Población en 1980	Más de 60 años en 1980	Población en el 2020	Más de 60 años en 2020	Graduatoria 2020
1	China	996,1	73,6	1.436,3	238,9	1
2	India	688,9	44,6	1.186,3	149,7	2
3	U.S.A.	227,7	35,8	304,4	66,9	4
4	U.R.S.S.	265,5	34,7	358,1	69,3	3
5	Japón	116,8	15,0	132,6	34,7	5
6	R.F. de Alemania	61,6	11.9	54,7	15.7	8
7	Reino Unido	55,9	11,3	56,1	13,5	13
8	Italia	57,1	9,8	57,5	14,5	10
9	Francia	53,7	9,2	58,3	14,3	- 11
10	Indonesia	151,0	8.0	262,1	30.1	6
11	Brasil	121,3	7,5	233,8	28,4	7
12	España	37,4	5,6	45,4	9,2	18
13	Polonia	35,6	4,7	44,6	9,7	17
14	Bangladesh	88,2	4.6	206,0	12,6	15
15	Pakistán	86,1	4,0	198,1	13,9	12
16	México	69,4	3,6	146.0	14.6	9
17	Argentina	28,2	3,4	45,6	6,7	20
18	Vietnam	54,2	3,3	103,4	9,8	16
19	Canadá	24,1	3,3	32,5	7,7	19
20	Nigeria	80,6	3,2	301,8	12,8	14

Personas ancianas en la Comunidad Europea y en los Estados miembros al 1991

		60 años y	más	80 años y más		
1591	- lyragenion	Millares	%	Millares	%	
=112	EUR 12	68.576	19,9	11.936	3,5	
	Bélgica	2.062	20,7	353	3,5	
	Dinamarca	1.046	20,3	192	3,7	
	Alemania	16.264	20,4	3.011	3,8	
	Gran Bretaña	11.931	20,7	2.128	3,7	
	Grecia	2.049	20,2	323	3,2	
	Francia	10.953	19,3	2.151	3,8	
	Irlanda	538	15,3	79	2,2	
	Italia	11.888	20,6	1.878	3,3	
	Luxemburgo	73	19,1	12	3,1	
	Holanda	2.611	17,4	437	2.9	
	Portugal	1.798	18,2	247	2,5	
- VIII	España	7.362	18,9	1.125	2,9	

- 5. De las cifras de las tablas precedentes se desprenden claramente dos aspectos:
 - Que la población con más de 60 años irá aumentando cada vez más; se prevé que para el año 2020 un anciano de dos será activo.
 - Que la mejoría de las condiciones de vida de los ancianos no parecen estar en aumento en estos años y esto dependerá mucho del progreso total de la nación.

Las condiciones de vida de los ancianos tienen en cuenta ciertos indicadores, como el consumo total, la casa, el confort... 66 Es necesario crear una cultura que ayude cada vez más a esta última etapa de la vida 99

Entra aquí el concepto de la mejora y de la calidad de la vida en todos los niveles: económico, médico, social, personal (necesidades, deseos, valores).

«...La calidad de la vida nace gracias al contraste entre vida real y vida deseada, es decir, por la valoración de la distancia existente entre ellas. La calidad será considerada satisfactoria cuando la distancia percibida no será tan amplia»³.

CONCLUSIONES

1. Es necesario crear una cultura que ayude cada vez más a esta última etapa de la vida. Después de haber escrito un libro durante la vida, el último capítulo debe estar lleno de entusiasmo, gozo, esperanza, sentimiento del deber realizado, conciencia de haber sido útil, de haber colaborado, ayudado, de haber hecho historia.

Es hora de cultivar otros valores que antes habíamos dejado de lado, o no los habíamos vivido suficientemente: la amistad, la lectura, la reflexión, la música, el arte, el orar, recordar y celebrar las cosas que nos hacen felices, como los aniversarios; y prepararse para morir serenamente, con dignidad.

2. Longevidad y calidad de la vida. He aquí un reto abierto que se presenta a la sociedad y a las ciencias biomédicas. La sociología nos dice que ¡el salto es grande, grande es la esperanza de vida! ¡Cómo ha aumentado la edad promedio! Es una gran conquista. Ahora se trata de dar vida a los años; conquistar una mayor salud física y mental para esta última etapa de la vida.

Como afirma el papa Juan Pablo II4:

«No es suficiente asegurar la satisfacción de las necesidades elementales conexas con la longevidad: es necesario tener en cuenta también las exigencias planteadas por la dignidad personal del anciano, poniendo a su disposición ese conjunto de providencias, que le permitan llevar una existencia acompañada por una actividad idónea a la edad...».

Prosigue el Papa:

«...La estrecha relación que en el mismo tema de vuestra Conferencia habéis justamente puesto entre lon-

3. Sandrin, Caretta, Petrini: *Anziani oggi*. Ed. Camilliane, Torino 1995, pág. 118; Bencionili, Viafora: *Etica e Geriatria* (El anciano crónico no autosuficiente). CIC. ED. Internazionali, Roma 1996.

 Cf. Dolentium Hominum, n.º 10/1989 (Discurso a los participantes en la III Conferencia Internacional sobre el tema Longevidad y calidad de la vida. gevidad y calidad de la vida, deja entender que debería considerarse como conquista inadecuada el aumento porcentual de la expetativa de vida, si la calidad de la existencia no procediera al mismo compás. Sin embargo, para perseguir eficazmente dicho objetivo es necesario implicar todo el cuerpo social, para que madure una nueva sensibilidad frente a este problema. La medicina preventiva y curativa debe estar acompañada por una acción de amplio respiro que prevea instituciones y estructuras que estén en grado de abrir a los ancianos los sectores de la cultura, de la instrucción, de las diferentes actividades...

3. Se vuelve cada vez más urgente mejorar nuestra atención social hacia los ancianos, creando nuevas formas asistenciales, pues nos encontramos en una sociedad que premia la salud, la juventud, la belleza, la utilidad y la eficacia; valores que difícilmente hallamos en los grupos de la tercera y de la cuarta edad.

Es necesario que la sociedad cambie la mentalidad con respecto a los ancianos, evitando en lo posible el despego familiar, integrándolos según sus posibilidades, por ejemplo en formas de voluntariado, en la formación personal adecuada a la edad y en otras formas que ayuden al anciano para que acepte sus limitaciones, pero los ayude también a sentirse útiles. Ayudarlos a estimar la amistad, a ser signo de reconciliación

66 Es hora de cultivar otros valores que antes habíamos dejado de lado 99

entre la generaciones, a ser signo de felicidad, de prudencia, de juicio, de consejo. Es necesario que la sociedad aproveche la inmensa experiencia lograda con los años.

En una sociedad cada vez más dispersa a impersonal se debería pensar en la creación de estructuras sociales y sanitarias que permitan una atención justa y concreta hacia los ancianos: asistencia domiciliaria, residencias asistidas, hospital de día, hospital nocturno...

En su discurso a los participantes en la III Conferencia Internacional, promovida por el Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios, el Papa Juan Pablo II decía⁵:

«En efecto, el rechazo actual del modelo familiar patriarcal, especialmente en los países ricos, ha favorecido el creciente fenómeno de confiar al anciano a las estructuras públicas o privadas que, no obstante los buenos entendimientos, generalmente no están en grado de ayudarlo totalmente para superar la barrera del aislamiento sicológico y sobre todo de la marginación familiar, que lo privan del calor de la familia, del interés por la sociedad, del amor a la vida. Por tanto, es preciso crear estructuras de acogida que tengan cada vez más en consi-

5. Cf. Dolentium Hominum, n.º 10/1989.

deración estas exigencias sicológicas y espirituales del ser humano, de las que depende en forma determinante la «calidad de la vida» de quien ha llegado a ese nivel...

De todos modos, es necesario afirmar con energía que no es esta la solución ideal. El objetivo hacia el que debemos orientarnos es que el anciano pueda permanecer en su casa, contando eventualmente con adecuadas formas de asistencia domiciliaria. En este sentido, al lado del compromiso público se podrá colocar la acción del voluntariado, con el aporte de las iniciativas inspiradas en las enseñanzas por la Iglesia católica, así como por aquellos de otros movimientos religiosos y humanitarios, que merecen respeto y gratitud».

4. Formar y educar a los jóvenes y a las familias a la solidaridad, a la acogida, a la comprensión y a la ayuda. En un mundo de egoísmo, de stress y de estímulo exagerado de los valores materiales, es difícil conceder espacio a los demás; de esto deriva la marginación y la agresividad que estamos viviendo en nuestra sociedad.

66 Es necesario que la sociedad cambie la mentalidad con respecto a los ancianos, evitando en lo posible el desapego familiar 99

A las nuevas generaciones deberíamos decir que serán los ancianos del mañana; si desean estar bien asistidos deben iniciar desde ahora la creación de una cultura de solidaridad que se manifieste en gestos concretos, hechos de cercanía y de amor.

«La humanidad y la Iglesia de hoy necesitan aprender a convivir con los ancianos enfermos. Quizás es ésta una de las experiencias nuevas de humanidad más importante a la que tiene que enfrentarse la sociedad de hoy.

«... El alargamiento de la vida ha cambiado las proporciones de la sociedad, está modificando el equilibrio entre los miembros de nuestras familias, y pone ante nosotros nuevas exigencias morales. Todo esto en vista de la multiplicación de los ancianos. No contábamos con ellos y resulta que son casi una cuarta parte de nuestra sociedad. No contábamos con ellos y resulta que forman parte de nuestra familia...

«La realidad física de estas enfermedades, sus consecuencias síquicas, sus procesos de deterioro, la forma de aliviarlos y de acompañarlos en este itinerario sobrecogedor es un largo aprendizaje que tenemos todos delante, los investigadores y los sanitarios, los familiares y cuidadores, la Iglesia y las mismas instituciones públicas...»⁶.

5. Atención pastoral. El envejecimiento no es solamente un problema biológico. Además de las ale-

Fernando Sebastián: Actitudes cristianas en la atención a los ancianos en la enfermedad final. En Dolentium hominum, n.º 29/1995.

66 A las nuevas generaciones deberíamos decirles que serán los ancianos de mañana 99

raciones somáticas y síquicas, el anciano debe enfrentar situaciones de carácter social, sobre todo en una sociedad que cambia constantemente y lo vuelve inseguro ante un porvenir incierto; pensemos en la pensión, en la pérdida progresiva de los seres queridos...; una historia en la que ya no es ni se siente más protagonista. Es una historia de serenidad, de alivio, de abandono de las responsabilidades, pero también de mucha experiencia de muerte, de muchas pérdidas que dejan un vacío interior, algo así como un desgarro que angustia; hacen falta puntos de referencia.

Sin embargo, la vejez es un camino hacia la tierra de comunión y de amistad, es el camino de la debilidad aceptada; es y debe ser una edad feliz⁷.

Esto exige el concurso de responsabilidades de todo el tejido social: la familia, la sociedad, la Iglesia...

La responsabilidad de la comunidad cristiana juega aquí un papel importante, ya que entra ante todo en un programa de valores creíbles.

Esta responsabilidad de la comunidad cristiana se debe manifestar a través de una organización que permita una atención cercana y práctica al grupo de ancianos.

Esta atención programada debe orientarse hacia los siguientes puntos:

- Integración de los ancianos en los grupos parroquiales.
- Creación de centros parroquiales o clubes para los ancianos.
- Creación del voluntariado parroquial con actividades concretas y programadas: visitas comenzando por la parroquia, asistencia domiciliaria, ministros de la Eucaristía.
- Programación de la vida cristiana del anciano.

En lo que se refiere al último punto sería necesario tener presente que sus necesidades religiosas están en sintonía con el pasado, que su religiosidad se funda

66 La vejez es y debe ser una edad feliz 99

en esquemas asimilados y que, a veces, están llenos de angustias, de temores e incertidumbres. Un papel muy importante es jugado por la catequesis que los ayuda a poner orden y serenidad dentro de sí. Frente a un Dios a quien temer, ofrecer un Dios de amor y de esperanza. La misma catequesis llevará a una mayor partici-

7. Jean Vanier: Cada hombre es una historia sagrada. EDB, Bologna 1996 (4. «La vejez: el tiempo de la serenidad y de los lutos»).

pación en la liturgia y en los sacramentos; a seguir un camino de fe. Esta práctica religiosa, vivida con serenidad en el ámbito de la comunidad cristiana, sin duda hará que el anciano se sienta protagonista, un apóstol en la pastoral de la parroquia y todo será como un deber y como fruto de una experiencia. Esto lo afirma el Papa cuando en la exhortación apostólica *Christifideles* laici dice que:

«La Iglesia pide y espera que sepan continuar esa misión apostólica y misionera, que no sólo es posible y obligada también a esa edad, sino que esa misma edad la convierte, en cierto modo en específica y original... Es un deber que hay que asumir superando decididamente la tentación de refugiarse en un pasado que no volverá más, o de renunciar a comprometerse en el presente por las dificultades halladas en un mundo de continuas novedades; y tomando conciencia cada vez más clara de que su propio papel en la Iglesia y en la sociedad de ningún modo conoce interrupciones debidas a la edad, sino que conoce sólo nuevos modos».

El problema principal en la relación con las personas ancianas no es tanto cómo ir hacia ellas y ayudarlas, sino cómo permitir que ellas entren en el centro mismo de nuestra vida, cómo crear el espacio en el que sean acogidas y escuchadas con afectuosa atención. Lamentablemente, todo esto no es fácil para nosotros, pues estamos tentados de negar siempre no sólo la existencia de las personas ancianas, sino también *del anciano* que lentamente se va despertando dentro de nosotros y reclama nuestra atención»⁸.

66 Un papel muy importante es jugado por la catequesis que ayuda a los ancianos a poner orden y serenidad dentro de sí

Quisiera terminar estas conclusiones con algunas palabras de agradecimiento y admiración, en primer lugar hacia muchas familias que con afecto y amor cada día están junto a sus queridos ancianos.

Mi agradecimiento y admiración van a ese ejército de religiosos y religiosas que han consagrado sus vidas al servicio de los enfermos, particularmente a las personas de la tercera y cuarta edad. ¡Cuántos gestos de

 Sandrin, Caretta - Petrini: Anziani oggi. Ed. Camilliane, Torino 1995, pág. 166. afecto, de solidaridad y de amor! ¡Cuánta compañía en esta larga soledad!

En fin, una palabra de agradecimiento y de estímulo a todas las personas que trabajan en el mundo de la salud, para que en su servicio sigan brindando inteligencia, ciencia y profesionalidad para curar a los ancianos; que siempre los acompañe la humanidad, la solidaridad, la sensibilidad, el amor.

BIBLIOGRAFÍA

DOLENTIUM HOMINUM, n.º 10, año IV, n.º 1, 1989. Longevidad y calidad de vida. Actas de la Conferencia Internacional promovida por el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.

OBISPOS DE EMILIA ROMAGNA. Nota pastoral. Los ancianos en la comunidad cristiana.

L. SANDRIN, L., CARETTA, F. Y PETRINI, M.: Anziani oggi. Ed. Camilliane, Torino 1995, amplia bibliografía sobre aspectos médicos, sociales, sicológicos y religiosos de los ancianos

La tercera edad, número monográfico Concilium 3, 1991.
HASCHEK, P.: Con Dios cuando se vuelve tarde. Queriniana, Brescia 1994.

HOZ, V. G.: Fuertes en la edad avanzada. Ediciones Palabra, Madrid 1990.

JUCHLI, L.: Adelantar en los años sin envejecer. Notas espirituales, Città Nuova, Roma 1990.

TETTAMANZI, D.: En la vejez producirán aún frutos. Ediciones Ancora, Milán 1988.

ASPITARTE, E. L.: ¿La edad inútil? Ediciones Paulinas, Madrid 1993.

CAGLIANO, S.: El envejecimiento cómo y por qué. Aspectos biológicos, médicos, sociales, Newton Compton, Roma 1982.

LAICARDI, C. y PIPERNO, A.: La calidad de la vida en la tercera edad. Borla, Roma 1987.

CAVALIERI, U.: Para envejecer mejor una nueva ciencia. Angeli, F. Milán 1991.

SCORTEGAGNA, R.: El papel del voluntariado en la asistencia a los ancianos. Milán, Marsilio, Venecia 1985.

REVISTAS

GIORNALE DI GERONTOLOGIA. Sociedad Italiana de Gerontología y Geriatría, Via G. C. Vianni 5, 50129 Firenze.

ANZIANI OGGI. Centro de Promoción y desarrollo de la Asistencia Geriátrica, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Largo F. Vito 1, 00168 Roma.

8. PROBLEMAS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN AL ANCIANO ENFERMO*

Javier Barbero

Coordinador Sociosanitario Hospital-Residència Sant Camil, Sant Pere de Ribes (Barcelona)

INTRODUCCIÓN

Puede ser que suene a tópico, pero el hecho es que hablar de los problemas éticos en la atención al anciano enfermo no es una tarea fácil. Nos encontramos con tres ejes (el anciano, la enfermedad y la ética) que, entrelazados, plantean un sinfín de problemas que precisamente en función de su interrelación aumentan la complejidad en el análisis y en la reflexión.

El *anciano* es una persona entrada en años, lo cual es un fenómeno natural, mientras que envejecer es un fenómeno cultural plural y variopinto en sus manifestaciones, tanto en el cómo como en el cuando se

* XXI Jornadas Nacionales de Pastoral Sanitaria, 17-9-96, Madrid.

producen; no todos las viven de la misma manera ni siquiera las empiezan en el mismo momento. La tendencia a homogeneizar, a generar estereotipos a partir de las representaciones sociales (anciano = jubilado = pasivo, etc.), dificulta un enfoque que parta de la personalización como factor clave en la toma de decisiones. Todos necesitamos de estereotipos para interrelacionarnos; el problema surge cuando son los estereotipos los que guían nuestras valoraciones y/o nuestras conductas. En el caso de los ancianos, esto se da de manera muy habitual y dificulta la valoración ética, sobre todo por parte de los profesionales, los clínicos que han de tomar decisiones.

La cuestión se complica cuando además aparece la posibilidad o el hecho de *enfermar* por parte del anciano. Los expertos comienzan a hacer diferenciaciones en función de los indicadores de riesgo o de las patologías, en principio con motivos beneficentes, aunque conlleva el peligro de sectorizar y especializar tanto la atención que se acabe olvidando que el eje de la prevención y de la asistencia es una persona con



Javier Barbero fue el encargado de desarrollar los aspectos éticos en la atención al anciano enfermo. problemas, no los problemas de la persona. Por ejemplo, los criterios de selección y definición son tan pormenorizados que algunos autores distinguen entre persona mayor sana, mayor enferma, persona mayor frágil o de alto riesgo y paciente geriátrico. La valoración clínica y, por tanto, la valoración ética que correlativamente ha de realizarse, se complican con un probablemente excesivo compartimentalismo en tipologías y, correlativamente, en subespecialidades.

Por último, y como tercer eje, aparece el enfoque que se dé al problema *moral*. Aquí los eticistas deben poco a poco aclarar cuál ha de ser su papel² preponderante, de cara a ofrecer un servicio no sólo de reflexión teórica, sino de auténtica ética aplicada, útil para la toma de decisiones en el día a día. Para algunos, el papel de la ética regular deductivamente y desde ahí dar criterios normativos a los profesionales. Para otros, entre los que me incluyo, el papel a jugar será el de ayudar a explicitar la ética subyacente a nuestro modo de hacer, ejerciendo una función crítica que invite al debate y –posteriormente– a la propuesta. Se trata del arduo esfuerzo de intentar desentrañar la realidad –desde lo que es, no desde el ideal– para luego poder cambiarla. Desvelar para conocer, conocer para transformar.

La reflexión ética en torno al mundo del anciano enfermo puede hacerse desde diferentes ejes. Uno de ellos viene a ser el clásico de la diferenciación entre ética de la persona, ética política y ética social. Desde la ética de la persona se analizarían cuestiones como la vivencia de la temporalidad –la finitud, la historia, la memoria...– en el anciano enfermo, el sentido que le da a su vida, su concepto y vivencia de salud ante los procesos de deterioro y la pérdida de identidad que suele aparejar, la visión de la muerte como compañera de viaje inexorable y cercana, etc. Desde la ética polí-

66 El anciano es una persona entrada en años, lo cual es un fenómeno natural, mientras que envejecer es un fenómeno cultural, plural y variopinto 99

tica se articularía la reflexión en torno al modelo de reparto presupuestario, de distribución de recursos, al modelo de institución familiar que se favorece desde el marco legal, etc. Y, en fin, desde la ética social se profundizaría acerca de las redes informales de apoyo, la participación social de los ancianos, la tendencia a la institucionalización de los problemas, etc. La dificultad de hacer la reflexión desde este eje viene de que, a pesar de normalmente estar bien fundamentado en sus apreciaciones, a partir de un esquema previo desde la filosofía moral, a veces nos ofrece una visión más filosofíca y antropológica que clínica y no nos ayuda a la toma de decisiones en la práctica diaria.

Un segundo eje que aparece más usualmente, fun-

damentalmente entre los clínicos que tienen que tomar decisiones, suele ser el enfoque temático^{3, 4}. Allí se trata de consentimiento informado para procedimientos diagnósticos y terapéuticos, de los ingresos voluntarios en residencias, del abuso y el maltrato, la discriminación en el acceso a recursos, la reanimación cardiopulmonar, el ingreso o no en las unidades de cuidados intensivos, el tratamiento de infecciones u otros problemas intercurrentes en ancianos severamente demenciados⁵, la nutrición e hidratación⁶, las directrices previas y el testamento vital, del derecho a la intimidad y a la privacidad, las restricciones físicas⁷, los sondajes nasogástricos, los cuidados en el anciano incontinente, en el anciano portador de escaras por presión, se habla de la sobreutilización de fármacos, de los cuidados en la enfermedad severamente incapacitante, los cuidados en la fase terminal de la en-

66 La cuestión se complica cuando además aparece la posibilidad o el hecho de enfermar por parte del anciano 99

fermedad... y un largo etcétera que, por desgracia, no hemos hecho nada más que empezar a enumerar. Es un planteamiento que toca realidad, muy basado en la práctica y experimentación clínica, pero excesivamente procedimentalista a la hora de fundamentar los criterios. Le suele faltar la explicitación del marco teórico en el que se sustenta para poder justificar sus decisiones. Explicitar este marco, desde mi punto de vista, es completamente necesario, pues los meros datos clínicos, por sí solos, no son suficientes para tomar una decisión moral y además pueden pecar de una percepción demasiado unilateral, la de los profesionales.

El tercer eje que quisiera comentar tiene que ver con un enfoque de fundamentación y metodología que la bioética, en sus últimos desarrollos, se está dando a sí misma. Este enfoque, que es el que yo propongo en este escrito, ha sido elaborado en nuestro país fundamentalmente por el profesor Diego Gracia^{8,9} a partir, entre otros, de los trabajos de Beauchamp y Childress 10. Aparte de las cuestiones básicas de fundamentación, en las que no me voy a detener, sólo recordar un aspecto clave que es fundamental a la hora de reflexionar y tomar decisiones: la combinación de los aspectos deontológicos (principialistas) con los aspectos teleológicos (consecuencialistas). Esto es de vital importancia, pues permite, por una parte, personalizar la decisión y no caer en la esclavitud del protocolo ni en la dictadura de los principios y, por otra, no guiarnos por el subjetivismo (llámese moral, llámese emocional), como método de toma de decisiones. En el mundo del anciano enfermo, tan proclive a juzgarlo todo por el mismo rasero («total, es un anciano») y tan dado al emotivismo («pobre viejo, cómo vamos a privarle de...»), parece importante contar con un razonamiento ético racional, civil, autónomo, dialógico e interdisciplinar que pueda ser corrector de los riesgos expresados.

A partir de este tipo de razonamiento, después los cristianos 11 tendremos que preguntarnos, desde nuestra ética de máximos, si podemos contentarnos o no con el resultado del análisis. Probablemente no, pero lo que sí es seguro es que si no llegamos a los mínimos—y en muchas ocasiones no lo hacemos— estaremos obrando de modo inmoral.

66 Aparece el enfoque que se dé al problema moral donde los eticistas deben aclarar cuál es su papel para ofrecer un servicio de reflexión teórica y de ética aplicada 99

Como es sabido, hoy la bioética, desde este enfoque, articula su reflexión en torno a cuatro principios: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia. El mundo del anciano enfermo plantea situaciones problemáticas que afectan al respeto o a la transgresión de todos y cada uno de los mismos. Dado que nos es imposible abordar toda la problemática ética en este contexto, me limitaré a exponer cuatro problemas que creo que pueden ser paradigmáticos y que afectan, cada uno de ellos, a los principios reseñados.

En concreto:

- Principio de no maleficencia: maltrato.
- Princípio de justicia: criterios para la distribución de recursos.
- Principio de autonomía: consentimiento informado.
- Principio de beneficencia: obligaciones morales de la familia.

Antes de comenzar con el análisis, un breve comentario que tiene que ver con la visión antropológica que subyace. Para mí el anciano enfermo es tanto objeto de derechos como, en principio, sujeto de obligaciones. Es una manera de confirmar su dignidad, es decir, de considerar que no ha perdido su condición de persona ni su condición de ciudadano.

PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA: MALTRATO EN ANCIANOS

Datos, tenemos pocos, pero son realmente escandalosos. En un estudio presentado por la Consejería de Bienestar Social de la Generalitat de Cataluña ¹², por ejemplo, se nos dice que el 46 % de los 32.175 ancianos internados en residencias catalanas son «expoliados por sus familias» y el 26 % son objeto de abusos económicos por parte de los propios centros residenciales. El mismo estudio indica que el 24 % de los 58.978 ancianos que acuden a los servicios sociales de base han sido objeto de malos tratos físicos. El 49 %

DECLARACIÓN DE ALMERÍA SOBRE EL MALTRATO AL ANCIANO

4 de mayo de 1995

- El maltrato al anciano es todo acto u omisión, sufrido por personas de 65 años o más; bien en el medio familiar, en la comunidad o en instituciones, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, sexual o económica, incluidos el principio de autonomía y demás derechos fundamentales, constatable objetivamente o percibido subjetivamente.
- No se dispone de datos de frecuencias de base poblacional en España.
- 3. El maltrato al anciano se observa en todas las clases sociales y en cualquier nivel socio-económico. Puede ocurrir tanto en instituciones públicas o privadas, como en el domicilio, pero con más frecuencia se encuentran implicados los propios familiares y cuidadores.
- El maltrato, con independencia de la intencionalidad, puede ser físico, psíquico, económico o sexual. A menudo un mismo anciano sufre más de un tipo de maltrato.
- Determinados factores de riesgo aumentan la probabilidad de sufrir maltrato.
- 6. El desconocimiento y/o la negación del problema dificulta la prevención y la intervención.
- 7. No disponemos de la legislación específica de protección a las personas ancianas contra los abusos. Se acuerda que exista obligatoriedad ética y legal de notificar a las autoridades los casos de sospecha. Creemos que deben emplearse medidas de protección para los denunciantes.
- 8. Cualquier persona que esté relacionada con el anciano debe prestar atención a los signos y síntomas de maltrato. Los profesionales de la sanidad y los trabajadores sociales tienen una especial obligación, la de identificar y de actuar en los casos con alta sospecha de maltrato. Los ancianos incapaces mentalmente requieren una protección especial.
- Es preciso que los propios ancianos conozcan tanto el problema del maltrato como los recursos existentes para evitar las reincidencias y las secuelas.
- Se necesitan fondos destinados a la investigación del maltrato al anciano.
- 11. Sólo con una mejor información acerca de la frecuencia del problema, esfuerzos multidisciplinarios en la definición e identificación específica del caso y acuerdos sobre tipos de pertinencia de intervención, podrá lograrse disminuir este problema tan real, como oculto.

acude a los servicios por motivos económicos y más de la mitad indican que la relación con sus familias ha empeorado después de caer enfermos. Otra vez vuelve a aparecer claramente que la pobreza se convierte en un amplificador del riesgo.

Para hablar del maltrato, lo primero que precisamos es intentar aproximarnos a una definición. En algunos trabajos se diferencia entre abuso y negligencia. Aquí ya nos encontramos con el primer problema conceptual, porque para unos la diferencia estaría en que se trata de una acción o una omisión y para otros en que el abuso tendría intencionalidad ¹³ –y con ello responsabilidad necesaria—, mientras que en la negligencia no existiría esa intencionalidad ¹⁴ y, por tanto, no necesariamente la responsabilidad consiguiente.

Para evitar estas dificultades, ya en 1987 la Asociación Médica Americana 15 acaba centrándose en «el *resultado* de daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de la persona anciana», independientemente de la intencionalidad o de que este resultado se

produzca por acción u omisión.

En nuestro medio, una reunión de consenso, conocida como la Declaración de Almería 16 sobre el Maltrato al Anciano, define el maltrato como «todo acto u omisión, sufrido por personas de 65 años o más; bien en el medio familiar, en la comunidad o en Instituciones que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, sexual o económica, incluidos el principio de autonomía y demás derechos fundamentales, constatable objetivamente o percibido subjetivamente».

46 Uno de los ejes de la reflexión ética viene a ser el clásico de la diferenciación entre ética de la persona, ética política y ética social 99

Conviene resaltar la diferenciación explícita entre maltrato físico, psíquico, sexual y económico. Esta distinción es necesaria, pero ya nos indica algunas dificultades, tanto en la identificación del maltrato, como en su graduación. Con respecto a la primera, decir que normalmente el autor del maltrato es el cuidador principal, habitualmente un familiar, lo que lleva a mecanismos de negación y sentimientos de indefensión y de culpabilidad en el anciano. ¿Cómo denunciar a aquel que, aunque deficientemente, es el único que te da un soporte, si además es tu hijo? ¿Y después de la denuncia, qué ocurrirá, habrá recursos y alternativas que hagan que no vuelva a producirse el maltrato y se eviten las represalias? Como podemos ver, estas circunstancias hacen poco fiables los datos epidemiológicos 17 y permiten sospechar que la realidad rebasa con creces las denuncias de estos hechos.

En la misma línea, también son muy sutiles algunas manifestaciones del maltrato y poco objetivables externamente. Es lo que ocurre con el maltrato psicológico. Éste puede tener forma de agresiones verbales, de aislamiento social provocado, de amenazas de institucionalización, de *tratamiento de silencio* o indiferencia. Que un auxiliar de clínica higienice a un anciano incapacitado sin dirigirle la palabra, que se vista a los residentes de un centro socio-sanitario *uniformemente* con batas iguales, más cómodas de poner para el personal, etc. son ejemplos de maltrato psicológico, pues en el primer caso se *objetaliza* la relación y en el segundo se promueve una despersonalización extrema.

66 Otro eje de los más usuales, entre clínicos que tienen que tomar decisiones, suele ser el enfoque temático 99

No es fácil, decíamos, la identificación del maltrato, ni tampoco su valoración. Además de las razones aducidas, nos encontramos con que los profesionales no suelen tener educada la sensibilidad ante estas cuestiones y sólo se alarman cuando los hechos son muy evidentes (contusiones, por ejemplo) o las consecuencias muy graves. Sabemos que sólo se diagnostica en lo que se piensa y para detectar los malos tratos se requiere un alto índice de sospecha y de búsqueda, además de un diagnóstico diferencial lo más exhaustivo posible.

Decíamos que también nos topábamos con el problema de la graduación del maltrato, de cara a su valoración moral. Todo el mundo estaría de acuerdo en que pegar una paliza a un anciano es un maltrato físico evidente que necesita de sanción moral e incluso penal. No hay tanto acuerdo cuando el hecho a valorar es que a un anciano incapacitado en su domicilio no se le provea una higiene o vestimenta apropiada. Esto también –atendiendo al resultado– es maltrato físico, en su forma de negligencia, pero indudablemente no reviste la misma calificación moral.

La Declaración de Almería nos habla también de que el maltrato puede producirse en instituciones. Últimamente hemos conocido el cierre de algunas residencias por provocar abusos claros y manifiestos contra los ancianos. Son malos tratos institucionalizados que se producen de forma generalizada, normalmente por el afán de lucro de los propietarios, que no aportan los recursos necesarios para una asistencia digna. Pero también en las instituciones de más solera y tradición, como pueden ser las llevadas por colectivos de Iglesia, existe la posibilidad de maltrato individualizado. De hecho, se han descrito indicadores de riesgo en el anciano enfermo institucionalizado, como pueden ser el empeoramiento de la dependencia física y el mayor aislamietno social provocado por un menor número de visitas y de control externo. Admitir la posibilidad de que el maltrato ocurra es el primer paso para garantizar una atención ética en condiciones. En el centro en el que trabajo (Hospital-Residència Sant Camil), que-



«Por el principio de justicia se pretende tratar a las personas con igual consideración y respeto en el orden social y a no discriminarlas por ningún motivo, estableciendo la igualdad de oportunidades».

remos comenzar un Plan de Prevención e Intervención ante el Maltrato en Ancianos para el próximo año; sin embargo, desconozco que haya muchas iniciativas de este tipo en las instituciones de acogida de ancianos. A veces la negación es un mecanismo de defensa institucional.

En bioética solemos decir que la no-maleficencia se refleja en el ámbito de la *indicación* y obliga a no hacer tratamientos contraindicados y, si se hace algo, a realizar los tratamientos indicados. Desde este punto de vista —y no restringiéndonos al mundo de los diagnósticos y/o tratamientos médicos— el maltrato supone poner en peligro algo tan básico y fundamental como la integridad física o emocional del anciano, provocar-

66 El tercer eje tiene que ver con un enfoque de fundamentación y metodología que la bioética se está dando a sí misma 99

le un daño, en suma, y por ello, actuar maleficientemente, pues no se le trata con igual consideración y respeto en el orden físico y emocional.

El principio de no maleficencia presenta un alto grado de exigibilidad moral, de ahí que se nos pida una atención específica para prevenir e intervenir en estos casos. En ocasiones, nos encontraremos con que el maltrato ha sido provocado sin intencionalidad, producto del desconocimiento, la habituación o el agotamiento de los cuidadores. Ésta no intencionalidad es un atenuante que no siempre exime de responsabilidad, pero que invita a poner remedio, una vez detectada, a la situación de maltrato. Como siempre, las prácticas de información y asesoramiento son preferibles a las de judicialización de la vida, pero en los casos más

extremos, precisamente para proteger a ese anciano frágil, tan vulnerable, no nos quedará más remedio que acudir a ese recurso.

PRINCIPIO DE JUSTICIA: CRITERIOS PARA LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS Y LA TERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS

Por el principio de justicia se pretende tratar a las personas con igual consideración y respeto en el orden social y a no discriminarlas por ningún motivo, estableciendo la igualdad de oportunidades. Esto supone una distribución y accesibilidad de los recursos racional y equitativa que no discrimine por motivos sociales.

Los recursos no son escasos, pero sí limitados, por tanto los límites en su distribución son justificables, encontrándonos, como es lógico, con el eterno problema de los criterios a utilizar. En estos momentos, por ejemplo, está candente la propuesta gubernamental de cobrar 100 pesetas por receta presentada en farmacia, aunque con algunas restricciones, porque si no es así, acabaríamos –paradójicamente– cometiendo esa gran injusticia que es tratar a todo el mundo por igual, dado que los recursos y las necesidades personales son, por definición, diferenciados. Como se ve, eso de que la salud no tiene precio, no deja de ser un cuento.

Vivimos en una era de optimismo tecnológico que, impulsado por los intereses comerciales de las multinacionales farmacéuticas y de productos sanitarios, va contribuyendo a un incrementalismo progresivo de la tecnología y del gasto sanitario. Por otra parte, una de las características típicas de las representaciones actuales, sociales y culturales, del envejecimiento es la

66 En el mundo del anciano enfermo parece importante contar con un razonamiento ético racional, civil, autónomo, dialógico e interdisciplinar que pueda ser corrector de los riesgos expresados 99

separación entre envejecimiento y muerte, como si no tuvieran nada que ver entre ellos. Una negación que, en ocasiones, tiene consecuencias funestas para el anciano enfermo concreto (encarnizamiento terapéutico) y para la sociedad en su conjunto (uso inadecuado de recursos limitados).

El anciano enfermo suele vivir dos miedos extremos: el abandono y el sobretratamiento, pero en las sociedades occidentales la disponibilidad tecnológica suele llevar al criterio de «por qué no usar este procedimiento, si en realidad lo tenemos», conduciendo normalmente al sobretratamiento. Se trata del principio de que el recurso crea la necesidad, cuando no todo lo técnicamente posible es éticamente justificable.

Algunos autores como Daniel Callahan 18 han hablado de la edad como criterio de distribución de recursos y de finalización de tratamientos y otros, en seguida les han tildado de *ageístas*, o personas que discriminan en función de la edad.

Sin embargo, Callahan no habla de la edad como criterio médico o técnico que pudiera ser pertinente, sobre todo para el pronóstico. Para él no se puede equiparar la edad a otros indicadores médicos como el peso o la presión sanguínea. La edad por sí sola y por sí misma no es un buen predictor de resultados médicos. Lo que Callahan plantea es la edad como *criterio biográfico*, criterio centrado en el paciente, dando relevancia a la historia y a la biografía. Es la edad relacionada con el tiempo (menos futuro, pero más historia), con la autoconciencia (diferente pensamiento sobre la vida y sus proyectos), con la relación intergeneracional. Para él, en este sentido, la edad (*age*) como estándard sería más adecuado que la simple y llana necesidad médica (*medical need*).

Callahan opta por lo que él llama «muerte tolerable» –definición biográfica–, a partir de una «extensión natural de la vida» ¹⁹ (natural life span), que en su aplicación ha de comportar las siguientes condiciones:

- Los proyectos y posibilidades de uno han sido, en líneas generales, conseguidos.
- Haber cumplido con las obligaciones morales hacia quienes tienes responsabilidad: hijos, viudas, etc.
- Que no suponga a los otros una ofensa al sentido o a la sensibildiad, ni provoque en otros desesperación y rabia (esto habría que verlo de manera retrospectiva, no al poco tiempo de ocurrir la muerte).
- Muerte no marcada por un dolor insoportable y degradante.

Callahan es consciente de que, en el fondo, está replanteando los propios fines de una ciencia como la medicina, que está al servicio del hombre y concreta que para él el fin no es la prolongación de la vida biológica como tal, sino el logro de una vida natural y plena, lo que implica:

- Prevenir la muerte prematura (la que se produce sin haber podido vivir una vida plena).
- Aliviar el sufrimiento.

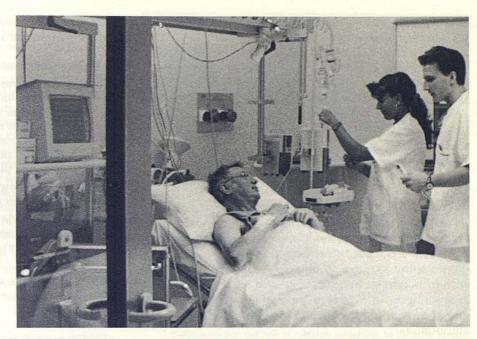
El autor es consciente que se necesitan criterios correctores que prevengan y minimicen los abusos, para así poder seguir luchando contra el imperativo tecnológico y la mala e injusta utilización de los recursos. Por ello propone aportar una seguridad equitativa a sectores como las mujeres, los pobres y las minorías, así como priorizar los cuidados de enfermería, los recursos como residencias de ancianos y la prevención de enfermedades.

Por último, acaba planteando la espinosa cuestión de la solidaridad intergeneracional, afirmando que los jóvenes deben estar preparados para mirar a los ancianos como modelos, pero también éstos deben tener voluntad para verse a sí mismos como servidores de futuras generaciones.

Creo que en estos momentos, y más con la crisis del Estado del Bienestar que estamos padeciendo, las reflexiones expuestas no nos permiten obviar el debate. La distribución y utilización de los recursos no es sólo una responsabilidad de los políticos o de los gestores sanitarios. Corresponde también a los clínicos -que son los que prescriben la indicación-, pero también al ciudadano-paciente. En el fondo es una apelación a la corresponsabilidad del anciano autónomo. ¿Es exigible moralmente? Aquí es donde surge la duda. Para algunos el anciano ya ha cumplido previa y básicamente con sus deberes como ciudadano y ahora es el momento de disfrutar sin cortapisas de sus derechos. Para otros, la autolimitación forma parte de las obligaciones morales del anciano, sobre todo si atendemos a datos como el que utilizamos una sanidad pública, unos recursos que pagamos entre todos y que los bienes son limitados. Por otra parte, la solidaridad -incluida la solidaridad intergeneracional- es un bien moral importante a defender y promover.

Es cierto, como afirma Pellegrino ²⁰, otro bioeticista estadounidense, que los recursos podrían ser desviados de otras partidas, sanitarias o no sanitarias, menos *urgentes* y que, además, sólo cuando la eficacia del

66 El mundo del anciano enfermo plantea situaciones problemáticas que afectan al respeto o a la transgresión de todos los principios: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia 99



«La distribución y utilización de los recursos no es sólo una responsabilidad de los políticos o de los gestores sanitarios, es también de los clínicos y de los ciudadanos pacientes».

n

n

n

0

ie al

la

el

a-

a-

el

sistema sanitario sea máxima, podríamos empezar a limitar determinados cuidados. Pero el problema no acaba resolviéndose así. La llamada a la corresponsabilidad es oportuna y necesaria. El anciano enfermo, decíamos al principio, no es sólo objeto de derecho, sino también sujeto de obligaciones. Reflexiones posteriores deberán profundizar en el grado y medida en que estas obligaciones, en el ámbito de la justicia, le corresponden.

66 El anciano enfermo es tanto objeto de derechos como sujeto de obligaciones ya que es una manera de confirmar su dignidad 99

¿Cuál es la objeción que primordialmente podemos plantear a Callahan? Que la autoexclusión pueda estar muy mediatizada por la presión social, que la invitación a que el anciano enfermo con vida significativa decida autónomamente prescindir de recursos de soporte vital o de alta tecnología no necesarios, pueda llevar a una pendiente resbaladiza en la que, lo que en principio es una invitación, acabe convirtiéndose en un imperativo social.

La valoración moral de la justicia sanitaria no puede olvidar como principios 21 básicos, que, en primer lugar, el anciano es persona y por tanto merece igual consideración y respeto que otra persona más joven y, en segundo lugar, que la vida es un derecho y un valor igual para todos los seres humanos con independencia de su edad. A partir de ahí, se tendrán que valorar las consecuencias que, para el individuo concreto y para toda la sociedad, pueden tener las decisiones clínicas y político-económicas. Guiándonos exclusivamente desde los principios, también se puede ser radicalmente injusto.

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA: EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Una persona autónoma, desde el punto de vista etimológico, es aquella que tiene capacidad para legislarse a sí misma, para darse criterios que orienten y guíen su vida. Desde el punto de vista ético22 es aquel individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. En este sentido, respetar la autonomía supondrá dar valor a las consideracions y opciones de las personas autónomas y abstenerse de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás (transgrediendo el principio de justicia). No respetarla significará repudiar los criterios de la persona autónoma, negar a un individuo la libertad de obrar de acuerdo con tales criterios razonados y privarle de la información que requiere para formarse un juicio meditado, cuando no hay razones que obliguen a obrar de tal modo.

El anciano enfermo, *mientras no se demuestre lo contrario*, es una persona autónoma. El hecho de tener una audición deteriorada, un tiempo de respuesta más prolongado, una elaboración conceptual ante informaciones nuevas más lenta, por citar algunos factores comunes en los ancianos, no le incapacita para tomar decisiones sobre los cuidados de salud y sobre su vida misma.

Sin embargo, en la práctica clínica aparecen numerosas preguntas ²³ que despiertan dudas acerca de la autonomía de no pocos ancianos enfermos: ¿Hasta qué punto, si se ve que es el caso, la edad avanzada de un paciente dificulta la comunicación de su consentimiento informado efectivo? ¿Qué criterios son necesarios o suficientes para determinar la competencia para aceptar o rehusar tratamientos? ¿Bajo qué condiciones puede un consentimiento de un paciente ser ignorado?

Son sólo algunos ejemplos que ya de por sí nos plantean la dificultad en este ámbito.

El consentimiento informado (CI) es un proceso comunicativo primordial para preservar y promover la autonomía moral de los ancianos, de ahí que valga la pena que nos detengamos, siguiendo las reflexiones del doctor Pablo Simón^{24, 25}, en algunas de sus características:

Carácter de proceso: El CI comprende todas las fases de la relación sanitaria. No es un acto aislado que se reduce a un escueto intercambio de información que culmina con el asentimiento del paciente. Conlleva un permanente estado de comunicación bidireccional en el que el sanitario está permanentemente dispuesto a ofrecer información, pautas y recomendaciones sobre lo que a su juicio es más conveniente hacer –principio de beneficencia– y a recibir del paciente sus impresiones, expresiones y decisiones sobre lo que él entiende que es lo mejor para él –principio de autonomía–.

66 No es fácil la identificación de maltrato ni tampoco su valoración 99

Voluntariedad: Se trata de evitar la coacción (amenaza de que si el anciano no consiente pueda sufrir determinados daños directos o indirectos, físicos, psíquicos, económicos, etc.) y la manipulación (presentando la información sesgada, por ejemplo).

Información en cantidad suficiente. Lo que comprende, como mínimo: la naturaleza y objetivo del procedimiento, los riesgos y efectos secundarios posibles, las alternativas plausibles y los beneficios esperados de una y otra alternativa. En este terreno, se pueden aplicar distintos criterios, aquí sólo mencionamos los más usados: criterios del médico razonable, de la persona razonable y criterio subjetivo.

Información comprensible para el anciano. En el caso del anciano enfermo, será necesario optimizar las estrategias de información y comunicación y comprobar la comprensión.

Capacidad. La capacidad es el lado operativo o funcional de la autonomía personal. Aquí las dos grandes dudas que se plantean son: ¿qué criterios y estándares de capacidad hay que usar? y ¿cómo pueden ser medidos y evaluados en un paciente esos criterios y estándares de capacidad?

En EE. UU. suelen utilizar teorías un tanto maximalistas de la capacidad. Así, la capacidad podría des-

cribirse como aquel grado de autonomía personal en que el paciente se muestra apto:

- Para comprender de manera aceptable
 - a) la información que recibe del sanitario
 - b) la situación vital real en la que se encuentra
 - c) los valores que están en juego
 - d) los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno, tanto las beneficiosas como las perjudiciales, y
 - e) que se le pide que tome una decisión,
- Para procesar toda la información anterior y tomar esa decisión y, por último,
- Para expresarla y defenderla adecuadamente, mostrando que es racionalmente coherente (cognitiva y/o emotivamente) con su propia escala de valores.

Veamos ahora unos puntos de reflexión que nos ayudarán a matizar la conceptualización de la competencia:

- En general, una persona no es «incapaz en general» sino «incapaz para realizar tal o cual tarea». Las habilidades requeridas para satisfacer la condición de «capaz» están, pues, referidas a la realización de una tarea concreta, que en el caso de los pacientes es tomar decisiones.
- Todo participante en la relación sanitaria es, en principio y por definición, capaz para tomar decisiones. Se precisa partir de la presunción de capacidad. En este sentido, sólo se puede ser declarado incapaz después de una evaluación específica de la capacidad. Esto es vital en el mundo del anciano enfermo.

66 El principio de maleficencia presenta un alto grado de exigibilidad moral 99

- El nivel de autonomía personal que llamamos capacidad se define básicamente mediante la presencia o ausencia de un cierto número de aptitudes o habilidades, fundamentalmente psicológicas, que se consideran presentes en un grado suficiente o aceptable. Aunque la tendencia en EE. UU. es reducir estas aptitudes psicológicas a habilidades cognitivas, no parece adecuado soslayar, y menos en el caso de los ancianos, las habilidades afectivas.
- La capacidad de un paciente no necesariamente permanece estable a lo largo del tiempo, sino que puede variar, con avances y retrocesos.
- Papel de las consecuencias de las decisiones. Para autores como Drane²⁶, cuanto más arriesgada sea la decisión, mayor grado de capacidad hay que exigirle. Pero para Beauchamp y Childress, la capacidad es un atributo del sujeto y por tanto no depende de fenómenos externos al mismo. Como mucho, aceptan que si un paciente toma una decisión muy arriesgada, ello constituye una invitación a asegurarse de que es real-

mente capaz, pero su evaluación es independiente de aquéllas. Otros niegan que los riesgos de las decisiones sean relevantes, pero sí la dificultad de la decisión.

n

sa

0

ar

te

as

le

ra

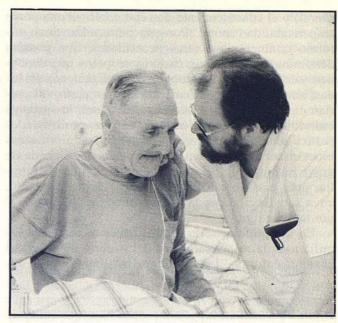
- Valoración de las consecuencias que implica la calificación de un sujeto como incapaz. Es el complejo campo de la ética de las decisiones sustitutivas o de representación. Aquí también se nos plantea la responsabilidad de beneficencia de procurar por todos los medios restaurar cuanto antes la capacidad para permitir que sea el propio sujeto quien tome las decisiones. El control de medicaciones que puedan interferir en la capacidad del enfermo es especialmente importante en el paciente anciano y también es importante la valoración de la familia, de su carga emotiva y de los intereses –legítimos en muchas ocasiones– que pueden llevarle a optar por una u otra decisión.
- ¿Quién debe hacer evaluación de capacidad? En Estados Unidos, afirman que es responsabilidad fundamentalmente del médico encargado del enfermo. Muchos médicos piden auxilio a los psiquiatras, otros, a los comités de bioética. Aquí, basta con afirmar que preocuparse por averiguar el grado de capacidad de sus pacientes pertenece sin duda a la esfera de las obligaciones de cuidado del médico.

Decisión: Se trata, en último término, de que el anciano enfermo consienta o rechace lo propuesto. Los sanitarios toleran mal el rechazo. Pero hay que respetarlo si es capaz, voluntario e informado. No se trata de coaccionar —con alta voluntaria, por ejemplo— ni de pedir a la familia que coaccione, ni de cuestionar sin motivos su capacidad. La actitud más correcta será revisar con el paciente las alternativas plausibles para el centro y los profesionales y escoger la que le resulte más aceptable.

66 Una persona autónoma, éticamente, es aquella capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación **99**

Un último comentario que tiene que ver con el desarrollo del proceso de CI. Contamos con herramientas que lo facilitan, como son las técnicas de entrevista clínica y los soportes materiales de la información (los formularios escritos). Conviene no confundir, en este último caso, el medio con el fin. El formulario, si no queremos caer en una medicina defensiva, nos servirá de apoyo en el proceso de información y de registro del mismo. Emplearlo sólo para la protección legal del profesional destruye toda la filosofía ética y asistencial que hay detrás del proceso de CI. Por último, sólo resaltar que para cumplir esas funciones, el formulario tendrá que ser específico.

El anciano enfermo no es un disminuido moral, ni una persona que, con nuestro mejor ánimo de protección, no pueda decidir, en principio por sí misma. El



«Apuesta por cultivar la relación empática, la escucha atenta y respetuosa al que tiene algo importante que decir, acercarnos a la Historia de vida del anciano»,

paternalismo, tan instaurado en la práctica sanitaria, es un riesgo habitual que debemos conocer y combatir, sobre todo con nuestra obligación moral de maximizar la autonomía, y por tanto la competencia, del propio paciente. El respeto a la autonomía del anciano enfermo no se restringe al ámbito biomédico de la toma de decisiones clínicas. También es aplicable a los cuidados asistenciales habituales (higienización, vestido, alimentación, etc.) y a las actividades de su vida relacional cotidiana (regulación de las visitas, elección del voluntariado, etc.).

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA: «¿SOY YO ACASO EL GUARDIÁN DE MIS PADRES?»

Esta frase del bioeticista Norman Daniels nos ayuda a centrar la cuestión, sugiriéndonos la pregunta acerca de nuestas obligaciones morales con los ancianos enfermos. Para algunos autores, como el profesor Diego Gracia, los ancianos tienen necesidades materiales que implican a toda la sociedad y que han de ser satisfechas como obligación perfecta o de justicia por los mecanismos públicos (Administración, dotación presupuestaria adecuada, etc.). En este sentido, estas obligaciones son exigibles (de nivel I de obligación

66 El anciano enfermo, mientras no se demuestre lo contrario, es una persona autónoma 99 moral) y el conculcar este derecho conlleva una grave responsabilidad moral. Por otra parte, el anciano enfermo también tiene otras necesidades, que podrían denominarse de «honor, cariño y respeto» que dependen sólo de la familia y conllevan obligaciones privadas, imperfectas o de beneficencia y por tanto, sólo serían exigibles en los límites que marquen los propios individuos privados, de acuerdo con sus posibilidades particulares. Esta postura ha sido matizada por otros bioeticistas²⁷, que dudan que no pueda ser tachada de grave responsabilidad moral la inhibición de las familias ante esas necesidades de honor, cariño y respeto, cuya satisfacción pueda ser moralmente obligatoria y por tanto, exigible.

En mi opinión, sería injusto hacer recaer en la familia toda la responsabilidad del soporte material del anciano enfermo. La estructura familiar vigente, las

66 Una persona no es incapaz en general sino incapaz para realizar tal o cual tarea 99

precariedades de las condiciones de vida en las grandes urbes, el aumento del deterioro de los ancianos enfermos, con las dificultades para las actividades de la vida diaria, el derecho a poder desarrollar un proyecto de vida autónomo por las generaciones más jóvenes y un buen número de condicionantes añadidos, dificultan enormemente que las familias se hagan cargo de todas las necesidades materiales del anciano enfermo. Por otra parte, la propia sociedad, a partir de los impuestos que aporta, etc., ha ido generando unos mecanismos de soporte que, bien distribuidos, deberían de cubrir esos mínimos imprescindibles. Probablemente, cuando la sociedad con sus recursos no puede atenderlos, sí que corresponde a la familia, de manera subsidiaria satisfacer tales mínimos.

Por otra parte, considero que la atención a las necesidades de «honor, cariño y respeto» no sólo es que corresponda fundamentalmente a la familia, sino que además representa una alta exigibilidad moral. Autores de la psicología humanista ya clásicos, como Maslow²⁸ establecen una escala de necesidades en la que, después de las necesidades básicas fisiológicas, aparecen en importancia la necesidad de seguridad y la de amor y pertenencia. Son necesidades claves. ¿O es que no hemos visto morirse de pena, literalmente, a ancianos institucionalizados que se han sentido abandonados por la familia? Los profesionales que trabajamos en recursos sanitarios y sociosanitarios podemos complementar la satisfacción de estas necesidades,

66 El paternalismo, tan instaurado en la práctica sanitaria, es un riesgo habitual que debemos conocer y combatir 99

66 Existen un buen número de condicionantes que dificultan enormemente que las familias se hagan cargo de todas las necesidades materiales del anciano enfermo 99

pero no la podemos sustituir. No creo que sea una cuestión discrecional, supererogatoria para la familia, sino obligatoria moralmente. De la misma manera que, desde las instituciones sanitarias y sociosanitarias, creo que tenemos el derecho a exigir —por lo menos moralmente— y —¿por qué no?— contractualmente, que la familia se haga cargo de dar el soporte emocional y acompañamiento que el anciano enfermo necesita. En algunas instituciones se ponen por escrito los compromisos mutuos familia-institución, de cara a una mejor atención al anciano. No se trata de perseguir la culpabilización de la familia, sino la corresponsabilidad.

CONCLUSIONES

En estas páginas hemos abordado muy someramente, desde los esbozos morales que suponen los principios, algunos de los problemas éticos que rodean al anciano enfermo.

Concluiremos la exposición reflexionando críticamente acerca de algunas respuestas que se ofrecen hoy a estas personas.

Respuesta sanitaria y sociosanitaria: Se ha abierto una nueva línea de mercado: el anciano y el anciano enfermo. Aparecen recursos específicos, especialidades médicas que se disputan al cliente anciano, subvenciones oficiales ad hoc, etc., y el anciano se convierte en objeto de cuidados que, indefectiblemente, acaban siendo definidos por los estrategas políticos o los criterios de los profesionales. Al final, el anciano concreto acaba sirviendo al sistema y está en función del recurso y no a la

66 La atención a las necesidades de honor, cariño y respeto corresponden fundamentalmente a la familia además de representar una alta exigibilidad moral 99

inversa, como parece que debería ser. Se necesita una mayor flexibilización de los recursos que dé respuesta a las personas y no sólo a los perfiles, que atienda a los basemos pero que no prescinda de los sujetos, que genere protocolos, pero que sepa aplicar excepciones.

Por otra parte se percibe una tendencia creciente al asistencialismo. En las mismas instituciones de Iglesia se promueve más lo asistencial —más vistoso— que la dinámica preventiva y promocional —más callada—. Los síndromes geriátricos (continencia, caídas, escaras, inmovilismo, etc.) y la patología incapacitante son bien conocidos, pero gastamos mucha más energía en tratarlos, cuando lo hacemos, que en prevenirlos.

Respuesta social: El apoyo informal al anciano enfermo ha solido tener este perfil: género femenino, número singular. Creo que el reto en estos momentos es pasar del apoyo individual y formal al soporte comunitario v real. Por ejemplo, necesitamos formar voluntariados 29 que trabajen como grupos sociales comprometidos en la promoción de una cultura alternativa que propicie la creación de una sociedad convivencial, participativa y accesible, en la que los mayores se encuentren como en su hogar. Para ello necesitamos cuidar el voluntariado y formarlo. No sirve cualquier voluntario para acompañar los procesos del anciano enfermo, a no ser que consideremos al anciano como ciudadano de segunda clase. No sirve tampoco darle a éste participación formal, invitándole a ser actor, pero no autor de su propia biografía. A veces tengo la impresión de que en los Consejos de la Tercera Edad que se promocionan, a los ancianos se les trata con muchísima educación, pero con muy poco respeto.

66 Se necesita una mayor flexibilización de los recursos que dé respuestas a las personas y no sólo a los perfiles 99

La respuesta social ha de pasar por el reto de reforzar los mundos vitales del anciano. Éste, sobre todo en función de la edad y del deterioro, ha podido perder su grupo de pertenencia y sus grupos de referencia. Con el envejecimiento, aparece como sumamente vulnerable el mundo vital de las personas mayores, de ahí la importancia de los factores ambientales y grupales en la magnificación o reducción de los efectos. En el fondo, se trata de la creación de una cultura alternativa basada en la solidaridad, no construida sobre el mito de la productividad o la competitividad, pues en él las personas mayores serán siempre personal excedente.

Respuesta personal: Por un lado, del propio anciano, que necesita, decíamos, ser autor de su propia vida. Para ello, posiblemente tendrá que cambiar ciertas claves significativas. De ser un hombre con tiempo libre, a ser un ciudadano con tiempo liberado para la emancipación personal y comunitaria; de ser alguien necesitado de cuidados –imprescindibles en muchos casos– a ser una persona sujeto de solidaridad y de transformaciones; de ser un sujeto que pierde memoria, a ser alguien capacitado para comprender, compartir y transformar la historia.

Probablemente, ante las dificultades, es el momento de plantear propuestas atrevidas. En la línea de los plateamientos de Joaquín García Roca, aunque pueda parecer utópico –lo *inédito viable*– sigue siendo objetivamente perseguible, fomentar entre los ancianos –y también los ancianos enfermos– la conciencia insurgente de los nuevos *sujetos históricos*, lo que supone su apuesta por ser interlocutores válidos de las políticas sociales que les afectan, es decir, con capacidad de presión social (protesta y propuesta), su apuesta por asumir la iniciativa histórica, que exige una reformulación de los niveles apropiados de toma de decisiones

para aproximar lo más posible los puntos de decisión a quienes disfrutan o padecen las consecuencias. Sin iniciativa histórica, la superación de la marginalidad siempre ha sido vencida por el pragmatismo. Se trata, en último término, de superar el neo-corporativismo que convierte a las personas mayores en un club de egoístas centrados en sí mismos.

Pero la respuesta individual también ha de venir del resto de los ciudadanos. Es la apuesta por cultivar la

66 El reto en este momento es pasar del apoyo individual y formal al soporte comunitario y real 99

relación empática, la escucha atenta y respetuosa al que tiene algo importante que decir, acercarnos a la Historia de Vida del anciano, lo que supone conocer, respetar y promover sus gustos, preferencias y valores. En definitiva, potenciar su autonomía. Esta respuesta ha de ser hecha con inmensa delicadeza, pues se trata de ayudar a un sujeto frágil y no es fácil dignificar esos momentos de ayuda.

En muchas ocasiones, cuando el deterioro se acrecienta, las crisis personales profundas se desencadenan. Es el momento de proponer significaciones para vivir, porque serán las que convierten la ancianidad en una etapa creativa, activa, esperanzada. Toda persona lleva en su interior el deseo profundo de realizar algo que tenga sentido, de encontrar valores que den una explicación a su existencia. Se necesita, como dice García Roca, de qué vivir, pero también hay que saber para qué vivir. Las comunidades cristianas ³⁰, a partir de su tradición y de las orientaciones pastorales, tienen la obligación moral de ser protagonistas, de una manera sana y no impositiva, de esta oferta, fundamentalmente desde el modelado y el compromiso diario que testifica la fe.

66 Hablar de bióetica y del anciano enfermo exige desarrollar una ética de la fragilidad 99

Y ya para terminar, un último apunte que, como apéndice, aunque pueda parecer deslabazado, me parece imprescindible al hablar de la ética en el mundo del anciano enfermo. Tiene que ver con la experiencia de dolor³¹, sobre todo en el caso de padecimientos crónicos como la osteoporosis o de fases terminales de su enfermedad de base. Cuando el anciano dice que le duele, es que le duele. He visto demasiadas veces cómo se priva al anciano de analgesia tachándole de *quejica*, o aduciéndole que no vamos a permitir que se *enganche* a la morfina o a las pastillas, a su edad. Esto es, llanamente, maleficencia. Y si no, pongámonos por

un momento de manera empática, en la situación de ese anciano enfermo. La utilización de placebos, en este caso, no minimiza la valoración ética.

Hablar de bioética y del anciano enfermo, exige desarrollar una ética de la fragilidad. La vulnerabilidad conlleva una alta exigibilidad moral de respuesta. Como contrapartida —y ahí está el maravilloso misterio del Evangelio— nos encontraremos creciendo en medio y al lado del anciano enfermo, si es que realmente le hemos posibilitado seguir siendo testigo de la historia y maestro del presente.

BIBLIOGRAFÍA

- RUIPÉREZ CANTERA, J., JIMÉNEZ-JIMÉNEZ, M. P., HORNILLOS CALVO, M. y SEPÚLVEDA MOYA, D.: Asistencia sanitaria a las personas mayores. Criterios de selección y definición. Nuevas tendencias. Medicine 1995; 6 (87): 3838-3844.
- DOMINGO MORATALLA, A.: Ética y ancianidad: entre la tutela y el respeto. En GAFO, J. (ed.): Ética y ancianidad. Dilemas éticos de la medicina actual - 9. Madrid: Universidad Pontificia Comillas 1995; 67-94.
- PÉREZ DEL MOLINO, J., y ABIZANDA, P.: Problemas éticos en el cuidado del anciano. El paciente con enfermedad terminal. En: GUILLÉN, F. y PÉREZ DEL MOLI-NO, J.: Síndrome y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson 1994; 311-325.
- GUILLÉN, F.: Problemas éticos en residencias de ancianos. En: RIBERA, J. M., GIL, P.: Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Editores Médicos, S.A., 1995. Colección Clínicas Geriátricas XI; 181-192.
- RHIMES, J. A., y MCCULLOUGH, L. B.: Nonaggressive Management of the Illnesses of Severely Demented Patients: An Ethical Justification. JAGS 1994; 42, 6: 686-687.
- SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, M. A.: Aspectos éticos de la nutrición y la hidratación artificiales. En: RIBERA, J. M., GIL, P.: Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Editores Médicos, S. A., 1995. Colección Clínicas Geriátricas XI; 141-147.
- MARKS, W.: Physical Restraints in the Practice of Medicine. Current Concepts. Arch. Intern. Med. 1992; 152: 2203-2206.
- GRACIA, D.: Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema Universidad, 1989.
- 9. GRACIA, D.: Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.
- 10. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F.: Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, 1994.
- SEBASTIÁN, F.: Actitudes cristianas en la atención a los ancianos enfermos irrecuperables. En: GAFO, J. (ed.): Ética y ancianidad. Dilemas éticos de la medicina actual - 9. Madrid: Universidad Pontificia Comillas 1995; 121-133.
- 12. La Generalitat revela que hay malos tratos. Estudio presentado por la Consejería de Bienestar Social de la Generalitat de Cataluña y preparado por la Asociación para el Estudio y la Promoción del Desarrollo Comunitario. El País Cataluña 1995, mayo 11; 6.

- U.S. HOUSE SELECT COMMITTEE ON AGING. SUB-COMMITTEE ON HEALTH AND LONG-TERM CARE. May 10, 1985. Washington DC.
- PARIS, B. E., MEIER, D. E., GOLDSTEIN, T., WEISS, M. y FEIN, E. D.: Abuso y negligencia del anciano. Modern Geriatrics (ed. esp.) 1995; 7, 9: 296-299.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. COUNCIL OF SCIENTIFIC AFFAIRS. Elder abuse and neglect. JAMA 1987; 257: 966-971.
- DECLARACIÓN DE ALMERÍA. I Conferencia de Consenso sobre el Anciano Maltratado. Auspiciada por la Cruz Roja, el Servicio Andaluz de la Salud y el Instituto Andaluz de Servicios Sociales. 4 de mayo de 1995.
- LÁZARO DE NOGAL, M.: Abusos y malos tratos en el anciano. En: RIBERA, J. M. y GIL, P.: Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: EDIMSA 1995. Colección Clínicas Geriátricas XI; 33-44.
- CALLAHAN, D.: Terminating Treatment: Age as a Standard. Hastings Center Report Oct.-Nov. 1987; 21-25.
- CALLAHAN, D.: Setting limits: medical goals in an aging society. New York: Touchstone Book. Published by Simon & Schuster Inc. 1988, pág. 245.
- PELLEGRINO, E.: Rationing health care: the ethics of medical gatekeeping. J. Contemp. health, law and policy 1986; 2: 23-44.
- PÉREZ MELERO, A.: La edad avanzada como criterio de exclusicón en la asistencia sanitaria. En: GAFO, J. (ed.): Ética y ancianidad. Dilemas éticos de la medicina actual - 9. Madrid: Universidad Pontificia Comillas 1995; 95-108.
- 22. COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE PERSONAS OBJETO DE LA EXPERIMENTACIÓN BIOMÉDICA Y LA CONDUCTA: The Belmont Report. En VVAA.: Ensayos Clínicos en España (1982-1988). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Monografías Técnicas, n.º 17, 1990. Anexo 4.
- 23. MARSH, F. H.: Informed Consent and the Elderly Patient. Ethical Issues in the Care of the Elderly. Clinics in Geriatric Medecine 1986; 2; 3: 501-510.
- SIMÓN, P.: El consentimiento informado y el anciano. En: RIBERA, J. M. y GIL, P.: Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Editores Médicos, S. A., 1995. Colección Clínicas Geriátricas XI; 33-44.
- SIMÓN LORDA, P. y CONCHEIRO CARRO, L.: El consentimiento informado: teoría y práctica (I). Med. Clin. 1993; 100: 659-663.
- DRANE, J., citado por GRACIA, D.: Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.
- SIMÓN, P.: Obligaciones morales con los ancianos. Humanizar 1995; 22: 12-13.
- 28. MASLOW, A. H.: *Motivazione e personalità*. Roma: Armando, 1973.
- 29. GARCÍA ROCA, J.: Solidaridad y voluntariado. Santander: Sal Terrae, 1994.
- GAFO, J.: La Iglesia católica y los ancianos. En: GAFO, J. (ed.): Ética y ancianidad. Dilemas éticos de la medicina actual 9. Madrid: Universidad Pontificia Comillas 1995; 109-119.
- NAULAND y SHERWIN, B.: Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida. Madrid: Alianza Editorial, 1995.

9. ACTITUDES ANTE EL ANCIANO ENFERMO

José-Román Flecha Andrés

La llegada de la ancianidad es vista en nuestra cultura con una mezcla de miedo y de recelo. Miedo por parte de la persona que avanza en años y va descubriendo, por una parte, sus múltiples limitaciones y, en consecuencia, su mayor dependencia respecto de los demás. Y recelo por parte de los que rodean a la persona mayor, que temen perder también una parte de su independencia al verse obligados a prestarle más tiempo y mayor atención.

66 La llegada de la ancianidad es vista en nuestra cultura con una mezcla de miedo y recelo 99

El papa Juan Pablo II ha aludido al primado de la productividad y el pragmatismo en el mundo de hoy. Esa jerarquización de valores que parece caracterizar a la cultura llamada occidental hace olvidar con frecuencia la dignidad de las personas mayores:

«En una sociedad como la nuestra, en la que se rinde culto a la productividad, las personas ancianas corren el riesgo de ser consideradas inútiles, o, más aún, de ser juzgadas un peso para los demás. El mismo hecho de que la vida se haya alargado agrava el problema de la asistencia al número cada vez mayor de ancianos que necesitan cuidados y, tal vez aún más, el afecto y la solicitud de personas que llenen el vacío de su soledad»¹.

Ante esta situación, el Papa recuerda que la Iglesia ha de seguir alzando una voz profética en defensa de los ancianos, que constituyen con frecuencia el grupo de los más pobres entre los pobres, ya no por su falta de recursos como por su situación de dependencia:

«La Iglesia conoce este problema y trata de contribuir a su solución, incluso en el campo de la asistencia, a pe-



«Los enfermos ancianos tienden con frecuencia a un aislamiento progresivo».

sar de la dificultad que constituye para ella, hoy más que en el pasado, la escasez de personal y de medios. No deja de promover las intervenciones de los institutos religiosos y del voluntariado seglar para responder a esa necesidad de asistencia, ni de recordar a todos, tanto jóvenes

 JUAN PABLO II, Audiencia general del miércoles 7-IX-1994, en Ecclesia, 2.703 (24-IX-1994) 1445-46. como adultos, el deber que tienen de pensar en sus seres queridos que, por lo general han hecho tanto por ellos»².

Es habitual interpelar a la sociedad pidiéndole un mayor compromiso ético con relación a los mayores. Los ancianos, como los enfermos y los drogadictos, los prófugos y emigrantes sólo pueden ser ayudados de manera eficaz por quien les ofrece, además de los cuidados necesarios, un apoyo sinceramente fraterno³.

66 El Papa recuerda que la Iglesia ha de seguir alzando una voz profética en defensa de los ancianos 99

Sin olvidar la importancia de ese discurso, que en alguna otra ocasión he asumido⁴, quiero ofrecer aquí unas simples anotaciones sobre el anciano enfermo, recogidas de la experiencia que me ofrece mi actual situación en una residencia de ancianos.

La ancianidad no es en sí misma una enfermedad. El anciano puede gozar en nuestros días de una gran autonomía y desarrollar muchas actividades, necesarias para su propia realización y para su vida de relación. Es más, es preciso afirmar y favorecer esa conciencia, de modo que pueda descubrir su responsabilidad ante la familia, la sociedad y, en el caso del creyente, hacia la comunidad cristiana. Sin embargo, el anciano es consciente de no poder gozar ya de esa plenitud de autoconciencia, de autocontrol y de posibilidades que vienen a definir la salud.

El anciano es limitado. Uno de los dramas más difíciles de aceptar por parte de la persona anciana es precisamente esa experiencia de sentirse cada día más disminuida en sus posibilidades. Las deficiencias en la capacidad de ver, de oír, de expresarse o de caminar van cerrando a la persona en sí misma. Los enfermos ancianos tienden con frecuencia a un aislamiento progresivo. Tal clausura resulta empobrecedora. Al no percibir estímulos de la vida actual, cercana a él o lejana, el anciano tiende a refugiarse en sus recuerdos. O a sufrir una permanente fijación en sus achaques.

La ancianidad significa dependencia. Todo enfermo experimenta su dependencia de todos los que le rodean. De ellos cuelga su existencia, en los aspectos físicos y en los espirituales. Depende de otros, tanto en lo que se refiere a su alimentación, como a su limpieza. Pero depende también por lo que se refiere a la información que recibe o se le niega. Tal dependencia es experimentada con especial sensibilidad por las personas ancianas enfermas, que se sienten humilladas por una situación fisiológica que ya no pueden controlar y por una situación psíquica que les crea una enorme desorientación.

El anciano enfermo está discriminado: Es cierto que a veces, el anciano se siente discriminado sin razones objetivas. Pero con demasiada frecuencia lo es, precisamente por razón de su misma edad. En algunas ocasiones, los que lo acompañan al hospital y hasta él mismo pueden oír expresiones un tanto despectivas, con las que el personal médico-sanitario trata de expresar que no merece la pena dedicar tiempo y atenciones a una persona de tal edad.

El anciano enfermo es un enfermo crónico. La sociedad ha previsto algunas medidas –aunque siempre escasas y mejorables– en favor de algunos enfermos crónicos. Pues bien, el anciano se podría conside-

66 El anciano puede gozar en nuestros días de una gran autonomía y desarrollar muchas actividades 99

rar como un típico enfermo crónico. Es una obviedad subrayar que su estado general se va a ir deteriorando con el tiempo. Las mejorías son coyunturales y pasajeras. Una pausa entre dos crisis. De ahí que tanto los responsables sociales del mundo de la enfermedad, como los agentes de la pastoral habrán de tener especialmente en cuenta la situación de las personas mayores enfermas.

El anciano enfermo es un indigente. El anciano enfermo en la familia es un problema que afecta a todos los de casa. Absorbe mucho tiempo, exige mucha atención y, con frecuencia, descontrola los horarios habituales del hogar. Sus parientes más cercanos pueden recibir una sobrecarga de preocupaciones que vaya debilitando sus energías. La sociedad civil —o la comunidad cristiana— habrían de facilitar o bien un tipo de asistencia a domicilio o bien un voluntariado que alivie un tanto a los familiares de esa tensión sobreañadida que a veces les impide hasta salir de casa.

El anciano enfermo necesita toda clase de apoyos por parte de la sociedad y por parte de los que lo ro-

2. Íp., *l. c.*

3. JUAN PABLO II, *Centesimus annus* 48e. A la pobreza de los ancianos y enfermos, las víctimas del consumismo, los prófugos y emigrados se refiere de nuevo la encíclica en el n. 57b.

 J. R. FLECHA, «Los mayores en la Iglesia y en el mundo actual», en Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar 8 (1994) 57-71. La dependencia de los demás es experimentada con especial sensibilidad por las personas ancianas enfermas 99



«El anciano enfermo necesita toda clase de apoyo por parte de la sociedad y por parte de los que lo rodean».

ir ie

0

S

dean. Aunque haya gozado de una buena posición económica, la situación puede hacerse dramática si a la ancianidad se une la enfermedad. El anciano necesita un apoyo social que tenga en cuenta la disminución de recursos de la persona mayor, las deficiencias de su vivienda, con frecuencia antigua, las dificultades para instalarse en casa de sus hijos o para acceder a una residencia digna.

66 El anciano enfermo está discriminado 99

Un caso especialmente dramático es el de los ancianos enfermos que no han tenido descendencia o no tienen parientes cercanos.

En este contexto, habría que pensar en la situación de sacerdotes ancianos y enfermos. Respecto a los religiosos y religiosas, las soluciones adoptables –como la creación de residencias aisladas o la permanencia en las comunidades más activas— son siempre objeto de un atento discernimiento humano y cristiano.

El anciano enfermo ante la muerte. Son muchos los ancianos que manifiestan desear la llegada de la muerte como una liberación de sus dolores o de sus angustias. Es preciso estar muy atentos a tales manifestaciones. En algunos casos obedecen a una experiencia dolorosa que se les hace difícilmente soportable. En otros, es una forma de expresar su abatimiento y, sobre todo su soledad. Esto suele ocurrir entre los acogidos en una residencia cuando se dan cuenta de significar muy poco en la práctica para sus hijos y parientes más

cercanos. En otros casos, sin embargo, la cercanía de la muerte es vivida con una gran serenidad y es esperada con paz, sobre todo, si la persona ha vivido una cierta experiencia religiosa.

El anciano enfermo ante la eutanasia. Puede haber enfermos, ancianos o no, que soliciten explícitamente la muerte. En la mayor parte de los casos, tal petición no significa otra cosa que la demanda de una atención afectiva o bien la manifestación de los dolores que padece. La medicina ha progresado asombrosamente en el campo de los cuidados paliativos. Una mayor conciencia social y profesional debería ayudar a crear las condiciones necesarias no sólo para aliviar el dolor sino para ayudar al paciente a «morir en la ternura». De todas formas, es preciso denunciar como un crimen abominable la tentación actual a emplear la

66 Es obvio subrayar que el estado general de un anciano se va a ir deteriorando con el tiempo **99**

eutanasia. Por otra parte, tampoco se puede aconsejar la aplicación de medios desproporcionados para mantener al anciano en una vida despersonalizada.

Atención pastoral al anciano enfermo. Si la atención pastoral corre a cargo de la capellanía de un hospital general, habrá de tener una sensibilidad especial para la situación específica del anciano. Para los que continúan en sus domicilios, la misma comunidad

parroquial podría articular un servicio de ayuda que puede incluir desde la oferta de recursos materiales, hasta la sustitución temporal de las personas que atienden a la persona enferma. En las residencias laicas para ancianos se percibe a veces una preocupación casi exclusiva por los aspectos lúdicos. Las residencias religiosas procuran cuidar más explícitamente las necesidades espirituales del anciano enfermo.

En todo caso la asistencia pastoral no debe limitarse a la sacramentalización. Una atención más evangelizadora ayudará a descubrir oportunamente eventuales complejos de culpa en el enfermo y orientarle hacia el Dios de la misericordia. La fe en el Dios que se revela como «clemente y misericordioso», Padre de Jesús y Padre nuestro, ayudará al anciano a no replegarse en preguntas sobre el pasado, que pertenece ya a la misericordiosa comprensión de Dios.

66 La atención pastoral ha de tener una sensibilidad especial para la situación específica del anciano 99

La tercera edad puede ser un momento adecuado para la libertad del corazón. La aceptación de una dieta de comidas, la asunción de unas reglas de austeridad y de renuncia, han de ser como el signo elocuente de una libertad que se manifiesta también en la generosidad de quien ha superado las apetencias del consumismo y hasta la más leve sombra de la avaricia.

El anciano enfermo y el misterio de la cruz. Es obligado reconocer que muchos enfermos ofrecen a la comunidad cristiana un verdadero ejemplo de vida creyente llevada hasta sus últimas consecuencias. Desde una perspectiva de fe se puede afirmar que el anciano enfermo es más lo que da que lo que recibe.

La manifestación del perdón a los que les han hecho mal. La generosidad de que dan muestra. La constancia en la oración. La aceptación de sus dolores con espíritu redentor. Su unión con Cristo en el misterio de su cruz y su esperanza pascual en la vida resucitada son con frecuencia su último y más bello servicio a la comunidad. Han recibido la vida desde la gratuidad. Y la van entregando hasta el final con gratitud. Se puede hablar con verdad que muchos de ellos nos ofrecen un auténtico «evangelio de la ancianidad».

En nuestro ambiente puede haber personas mayores

que han vivido una gran parte de su vida en un agnosticismo o en un ateísmo práctico, acaso motivado por cuestiones socio-políticas de otros tiempos. En el momento de su enfermedad no se trata de imponerles como deber moral, no percibido previamente, la búsqueda de Dios, y la Práctica religiosa. Seguramente, la misma maduración de sus convicciones y de sus opciones fundamentales los habrá llevado a una seriedad y coherencia que no está lejos de la más auténtica experiencia religiosa.

Y los que se han profesado creyentes, encontrarán sin duda en esta etapa de su vida no sólo el tiempo para la expresión de su vivencia religiosa, sino la libertad de quien se confía en el Dios de la misericordia sin buscar ya otras prebendas y mercedes marginales y accesorias.

Para los cristianos mayores, esa expresión de su fe y su religiosidad en el momento de su enfermedad adquirirá, en muchas ocasiones, el carácter pascual de la oblación del grano de trigo, que parece morir en la oscuridad del surco para suscitar una nueva vida y una nueva cosecha que él mismo ya no verá, como sugería Jesús de Nazaret (Jn 12, 24).

Estas reflexiones deben mucho a muchas personas. Sólo puedo evocar aquí algunos de los ancianos que he acompañado en sus últimos días en la residencia de las Hermanitas de los Pobres. Mary Cruz, que, en medio de los dolores de su cáncer, nos ofrecía consuelo a nuestros ridículos dolores. Lorenzo, su esposo, con enfermedad de Alzheimer, que nos dijo que Mary Cruz se había ido a la Casa Grande. Rosita que, con el gemido de un pajarillo, nos decía hasta su muerte que cada día estaba mejor. Antonio que tanta devoción profesaba al Cristo de Cabrera. Teo, a la que nos enviaron ya desahuciada y vivió tres meses tratando de decirnos

66 Desde una perspectiva de fe se puede afirmar que el anciano es más lo que da que lo que recibe 99

con los ojos y con las manos el inmenso cariño que nos profesaba. José Fernando o Margarita que durante tantos años han estado recibiendo en la casa una atención esmerada y heroica. E Isidro que, al fin esta mañana, ha recibido a la hermana muerte a la que venía llamando desde que se fue su esposa Isabel.

10. LA IGLESIA Y EL ANCIANO ENFERMO. RESPUESTAS Y DESAFÍOS

10.1 NSTITUCIONES SANITARIAS

FERS

Sor Purificación Bermejo

Dentro de los diversos organismos e instituciones que atienden y prestan sus servicios al anciano enfermo, nos encontramos las/os religiosas/os, agrupados en la Federación Española de Religiosos Sanitarios, más conocida por todos como FERS.

A través de esta comunicación, quiero deciros desde mi punto de vista, qué hace la Iglesia por el anciano enfermo.

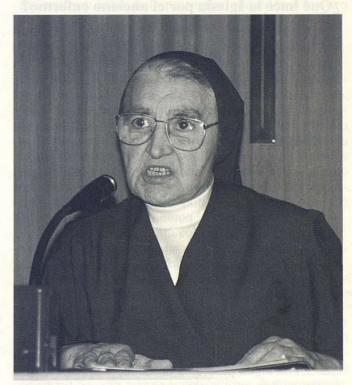
Estoy convencida de que a la vida Consagrada no se la puede olvidar, a la hora de tratar temas relacionados con diversos servicios sociales, en este caso con los ancianos.

Para ello voy a dar unos datos que pueden ser de interés respecto a quiénes somos, dónde estamos y qué hacemos a nivel Nacional; aunque luego dé datos más concretos de lo que yo vivo y percibo en Galicia.

Son varias las Congregaciones Religiosas Federadas, al cuidado de los ancianos; en España se atienden 510 Residencias, en las que se acoge a 37.321 ancianos, de los cuales 9.589 son asistidos y 27.732 son inválidos.

Las/os religiosas/os en estos Centros somos un total de 4.003 y el número de personas seglares 12.202.

Es obligado mencionar a las Hermanitas de los Ancianos Desamparados que no están federadas, pero forman parte del servicio que la V.C. presta al mundo de la 3.ª Edad. Cuentan con 136 centros en España y atienden a 17.125 ancianos, con un número muy elevado de inválidos.



La hermana Purificación Bermejo habló del papel de la Federación Española de Religiosos Sanitarios en la atención al anciano.

FERS en el año 1995 trabajó con alma, vida y corazón en un gran proyecto, el de promover una Asociación Empresarial de Centros Socio-Sanitarios Católicos. Sector no lucrativo. En principio se va a limitar a las Residencias de la 3.ª Edad; aunque a la hora de

redactar los Estatutos, se consideró oportuno posibilitar la inclusión de otros campos o sectores asistenciales, si se considera oportuno.

Su estructura territorial es de dos niveles: Nivel Autonómico (Asoc. en las Comunidades Autónomas) y nivel Estatal, con una Federación.

Está constituida en todas las autonomías; la Federación Estatal quedó constituida el 8 de junio pasado.

En algunas Autonomías, ya se está planificando el trabajo, encaminado todo él a buscar una mejor y cualificada atención a nuestros mayores.

66 La Iglesia, a través de las Congregaciones Religiosas, ha sido y sigue siendo la pionera en la atención al anciano» 99

Desde la Federación y desde las Asociaciones autónomas, pensamos llevar a cabo un plan estratégico que dé respuestas a las necesidades existentes en este sector.

¿Qué hace la Iglesia por el anciano enfermo?

La Iglesia a través de las Congregaciones Religiosas, ha sido y sigue siendo la pionera en la atención al anciano, tanto en Residencias como en sus domicilios, con gran cariño y generosidad, aunque a veces carentes de los medios necesarios.

La Vida Consagrada continuadora de la misión de Cristo y de la Iglesia y animada por el Espíritu de sus Fundadores, tiene una razón profunda que motiva su presencia en el amplio campo Sanitario-Geriátrico; llevar a la humanidad doliente, con la Palabra y el ejemplo de sus vidas, un testimonio claro y coherente del amor y de la solicitud de Cristo, que tantas veces dignificó su Ministerio, como obra de curación de los enfermos y alivio, para los afligidos.

En el campo Residencial, los Centros de religiosas/os son más que los de dependencia pública, al menos en Galicia (Religiosos 36. Xunta 24; I.P. 8; Cáritas 2, F. S. Rosendo 12.

Por otra parte y según la guía de Recursos Sociales, en la mayoría de las residencias de carácter público, uno de los requisitos para entrar en ellas, es que sean válidos y mentalmente sanos; causa por la que los ancianos con algún problema de salud, psíquica o física, suelen acabar en nuestros centros, aún sabiendo que contamos con muchas deficiencias. (No tienen fiestas ni excursiones...).

Los servicios sociales de base, constantemente solicitan nuestra acogida, de ahí que a nuestros centros

66 Con gran esfuerzo nuestros centros se han ido transformando poco a poco 99

sigan llegando actualmente ancianos con un bajo nivel de vida, en todos los sentidos (sanitario, cultural, económico, social...) ancianos muy deteriorados y limitados en sus funciones, aquejados por las consecuencias graves del alcohol..., ancianos que no siempre gozan de los mismos derechos que sus amigos o vecinos, porque siempre han pertenecido a la clase social menos favorecida; no han podido cotizar a la Seguridad Social y la mayoría con pensiones ridículas; por eso en muchas ocasiones la soledad y el abandono son su única compañía. Éstos son nuestros ancianos.

Hoy, no porque tengamos muchos recursos, sino porque las circunstancias nos lo han exigido, nuestros centros con gran esfuerzo se han ido transformando poco a poco, sin embargo somos conscientes de que en muchos siguen existiendo deficiencias de infraestructura, etc. Pese a todo ello, intentamos que la entrega y servicialidad, se haga pionera en un servicio humanitario y dignificador.

Todos conocemos residencias que cuentan con un número alto de personal para servicios asistenciales y técnico sanitarios, sin embargo no siempre hay personal que atienda las relaciones humanas, psíquicas, afectivas y sociales.

Respuestas que queremos dar

La V.C. ha trabajado y sigue trabajando porque sus centros sean lugares en los que el anciano pueda encontrarse consigo mismo, descubra su identidad, su puesto, su función en el mundo, a fin de que su ilusión de persona mayor se sienta revitalizada.

66 Intentamos que la entrega y servicialidad se haga pionera en un servicio humanitario y dignificador 99

Creemos bien cubiertas sus necesidades básicas, pero no nos conformamos con que estén solamente, «Comidos, lavados y puestos al sol», intentamos que nuestro servicio abarque todas las dimensiones del hombre como persona humana, por ello nuestro empeño en mejorar su calidad de vida y sus relaciones con Dios y con los demás.

El anciano que viene a nuestros centros, no llega a un establecimiento donde se acoge a pobres y menesterosos dispuestos a aceptar lo que les quieran dar (techo, comida, etc.), exige lo que en justicia se les debe:

- Servicios humanizados, cariño, respecto, comprensión.
- Posibilidad de relaciones.
- Oportunidad para seguir siendo el protagonista de su vida.

Lo que intentamos hacer realidad a través de un personal vocacionado y preparado, ya que muchos de los ancianos que vienen a nuestros centros, llegan lastimados por las circunstancias de una vida, generadora de frustraciones, angustias, soledad, lucha, desesperanza... por lo que la V.C. en su acción pastoral y desde la realidad actual, intenta atender a la persona desde sus tres dimensiones:

- Humana.
- Social.

n

el

n

2:

n.

u

le

- Religiosa.

Dimensión humana. Se procura y promueve:

- El bienestar físico y psíquico (no siempre es fácil).
- Hábitos de higiene, alimentación, comportamiento...
- Confianza en sí mismo.
- Aceptación y serenidad ante las propias limitaciones.
- Mantenimiento del equilibrio afectivo.
- Ayuda para que encuentren sentido a su vida, como personas que tienen su puesto en la sociedad y en la Iglesia.

66 Intentamos que nuestro servicio abarque todas las dimensiones del hombre como persona humana 99

Dimensión social. Se intenta potenciar:

- Respeto a las personas y a las cosas.
- Diálogo amistoso y comunicación.
- Solidaridad y ayuda mútua.
- Participación y colaboración. (A veces se encuentra resistencia).
- Comunicación y relación con la familia.

Dimensión religiosa. Se aspira a fomentar:

- La alegría y el gozo de la unión.
- Tolerancia en la convivencia diaria.
- Actitudes de esperanza.
- Descubrimiento de Dios como Amor-compañero de la vida
- Relaciones personales con Dios.
- Ayuda para asumir e integrar el dolor, la enfermedad, e incluso la muerte.
- Vivencia y comunicación de fe.
- Se intenta estar a su lado en las dificultades del día a día. En esta tarea estamos empeñados todo el personal de las Residencias, también el propio residente con su postura activa y participativa, aunque a veces le cueste, canalizada a través de los distintos departamentos organizados en cada centro.

Departamento social

- Acogida.
- Visitas.
- Otras gestiones (desde el Consejo de residentes).

Departamento labor de casa

- Recepción.
- Lavandería.
- Cocina.
- Comedores.

Departamento cultura y ocio

- Biblioteca.
- Trabajos manuales.
- Juegos.
- Actividades lúdicas.

Departamento de pastoral

- Liturgia.
- Actos religiosos.
- Comunicación de fe.
- Visitas a enfermos (hospitalizados).
- Acompañar enfermos (en el propio centro).
- Otros servicios como terapia ocupacional, fisioterapia...

Todos sabemos que la realidad dista del organigrama del papel, pero, repito, trabajamos porque se sientan a gusto y se realicen como personas.

A través de todo lo que hace la V.C., quiere seguir el camino trazado por Jesús, el *Gran Sanador Herido*, que busca la salvación del hombre y que no tiene otros pies, ni otras manos, para actuar aquí y ahora, que las tuyas y las mías y que exige a la V.C., una atención esmerada al mundo de los ancianos, enfermos, marginados de todo tipo, utilizando los recursos técnicos, profesionales y sobre todo pastorales que estén a nuestro alcance.

Desafíos que se nos plantean

Ante las muchas necesidades y urgencias que surgen cada día, y la escasez de vocaciones me pregunto. ¿No será llegado el momento en que la misión compartida, de la que tanto hablamos, que en definitiva no es otra, que la única Misión de Jesús encomendada a su Iglesia, la empecemos a realizar aunando esfuerzos entre diversos Institutos, con humildad..., sin protagonismos..., sintiéndonos Iglesia..., escuchando atentamente el clamor de los pobres de nuestro tiempo? ¿Tendrán que seguir esperando?

66 Desde FERS queremos dar respuesta con Caridad, Justicia y Ciencia 99

Ciertamente, todo exige trabajo y esfuerzo; FERS y las Congregaciones en general, han avanzado y se han marcado sus objetivos y líneas de acción, para preparar y mentalizar a sus miembros en una Pastoral de conjunto de cara a la evangelización y humanización, desde el propio ser de la V.C., quien afronta el *reto*, en una población envejecida, de ofrecer servicios y atender necesidades de personas ancianas y enfermas, con una clara opción por este sector de marginación como es la 3.ª Edad.

Éste es a mi modo de entender, uno de los *retos* que nos desafía y al que queremos desde FERS dar respuesta con Caridad, Justicia y Ciencia como dice nuestro Anagrama.

CÁRITAS

Francisco Salinas Ramos

Coordinador de Programas Cáritas Española

«Desde el punto de vista cristiano es también importante dedicarse a una criatura humana, cuidarla y amarla, aunque esta entrega nuestra sea improductiva. Para el cristiano es importante dar todo su tiempo con gozo y alegría al enfermo incurable, y dárselo gratuitamente, para el cristiano es importante acompañar con amor y con paciencia al anciano, ya inútil, en su camino hacia la muerte. Es importante cuidar bondadosamente a los seres humanos "últimos", a los más infieles y a los más infelices, incluso a aquellos en los que resultan ya casi indiscernibles los rasgos humanos».

(LUCIO LOMBARDO-RADICE)

Introducción

Antes de exponer la labor de Cáritas con las personas mayores, es conveniente hacer algunas constataciones, que no por obvias debemos de olvidarlas. Estamos en el umbral del fin de siglo y en consecuencia del inicio del tercer milenio. Uno de los hechos de esta doble realidad es el progresivo envejecimiento de la población en la casi totalidad de los países desarrollados. Dentro de poco una quinta parte de la población será mayor de 65 años. Nuestro país no está ajeno a este hecho y exige preparación desde todos los niveles e instancias. Es conveniente aprender a envejecer.

Loles Díez Aledo nos dice al respecto: «El arte de ser anciano consiste en solucionar una crisis profunda, en buscar el equilibrio necesario entre la aspiración de cada persona a crecer y la experiencia de estar en el

66 Es conveniente aprender a envejecer 99

declive de la vida. Pero en la práctica no se logra fácilmente ese equilibrio. Sino que más bien la aguja de la balanza se inclina a percibir esta etapa sólo como un período de deterioro, olvidando que también es de crecimiento».

La ancianidad es lo que no quiere que sea, positiva o resignada, para lo cual se debe preparar. «Vivir resignadamente la vejez lleva al sentimiento de fracaso vital, al empobrecimiento. Vivir positivamente, como culminación de la vida, como etapa sin la cual la vida quedaría inacabada, inconclusa, cambia radicalmente la perspectiva» (Díez Aledo, o.c., págs. 94-95). «La vejez no es una etapa terminal vacía de contenido. Es



Francisco Salinas explicó la labor de Cáritas en su atención al anciano.

una etapa más de la vida. Envejecer no es un drama, como afirman muchas personas. Es, puede ser, un tiempo para crecer» (Díez Aledo, Loles, «Envejecer es vivir». Madrid, 1993, pág. 98).

En esta tarea no sólo deben de estar empeñados los mayores y quienes le rodean sino también las instituciones y los sistemas que éstos crean para defender y fomentar el derecho que todo ciudadano tiene a la salud. En este contexto es importante conocer, velar y exigir el cumplimiento de lo que dice el artículo 3.1 de la Ley General de Sanidad: «los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades».

La Iglesia tiene una larga trayectoria en este campo, en el documento *La Iglesia y los pobres* leemos: «la ayuda moral y material a los enfermos ha sido secularmente una dedicación preferencial de la Iglesia a lo largo de los siglos... Desde hace algunos años, es66 Envejecer no es un drama; es, puede ser, un tiempo para crecer 99

pecialmente desde que se inició la celebración anual del *Día del Enfermo*, la presencia de la Iglesia junto a los enfermos –en especial a los más pobres, abandonados y marginados– ha experimentado un notable incremento y progreso...» (N.º 100).

Cáritas consciente de todas estas situaciones, de forma subsidiaria y complementaria, dedica a las personas mayores una gran parte de sus esfuerzos y recursos. No tiene una actividad directa con el anciano enfermo, pero sí despliega una acción integral y globalizadora con la persona mayor y su entorno, sea en los medios rurales o en los urbanos.

Cáritas. Tareas. Prioridades

Cáritas tiene como *objeto* «la realización de la acción caritativa y social de la Iglesia en España, a través de sus miembros confederados. Para ello se pone al servicio del Pueblo de Dios con el fin de promover y coordinar la comunicación cristiana de bienes en todas sus formas, y de ayudar a la promoción humana y al desarrollo integral de todos los hombres» (art. 10 de los Estatutos). En definitiva es un «talante de vida», donde la solidaridad y el compartir son actitudes permanentes.

Cáritas es el organismo de la Iglesia, creada en 1942 como Secretariado y en la década de los años sesenta se configura como Confederación, se la dota de estatutos propios y de una estructura funcional, que hasta la fecha sigue existiendo con ciertas modificaciones. Ejerce la dirección jerárquica de Cáritas la Comisión Episcopal de Pastoral Social y en cada diócesis el Obispo.

Cáritas Española como Confederación está formada por todas las Cáritas Diocesanas y ciertas Órdenes e Instituciones como la CONFER, FERS, FERE y las Voluntarias Vicencianas.

La acción social que desarrolla Cáritas lo hace desde su propia Identidad de ser parte de la Iglesia con una misión concreta y desde un Marco general de intervención, donde la metodología, planificación y evaluación tienen un espacio significativo. También tiene en cuenta lo que en cada momento nos dice el magisterio de la Iglesia, especialmente desde la Doctrina Social de la Iglesia. Concretamente respecto a los mayores nos dice que cada edad tiene su tiempo y éste su misión, el de los *mayores* o la *vejez* tiene los suyos, entre otros se pueden distinguir que (Cf. «Manual de Doctrina Social de la Iglesia». BAC-Fundación Pablo VI, Madrid, 1993):

- Es tiempo de sabiduría, durante la vejez se cosecha todo lo aprendido y experimentado.
- Es tiempo de paz y agradecimiento, agradecimiento por todo lo recibido a lo largo de la vida, comenzando

- por el don de la vida. Tiempo de paz consigo y con los demás, que no excluye la donación y servicio al prójimo.
- Es tiempo de amistad y solidaridad, es tiempo para cultivar la amistad de los demás, lo que es una forma de ayuda al prójimo y una fuente de fuerza y consuelo propios.
- Es tiempo de aceptación, confianza y preparación.

Las *tareas* fundamentales de Cáritas las podemos sintetizar en nueve puntos (ver Ezcurra, Florentino: *Cáritas hoy*, Pamplona, 1990).

- Educar en la caridad y en la justicia, mediante instrumentos y materiales específicos, seminarios, jornadas.
- Sensibilizar a la sociedad en general y a la comunidad cristiana en particular sobre la realidad social y las respuestas que éstas podrían dar, pues si los problemas y necesidades surgen de la sociedad y de la comunidad son éstas las que deben dar respuesta.
- Llevar a cabo una labor de ayuda y asistencia, en situaciones de extrema necesidad y como un momento más dentro del proceso de recuperación e integración social y económica. Respetando en todo momento la dignidad de la persona que es sujeto de derechos.
- Trabajar en la promoción de la persona, del grupo y de la comunidad, buscando la autonomía y el desarrollo endógeno.
- La denuncia a través del anuncio de acciones significativas, del testimonio, de propuestas. La denuncia profética mediante el anuncio de la buena nueva.
- La coordinación de esfuerzos, dentro de Cáritas, de la Iglesia y de las instituciones públicas. Es una asignatura pendiente que conviene prepararla y ejercitarla, para llegar un día y aprobarla.
- Promover los recursos humanos, mediante el desarrollo de planes de formación, a distintos niveles, de todas las personas que trabajan en Cáritas, especialmente de los voluntarios.
- Captación de recursos económicos, necesarios para poder realizar las distintas acciones y proyectos con los más necesitados.
- Solidaridad con todos los pueblos, la acción de Cáritas no sólo se desarrolla dentro del territorio español sino también más allá de nuestras fronteras. Se llevan a cabo programas de emergencia, rehabilitación y desarrollo.

Hace tres años, en la 48.ª Asamblea General, Cáritas aprobó las *Prioridades Estratégicas* a desarrollar en años sucesivos (octubre 1993), éstas son:

- Prioridades en torno al compromiso social con los colectivos y territorios más desfavorecidos.
- Prioridad para construir una sociedad accesible.

66 Cáritas dedica a las personas mayores una gran parte de sus esfuerzos y recursos 99

- Prioridades en torno a la generación de comunidad y a la generación de vínculos sociales.
- Prioridades en torno a la dinamización de la comunidad como sujeto de la acción sococaritativa de la Iglesia.
- Prioridades en torno a la presencia pública de Cáritas.

En estos tres últimos años los Programas de acción social, el de las personas mayores entre ellos, han girado en torno a estas Prioridades, con una programación específica para cada año.

Los Programas de Cáritas

Estas tareas y misiones se hacen carne en el contacto con la realidad social, toman cuerpo, responden a un rostro con nombre propio. El entorno y contexto social todos lo conocemos, se trata de una sociedad desigual, injusta, dualista, que genera pobreza, marginación y exclusión social. En definitiva una sociedad donde no todos no tienen cabida. Precisamente con el fin de contribuir a crear mejores condiciones de habitabilidad, espacios de acogida, de acompañamiento es que Cáritas interviene desarrollando *Programas* de acción social en casi todos los campos de necesidades, siendo el de *Mayores* uno de ellos, y en todos los rincones de la geografía, rural y urbana.

El Programa de las personas mayores es uno de los más antiguos en la Confederación, dedicándole recursos humanos y económicos bastante significativos. Por ejemplo durante 1995 el conjunto de las Cáritas Diocesanas y sus Servicios Generales han invertido en el Programa de Mayores un total de: 2.139.625.000 ptas., representando el 12,5 % del total invertido (16.233.073.000 ptas.), siendo el programa, después de Acogida y Asistencia (17,5 %, 2.993.474.000 ptas.) donde más se ha invertido, le siguen Cooperación Internacional con el 9 %, empleo y economía social con el 8 %, etc. (Cf. Memoria de Cáritas, 1995).

La acción de Cáritas llega a más de 70.000 personas mayores. El Programa está presente en casi todas las diócesis y entre sus objetivos fundamentales está el contribuir a que la persona mayor sea una persona activa y dinámica en la vida comunitaria, y lo hace desde diferentes y variados servicios, entre otros podemos distinguir:

- Cursos de formación a voluntarios y profesionales que trabajan directamente con personas mayores.
- Cursos de asociación y sensibilización a personas mayores.
- Clubes de personas mayores.
- Centros de día.
- Actividades de ocio.
- Ayudas domiciliarias.
- Viviendas tuteladas.
- Residencias asistidas.

66 La acción social que desarrolla Cáritas lo hace desde su propia identidad de ser parte de la Iglesia 99

En definitiva, la dimensión formativa está muy presente mediante el desarrollo de cursos para el personal que trabaja con mayores, sean voluntarios o asala-riados y la elaboración de materiales. Los estudios e investigaciones, como instrumento de participación y formación de agentes, es otra de las dimensiones desarrolladas. También los diversos tipos de servicios personalizados, con fuerte empeño en la coordinación y colaboración, aprendiendo de los demás y también aportando todo lo que a otros les pueda ser útil, siempre con el objetivo claro que se preste un servicio adecuado y cualificado a la persona mayor donde ésta se sienta protagonista y agente.

Para que todo esto sea posible, no bastan los recursos económicos, sino que se cuenta con un equipo humano de más de 600 personas contratadas y 3.374 voluntarios dedicados a los mayores.

El programa de mayores desde la acción social de Cáritas, no se dirige exclusivamente a las personas de 65 años y más, sino que desde una perspectiva global e integradora agrupa desde la familia y el barrio o la comunidad rural, hasta las intervenciones sociales, sociosanitarias, tanto institucionalizadas como informales trabajando por responsabilizar e implicar a la sociedad en general sobre la respuesta a las distintas necesidades de las personas mayores.

Desde el programa se toma conciencia que la persona mayor no es un ser pasivo, es una persona y como tal un ciudadano que tiene derechos, es decir, que cualquier acción social que desarrollemos con él no es un regalo, es algo que tiene por propio derecho. Cáritas trabaja desde ellos y para ellos sensibilizando a la sociedad de la responsabilidad que tiene para con las personas mayores.

Finalmente desde el programa de mayores y en las distintas actuaciones sociales se mantienen contactos estrechos con la sociedad para que ésta conozca y reflexione sobre su propia coherencia y responsabilidad social. Naturalmente aquí el hogar familiar tiene para Cáritas un ámbito importante de trabajo para que la familia no entre en una dinámica de entender, como muchas veces le ha hecho ver la propia inercia social, que las personas mayores son un *personaje* que molesta en su vida. Por lo que se fomenta desde la responsabilización social la dimensión intergeneracional.

El Programa de personas mayores tiene una proyección europea animando y coordinando la «Red Europea sobre La marginación de las personas mayores en núcleos urbanos», que entre otros objetivos tiene:

Establecer y considerar un plan de acción entre las organizaciones miembros de la Red.

- Promover un foro de debate sobre política social.
- Potenciar la colaboración y apoyo de las administraciones públicas hacia las ONGs y asociaciones sin ánimo de lucro y la cooperación entre estas últimas.
- Dar a conocer los avances y conclusiones a las que se lleguen, potenciando el efecto multiplicador de las buenas prácticas.

Algunas experiencias

Como se ha indicado antes el trabajo de Cáritas con las personas mayores es muy amplio y variado, las distintas experiencias de la Confederación es la mayor riqueza que podemos aportar, aunque somos conscientes que aún queda mucho por hacer y que en esta labor las iniciativas públicas y privadas debemos de estar implicados y coordinados.

66 La ancianidad es tiempo de sabiduría, de paz y agradecimiento, de amistad y solidaridad, de aceptación, confianza y preparación 99

Veamos brevemente algunas experiencias de trabajo con mayores iniciado, fomentado y animado por Cáritas.

Vivir en casa. Servicio de ayuda a domicilio en los pueblos y aldeas de Lugo. El servicio se organiza en 1984, a partir del estudio que constata que los mayores quieren permanecer en sus casas y aldeas. Se atiende a varios centenares de ancianos. El *objeto* del servicio es «prestar una atención integral al anciano en su medio rural, para mantenerle, al mismo tiempo, en las mejores condiciones y con el mayor grado de autonomía posible».

Para ello moviliza los recursos humanos y materiales existentes en la aldea o comarca, convirtiendo las necesidades y dificultades en motivación para encontrar respuestas creativas y solidarias entre todos los vecinos.

Con ello pretende evitar los internamientos innecesarios; el miedo de muchas personas mayores a permanecer en su domicilio y no tener quien les atienda, ante su pérdida temporal o permanente de movilidad y de soledad en la enfermedad.

Con el servicio se quiere dar una oportunidad a las mujeres, buenas vecinas, de promoción personal y de acceso a unos ingresos tan necesarios para sus economías familiares. Puede ser una actividad y/o un puesto de trabajo.

El anciano es visitado por el responsable de la zona, que realiza una evaluación de sus necesidades y busca a la vecina que será la prestadora del servicio, a la que la persona mayor dará su consentimiento.

El responsable de zona actúa de animador comuni-

66 La acción de Cáritas llega a más de 70.000 personas mayores 99

tario, a la vez que es un referente importante para el anciano.

Ayuda a domicilio. En varias localidades de Zaragoza desde Cáritas se pretende «implicar al mayor número de personas e instituciones» para que entre todos den respuestas adecuadas a necesidades concretas, por ejemplo:

- Residencia de 28 plazas, para cubrir las necesidades de los mayores que no pueden valerse por sí mismos en su domicilio.
- Coordinar y utilizar su infraestructura para la ayuda a domicilio en los ocho pueblos.
- Servicio de lavandería y cuidado de ropa de los residentes.
- Acercar y coordinar los servicios sociales y sanitarios de la comarca.

Este servicio se puso en marcha y se gestiona interinstitucionalmente mediante un Patronato: Ayuntamiento, parroquia, comunidad de religiosas, una asociación.

Acogida y encuentro en Guadalajara. En varios pueblos de la diócesis mediante la puesta en marcha de un Plan General de Animación Comunitaria se desarrollaron varios servicios: el de ayuda a domicilio, acogida y acompañamiento, asesoría jurídica, etc. Son servicios polivalentes de ámbito comarcal y gestionados interinstitucionalmente, donde la acogida y el acompañamiento son el eje fundamental de la acción.

Participan en el proyecto: Junta de Comunidades, Diputación Provincial, Ayuntamiento, Ministerio de Justicia, Cáritas, asociación cultural.

66 Desde el programa de mayores se toma conciencia que la persona mayor no es un ser pasivo, es una persona y como tal un ciudadano que tiene derechos 99

Por ejemplo en la Comarca de la Molina, se organiza la ayuda a domicilio a toda la comarca, con servicios: asistencia sanitaria, de farmacia, limpieza de la casa, lavado, planchado, de compras, preparación de comidas. También se han organizado Clubes de tercera edad donde los mayores desempeñan un papel importante.

Animación social, en la comarca de Tierra de campos. Escuelas Campesinas de Palencia. Es un proyecto global de desarrollo en la mancomunidad de

11 pueblos, que tiene su origen en un estudio sociológico que se realizó por la zona. Son muchas las conclusiones a las que se llegaron, entre otros se constató la necesidad de poner en marcha: proyectos de ayuda a domicilio, teniendo como eje central la animación y dinamización social, donde entre otras se desarrollan las siguientes actividades: fiestas tradicionales, excursiones, charlas, coloquios, encuentros intergeneracionales, etc.

Programa integral con los beneficiarios del FAS (Fondo de Asistencia social), C.D. de Barcelona. La experiencia empieza en 1982 con un grupo reducido de beneficiarios del Fondo de Asistencia Social, FAS, con los servicios de comidas a domicilio (eran 32.791) en poco tiempo se amplía a servicios más integrales,

empezando por la acogida, continuando por el fomento de la convivencia y ayuda mutua, así como servicios sanitarios, médicos, servicios sociales, con una fuerte colaboración y participación de los mayores.

La experiencia es positiva por varias razones: calidad en el servicio, se llegó a más personas con escasos recursos, se logró una mayor participación de los mayores y un progresivo compromiso del entorno; la interacción entre diversos programas diocesanos: empleo, mujer, mayores; se alcanzó un grado satisfactorio de colaboración y coordinación con los Servicios Sociales municipales y diversos servicios de la Generalitat. (Para una mayor información sobre las acciones y valoración de las mismas, se puede consultar: Cáritas Diocesana de Barcelona, «Aquells vells, deu anys després». Barcelona, 1994).

10.2 COMUNIDADES

COMUNIDADES PARROQUIALES

M.ª Teresa de la Parra Responsable de la Pastoral de la Salud. Vicaria III

Presentación: Ancianidad deseada

Si la vida es un camino que se anda por etapas, la ancianidad no es en él estación terminal, sino cumbre y corona de lo andado. El anciano no aparece atrapado en la existencia como en una fosa o un remolino, sin agarraderos hacia atrás ni horizontes hace adelante. Al contrario, se encuentra afincado en la historia, con amarras en el pasado y ventanas hacia el futuro. (La vejez venerable. Antes que el cántaro se rompa).

Este punto me llamó la atención. Creo que sería ideal considerar así la ancianidad y poderla vivir de este modo, aún estando enfermo. Todos la desearíamos y casi todos la eludimos.

Realidad existente

La ancianidad descrita, no se ha descubierto, y si es así, todos o casi todos la eludimos.

Los ancianos: pues siempre o casi siempre se expresan, «Si yo pudiera...». No aceptan su

- situación actual y siempre quieren remitir al pasado, sin tener en cuenta el presente y menos, todo lo que pueden hacer en un futuro, aunque éste sea corto.
- La familia: la eludimos en la mayoría de las veces por completo, nos limitamos a atenderles en lo imprescindible, pues complicarnos en más nos resulta incómodo (me refiero en lo imprescindible, al aseo y alimento, nada más). No contamos para nada con sus necesidades, opinión o deseo.
- Las parroquias: también eluden esa realidad que se da en la vejez: Se atiende al anciano, pero no al anciano enfermo. Existen en éstas, centros, donde pasan el rato ocupados en talleres, tertulias, cafés, excursiones..., pero ¿y el anciano enfermo que no puede salir de casa?

Respuestas

Qué se hace desde las parroquias. Hay en éstas, pequeños grupos que visitan a los ancianos enfermos en su tarea pastoral, pero como a un enfermo más.

Lo comentaba anteriormente, el anciano enfermo no entra en ninguno de los dos grupos que tenemos como referencia: Los ancianos que pueden acercarse a las parroquias, se distraen en esos grupos existentes y se les atiende; los ancianos enfermos que no pueden salir de casa, se les visita como a un enfermo 11 pueblos, que tiene su origen en un estudio sociológico que se realizó por la zona. Son muchas las conclusiones a las que se llegaron, entre otros se constató la necesidad de poner en marcha: proyectos de ayuda a domicilio, teniendo como eje central la animación y dinamización social, donde entre otras se desarrollan las siguientes actividades: fiestas tradicionales, excursiones, charlas, coloquios, encuentros intergeneracionales, etc.

Programa integral con los beneficiarios del FAS (Fondo de Asistencia social), C.D. de Barcelona. La experiencia empieza en 1982 con un grupo reducido de beneficiarios del Fondo de Asistencia Social, FAS, con los servicios de comidas a domicilio (eran 32.791) en poco tiempo se amplía a servicios más integrales,

empezando por la acogida, continuando por el fomento de la convivencia y ayuda mutua, así como servicios sanitarios, médicos, servicios sociales, con una fuerte colaboración y participación de los mayores.

La experiencia es positiva por varias razones: calidad en el servicio, se llegó a más personas con escasos recursos, se logró una mayor participación de los mayores y un progresivo compromiso del entorno; la interacción entre diversos programas diocesanos: empleo, mujer, mayores; se alcanzó un grado satisfactorio de colaboración y coordinación con los Servicios Sociales municipales y diversos servicios de la Generalitat. (Para una mayor información sobre las acciones y valoración de las mismas, se puede consultar: Cáritas Diocesana de Barcelona, «Aquells vells, deu anys després». Barcelona, 1994).

10.2 COMUNIDADES

COMUNIDADES PARROQUIALES

M.ª Teresa de la Parra Responsable de la Pastoral de la Salud. Vicaria III

Presentación: Ancianidad deseada

Si la vida es un camino que se anda por etapas, la ancianidad no es en él estación terminal, sino cumbre y corona de lo andado. El anciano no aparece atrapado en la existencia como en una fosa o un remolino, sin agarraderos hacia atrás ni horizontes hace adelante. Al contrario, se encuentra afincado en la historia, con amarras en el pasado y ventanas hacia el futuro. (La vejez venerable. Antes que el cántaro se rompa).

Este punto me llamó la atención. Creo que sería ideal considerar así la ancianidad y poderla vivir de este modo, aún estando enfermo. Todos la desearíamos y casi todos la eludimos.

Realidad existente

La ancianidad descrita, no se ha descubierto, y si es así, todos o casi todos la eludimos.

Los ancianos: pues siempre o casi siempre se expresan, «Si yo pudiera...». No aceptan su

- situación actual y siempre quieren remitir al pasado, sin tener en cuenta el presente y menos, todo lo que pueden hacer en un futuro, aunque éste sea corto.
- La familia: la eludimos en la mayoría de las veces por completo, nos limitamos a atenderles en lo imprescindible, pues complicarnos en más nos resulta incómodo (me refiero en lo imprescindible, al aseo y alimento, nada más). No contamos para nada con sus necesidades, opinión o deseo.
- Las parroquias: también eluden esa realidad que se da en la vejez: Se atiende al anciano, pero no al anciano enfermo. Existen en éstas, centros, donde pasan el rato ocupados en talleres, tertulias, cafés, excursiones..., pero ¿y el anciano enfermo que no puede salir de casa?

Respuestas

Qué se hace desde las parroquias. Hay en éstas, pequeños grupos que visitan a los ancianos enfermos en su tarea pastoral, pero como a un enfermo más.

Lo comentaba anteriormente, el anciano enfermo no entra en ninguno de los dos grupos que tenemos como referencia: Los ancianos que pueden acercarse a las parroquias, se distraen en esos grupos existentes y se les atiende; los ancianos enfermos que no pueden salir de casa, se les visita como a un enfermo



M.º Teresa de la Parra habló, desde su experiencia en las parroquias, sobre cómo atienden las necesidades del anciano.

más, que antes o después recobrará la salud, sin darnos cuenta que el anciano enfermo, probablemente no sanará.

En estas visitas periódicas y continuadas, no tenemos en cuenta la gran vivencia que tienen y nos pueden transmitir.

Se remontan a sus hogares de origen y recuerdan cómo vivían su fe y cómo ésta les comprometía con la vida.

Para ellos la estructura familiar ero lo primero y los ancianos gozaban del mayor respeto.

Recuerdan sus fiestas y tradiciones, como si las estuvieran viviendo en el momento. Religiosidad popular, a la que se le puede sacar partido.

También reflejan su soledad y miedo ante el futuro, las dificultades en la relación con sus hijos y nietos; aunque se sienten solos, siempre tienen una disculpa para ellos (disculpa que no hay por parte de los hijos hacia los padres, pues son éstos, los que nunca tienen razón, están equivocados y si me apuras, tienen la culpa de que ellos tengan que estar *atados* y no poder ir ni hacer lo que les plazca).

Ayer en la exposición de los testimonios de la tarde, La voz del anciano enfermo, me maravillaba la suerte que tienen todos los ancianos entrevistados, las experiencias eran en su mayor parte positivas ¿y el resto de los casos que en su mayoría, estas experiencias son negativas? recordaba casos que aún, «atendiéndoles bien», les tienen aparcados.

Al no tener en cuenta todas estas realidades, no se les puede atender en todas sus necesidades, no se les puede dar esa atención integral que necesitan.

Para mí estas visitas resultan de lo más enriquecedoras y gratificantes. A pesar de situaciones a veces difíciles.

Desafíos

Mentalizar a las parroquias

- Promoviendo un voluntariado capacitado para dar respuesta a las necesidades de estos ancianos de forma integral. El Plan Diocesano de Pastoral, resalta el aumento de voluntariado, pero yo apunto, este voluntariado: desde dónde, cómo, con qué formación, quién atiende y cuida a estos voluntarios... ¿Dónde están? En las parroquias no hay tantos. Se tendría que cuidar mucho todo esto. (A quien corresponda).
- Conocer bien la realidad del anciano enfermo. Toda la realidad y situación, ¿qué me dicen del anciano enfermo y además ambulante? (cada mes en una casa), o situaciones parecidas.
- Ayudarles a vivir y valorar su ancianidad teniendo en cuenta sus necesidades.
- Alentarles en la esperanza, profundizar en la fe y dar gracias a Dios por la ancianidad alcanzada.

Concienciar al anciano

- Que valore su ancianidad.
- Que se haga presente y manifieste su opinión y deseo.
 Es importante y casi imposible, como se saben dependientes, no se atreven a expresar su opinión o deseo por si molesto, por si...

Concienciar a la familia

- Que el anciano no es un objeto o cosa que se maneja a nuestro antojo y según nuestro ánimo o capricho. Tiene su identidad.
- Que tiene opinión propia y puede tomar decisiones.
- Que puede y debe elegir qué hacer. Dentro de su limitación.
- Que se le debe animar a desarrollar todas sus capacidades para sentirse mejor.
- Que hay que considerarle como persona útil.

En definitiva, considerarle como persona humana, con una historia propia y una dignidad que hay que respetar y defender.

Esta exposición la he realizado desde mi experiencia, tal vez haya parecido demasiado crítica, pero es la realidad vivida y a pesar de todo, estos ancianos enfermos están atendidos en «sus necesidades» y como dicen los propios ancianos «no nos podemos quejar».

PRESBITERIOS DIOCESANOS

José Ángel Ubieta

Entre el panel de experiencias, presentamos a los presbíteros ancianos enfermos que viven este tramo de su vida humana, creyente y ministerial, en medio de los presbiterios diocesanos.

Para poder reflexionar sobre los veinte testimonios personales recibidos, nos conviene situar, ante todo, estos mismos testimonios en el contexto social y ministerial de una vida diocesana. Así, después del análisis y reflexión sobre el contenido de los testimonios, podremos ofrecer finalmente algunas sugerencias como respuesta a los desafíos que plantea la realidad de los sacerdotes ancianos enfermos.

Según esto, dividimos nuestra exposición en tres partes:

- El marco social y ministerial de los presbíteros ancianos enfermos.
- Análisis y reflexión sobre los testimonios personales.
- Respuestas y desafíos en los presbiterios diocesanos.

El marco social y ministerial de los presbíteros ancianos enfermos

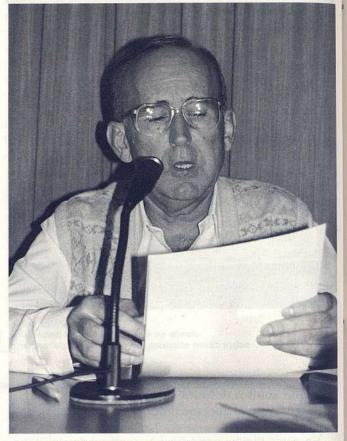
Experiencia personal. El tratamiento de este tema como una *experiencia* ha tenido personalmente para mí el carácter de una doble llamada.

Por una parte, se trata de una invitación a exponer la realidad de la situación de los presbíteros ancianos enfermos en medio de la vida del presbiterio de una diócesis y de la atención que se les presta por parte de la familia diocesana.

66 Un buen número de sacerdotes enfermos subrayan el contraste en el género de vida: el paso de la actividad ministerial a la quietud 99

Por otra parte, es una llamada a incorporar mi propia experiencia de presbítero mayor enfermo. Vivo actualmente, a mis setenta años el proceso de quimioterapia de un linfoma, al parecer benigno, junto a otros enfermos, sacerdotes y no sacerdotes, después de haber vivido recientemente una convalecencia de dos años como consecuencia de una intervención en coronarias.

Trataré de integrar esta doble experiencia personal y limitada en el conjunto de los testimonios recibidos.



José M.ª Delgado, delegado diocesano de pastoral de la salud de Bilbao, leyó la exposición de José Ángel Ubieta, ausente en estas jornadas.

Estos testimonios proceden de sacerdotes ancianos enfermos de muy variadas diócesis de la Iglesia en la España peninsular e insular: Andalucía, Cataluña, Galicia, Baleares, Centro, Norte, etc. Permiten, al menos, tener a la vista el resultado de un sondeo de la situación; y, más todavía, constituyen una expresión del espíritu con que nuestros sacerdotes viven el proceso diversificado de su enfermedad.

El marco social y ministerial. En los testimonios hay diversas alusiones a las circunstancias en que cada sacerdote anciano vive el proceso de su enfermedad: edad, duración, intervenciones quirúrgicas, gravedad, compatibilidad con el ejercicio del ministerio, hospitalización, lugar de residencia, acompañamiento familiar, soledad...

Por esta razón, me ha parecido conveniente situar el conjunto de los datos recibidos, que carecen de una conexión contextual relativa, en el marco concreto de una vida diocesana que para mí es suficientemente conocida, la de mi Diócesis para ayudar así a tener una visión referencial de una diócesis concreta. Propongo solamente algunas de las circunstancias que rodean la enfermedad.

Consideremos como sacerdotes ancianos a los mavores de 75 años. Es la fase de la senectud. Todos ellos están jubilados, pero la relación entre enfermedad. vida retirada y ministerio más o menos activo, es bastante variada. Un 15 % están afectados por una enfermedad grave y prolongada, a la que muchas veces han acompañado una o varias intervenciones quirúrgicas; constituyen el grupo que necesita mayor cuidado médico y asistencial. Otro 25 %, principalmente en razón de la edad y de distintos achaques, vive retirado de ministerios activos, aunque celebra habitualmente la Eucaristía. Otro 60 %, aunque ha padecido y padece distintos problemas de salud, se mueve con más agilidad y ejerce habitualmente algún tipo de ministerio activo: atención a enfermos, colaboraciones administrativas, atención al confesionario, celebraciones y predicación en parroquias y comunidades religiosas, suplencias de los sacerdotes en activo, en tiempos de vacaciones, etc.

Hay además otro grupo, equivalente numéricamente al 15 % mencionado al comienzo, de sacerdotes menores de 75 años que experimentan –experimentamos, debo decir– procesos serios de enfermedades, temporales o crónicas, a veces irreversibles, y así adelantamos la experiencia de enfermedad de los sacerdotes mayores.

66 El cambio externo, incluso de ambiente, ha significado muchas veces una actitud nueva ante la vida 99

alud

ieta

en-

ı la

ña.

ne-

Si-

del

eso

ios

ada

ad:

lad,

ita-

mi-

rel

co-

de

co-

Otro dato de interés puede ser el hecho de que el 60 % de los sacerdotes mayores de 75 años viven en residencias diocesanas o privadas, acompañados, como criterio general, cuando son residencias sacerdotales, por un contingente menor de sacerdotes en activo. Algunos están acogidos en las Hermanitas de los Pobres o en algún centro hospitalario, cuando lo requieren. El otro 40 % vive, sea en piso parroquial o en domicilio familiar, acompañado por familiares, otros sacerdotes y otra asistencia propia. En algunos casos ha habido que emplear todo el peso de la autoridad diocesana para superar resistencias serias y sacar a algunos sacerdotes enfermos de un peligroso aislamiento.

No estoy seguro de que este mismo sea el marco contextual medio del conjunto de nuestras diócesis. Mi acercamiento a otras diócesis con amplios espacios rurales, me hace pensar que en ellas todavía el aislamiento personal es más intenso que en diócesis más urbanas.

Análisis y reflexión sobre los testimonios personales

Los testimonios recibidos corresponden, en general, a sacerdotes en proceso de larga enfermedad, sin ministerio activo. Varios de ellos proceden de sacerdotes mayores enfermos que siguen ejerciendo su ministerio especialmente entre otros enfermos, en ámbito hospitalario.

Sólo en algunos de ellos aparecen las circunstancias en que se desarrolla la enfermedad: familia, parroquia, residencia, centro hospitalario. En todos ellos, sin embargo, se manifiesta la proyección ministerial vivida durante toda la vida, que toma en el presente la nueva orientación exigida por el obligado estado de la enfermedad.

Analizamos los testimonios, siguiendo el orden de las preguntas del cuestionario.

Cómo vive la enfermedad. Qué cambios más significativos ha producido en su vida

Un buen número de los testimonios subrayan el contraste en el género de vida: el paso de la actividad ministerial, a veces, desbordante, a la quietud. «Es un cambio total de vida». «Empecé a sentirme inútil, después de una vida muy activa». Pero la constante vocacional de pensar y servir a los demás se mantiene en el presente como una nueva orientación vocacional ministerial: «Lo que no puedo hacer activamente, lo hago de otra forma».

El cambio externo, incluso de ambiente, ha significado muchas veces una *actitud nueva ante la vida*. Cito con alguna amplitud dos textos significativos:

«Con toda sinceridad diré que la enfermedad creó en mí una condición nueva. Soy otro distinto. La enfermedad me ha purificado, me ha vuelto más transparente, más humilde, más cariñoso, y servicial con mi prójimo, me ha enseñado a comprender a los demás y ver la vida de manera distinta a como la veía antes de enfermar. Ahora comprendo mejor lo que antes no comprendía, ordeno mi escala de valores, valoro lo que en sí tiene valor, y, sobre todo, aquí está la gran lección, me ayudó a madurar». (J. M. F.).

«Puedo decir que, por desgracia, he tenido la suerte de estar enfermo y poder así vivir facetas de la vida que, mientras estaba sano, habías pasado casi despercibidas: la debilidad, la limitación, lo irremediable, lo profundo radical, el dolor, la relatividad, lo importante y accidental, lo necesario y lo accesorio, lo superfluo y la densidad, lo que vale y lo inútil, el asumir la propia historia, el aceptarte como eres, la capacidad de autocrítica, la perspectiva del cambio, el asumir la muerte, el abrirte al futuro, la esperanza desesperada... ¡Tantas veces!» (J. B.).

A esta mutación de valores de una nueva condición se llega por un camino de luchas y aun de rebeldías.

N.º 243 / LABOR HOSPITALARIA 79

66 Es un gran descubrimiento saber que el cuerpo no sólo es mío, sino que soy yo 99

Cuestan los pasos sucesivos hacia el no valer y el no ser la incorporación a la fila de las ventanillas, la lentitud de las salas de espera, el descenso a los espacios inferiores y el vaciamiento de sí mismo. Es gran descubrimiento saber que el cuerpo no sólo es mío, sino que soy yo, que estoy condicionado en mis capacidades y en mis aparentes virtudes por los elementos químicos que incorpora mi organismo. Llegar a dudar de si mi inteligencia, voluntad y virtud son más bien química que auténtica libertad. Y mientras seguimos este camino, el mundo prosigue sin nosotros buscando sus propias metas, alegrándose con sus músicas y persiguiendo sus propios ideales.

En los testimonios predominan las *voces de paz, se*renidad y resignación vividas «cerca de Dios, con fortaleza, sin desanimarme». Resignación y paz son las palabras más repetidas.

He aquí un testimonio:

«Aceptar la enfermedad, vivida de forma resignada y consciente es para mí una gracia de Dios que me permite sacar "mucho bien" de algo que externamente es malo y repugnante... La considero como una gracia que me ayuda a ordenar las cosas de la vida descompuesta. A pesar del sufrimiento de mi enfermedad, mi vida tiene sentido. A pesar de todo, creo en una providencia amorosa de Dios Padre que dispone suavemente todas las cosas desde un confín hasta otro confín» (J. M. F.).

La mirada hacia la casa del Padre a través de la muerte da la *definitiva razón de ser del sentido de la enfermedad y de la vida*. «Lo más significativo –dice uno de nuestros comunicantes– es que en los umbrales de la muerte lo que verdaderamente vale es el servicio que hayas hecho, lo que hayas amado y confiado en Jesús, por que Él será el que te espere en la otra orilla».

Su experiencia de Dios dentro de la enfermedad

Es unánime la experiencia de que la enfermedad nos ha acercado y familiarizado con Dios. Los caminos son distintos: unas veces, es por la experiencia de la propia limitación y dependencia hacia El que es «recurso y solución de la fortaleza en los sufrimientos» (F. P.); otras veces, por el reconocimiento de la enfermedad como prueba y ofrenda de reparación; o bien, a través de la plegaria y de la oración multiplicada en la que se va produciendo «el cambio de valores». La nueva fase de la fe» que para mí lo es todo» pasa a una nueva relación con Dios Padre, de cercanía, familiaridad, confianza (la palabra más repetida) y fortaleza.

Escuchemos un texto concreto: «La experiencia de Dios en mi vida de enfermo me conforta, alienta y sostiene: Creo que Dios Padre siempre quiere lo mejor para mí, a pesar de que no acabo de comprender sus caminos. Es verdad que la fe en Cristo Jesús no me suprime mis dolores; el sufrimiento es el mismo. Ahora bien la fe me conforta y sostiene mi esperanza» (J. M. F.).

Hay en algunos de los testimonios la comunicación de la experiencia de la *búsqueda del sentido*, como se insinuaba en el texto que acabamos de citar y todavía más explícitamente en el siguiente:

«Mi experiencia es de un sinsentido. De qué no sabes por qué sufres tanto y por qué tengo que ser yo. Sólo encontraba algún sentido uniendo mi dolor al de Cristo, en la Cruz. Ofrecerlo por mis pecados y por los de mi pueblo».

La experiencia de la enfermedad puede conducirnos a momentos de sorpresa e incertidumbre que nos hacen preguntarnos por Dios como Dios y como Padre. ¿Puede ser mi Dios y mi Padre, portándose así? Son tiempos de fe y esperanza para descubrir mejor el rostro de Dios y dar pasos para una entrega confiada en sus brazos. En ellos la confianza amorosa hacia Él se entrega sin comprender. La oración y la Palabra del Señor ayudan a descubrir los nuevos valores para el «estado de enfermo».

Otros testimonios, en cambio, explicitan que fueron liberados de esa prueba: «La experiencia más grata que he tenido a lo largo de este año y medio consiste en no haber cambiado ni la experiencia, ni el concepto, ni la relación con Dios. La gran tentación fue volver de la fe a la religión, de la confianza gratuita al interés; de relacionarme con Dios sin esperar nada de él para que te liberara de la prueba o te sacara del pozo» (J. B.).

El recuerdo de la Redención realizada costosamente, a precio generoso de sangre por Cristo Jesús, nos aproxima a Él, nos identifica con Él, y en Él intuimos en la fe el sentido de la enfermedad y de la muerte. Son varios los testimonios que aluden explícitamente a la colaboración en la Redención por esta nueva pasión ministerial, que recordaba San Pablo que sigue faltando a la Pasión de Cristo por su Cuerpo, que es la Iglesia (Col 1, 24).

«Si soy sacerdote, lo soy al estilo de Jesús que ahora es sacerdote y víctima: ya que, con la aceptación generosa del sufrimiento, hace que eso no sea una hermosa teoría sino una realidad profundamente vivida. Por otra parte, ¿no es una fuente de alegría la resurrección que esperamos? ¿Cómo podrías coordinar tú eso con la melancolía y la tristeza?» (H. B.).

Desde aquí, desde la persona de Jesucristo Mediador, es posible al presbítero, como a cualquier otro en66 La mirada hacia la casa del Padre a través de la muerte da la definitiva razón de ser del sentido de la enfermedad y la vida 99

IS

e

n

ía

0,

a-

í?

el

la

Él

el

el

on

ta

te

p-

1-

n-

él

n-

OS

on

la ón

n-

la

ora

ne-

sa

tra

es-

ia-

n-

fermo, confirmar su colaboración redentora desde su enfermedad: «Mi vida también es vuestra, porque todos formamos la gran familia de los hijos de Dios, el Cuerpo Místico de Jesucristo, por lo que desde la perspectiva de la fe, mi vida como la vida de los demás no es indiferente. Todos somos miembros de un mismo Cuerpo, y si un miembro sufre, también sufren los demás» (J. M. F.).

Es más frecuente encontrar en los testimonios recibidos, la fuente en la que se alimenta la fe y la esperanza, a lo largo de la enfermedad: la Palabra de la Sagrada Escritura y especialmente de los Salmos. Unas veces, la Biblia es citada explícitamente; otras, ha configurado la expresión personal del enfermo que vive como propias las palabras de la Biblia:

«No hay primavera sin invierno, resurrección sin muerte, gloria sin cruz». Si el grano de trigo no cae en tierra y muere queda infecundo, pero si muere da mucho fruto» (J. M. F.). Y un poco más adelante el mismo testimonio cita ampliamente el Libro de las Lamentaciones 3,22-26, que incluyen estas palabras:

El amor de Yahveh no se ha acabado, ni se ha agotado su ternura; cada mañana se renuevan: ¡grande es tu lealtad!

Bueno es esperar en silencio la salvación de Yahveh.

La oración sálmica de Jesús, «Padre, en tus manos encomiendo mi espíritu» inspira y modela con frecuencia las expresiones del sacerdote enfermo. Más de uno enmarca también en esta oración confiada las manos humanas de la clase médica que son providencia inmediata que actúan entre las manos del Padre.

B. H. nos explica ampliamente la clave bíblica de su experiencia religiosa:

«Sobre todo lo que hago con mucha frecuencia es estudiar la Sagrada Escritura, no tanto con espíritu de erudición, sino para sacar de ella vivencias profundas que me acerquen más y más a Dios. Con mucha frecuencia, al rezar el breviario, lo hago con libros que me expliquen todo el contenido de los salmos y, sobre todo, me propongan una lectura cristiana. Y créeme que eso es una fuente inagotable de experiencias religiosas».

Para J. S., además de lo Salmos (cita expresamente el Salmo 130/131), una fuente inagotable de fe y confianza son las palabras de San Juan de la Cruz «cuyos poemas me recitaba, callada y pausadamente, en las largas noches de hospital».

Qué recibe de los demás y qué da a los demás

Se percibe en los testimonios de modo evidente la diferencia entre los sacerdotes enfermos que ejercen todavía ministerio activo y los que no lo ejercen.

Ante la pregunta «Qué recibe de los demás», predomina la respuesta de cercanía, cariño, aliento, compañía de parte de los familiares, amigos, feligreses, y también de sacerdotes y del Obispo. «Hasta tal punto—dice uno de ellos— que las enfermeras me llegaron a decir que no podían sospechar que los curas nos quisiéramos tanto». Quienes trabajan con ancianos enfermos, subrayan que «reciben mucho» del agradecimiento de sus enfermos.

Pero no siempre es así. Hay varios testimonios que hablan de la *soledad*: unas veces, de la soledad no deseada y paciente; con la queja «Tengo mucha soledad»; otras, de una soledad voluntaria, buscada, para pensar y orar ante Dios. La sensibilidad del anciano enfermo se duele a veces de la indiferencia, o duda de la sinceridad de los sentimientos que se le expresan.

Ante la pregunta «Qué da a los demás», las respuestas repiten gratitud, paciencia, compañía y saber escuchar, impotencia reconocida, poca cosa. Hay quienes ejerciendo un ministerio activo entre enfermos son conscientes de ser mediación sacramental de Jesús, consolando, animando, colaborando con Frater.

La oración por el mundo, la acción de gracias por la vida, la intercesión por las antiguas parroquias y por la Diócesis, son ofrenda común de los distintos testimonios. La celebración de la Eucaristía tiene una valoración extraordinaria, mientras sea posible:

«Así como Jesucristo se entrega, yo me entrego; como se ofrece, yo me ofrezco en comunión con los hermanos. El trato íntimo con el Señor en la celebración eucarística, me fuerza a dar gracias a Dios padre, aunque me cuesta, haciendo de mi vida acción de gracias». (J. M. F.).

Yo tengo personalmente un recuerdo profundo de la que yo llamo «Misa de inválidos», durante dos convalecencias en la Residencia sacerdotal, concelebrando con el grupo de sacerdotes imposibilitados. Habían sido grandes trabajadores en sus parroquias y ministerios; ahora ejercen una función ministerial con sus cuerpos gastados, «en la víspera de su Pasión», identificados con el mismo Cristo a quien antes representaban erguidos en medio de sus pueblos. Siempre que tengo oportunidad me incorporo a esa celebración.

Reflexiones. En el conjunto de los testimonios se manifiesta la confluencia de dos caudales diferencia66 Es unánime la experiencia de que la enfermedad nos ha acercado y familiarizado con Dios 99

dos de experiencias: las que provienen de la condición de *ancianos enfermos*; y las que proceden de la condición de *presbíteros*.

En la crisis biológica y de valores que se da en todo anciano enfermo, nuestros testimonios nos manifiestan seguramente grandes coincidencias con los testimonios recibidos de otros enfermos creyentes. El presbítero se siente inmerso en ese espacio humano común de la ancianidad enferma y colabora con su fe y su espiritualidad a reivindicar el reconocimiento de ese tramo humano como una etapa real, necesaria y constructiva en el conjunto del proyecto de humanidad.

Es importante ayudar a nuestro mundo de hoy a que él mismo se humanice reconociendo la parte que tiene en la totalidad del proyecto humano el estatuto del enfermo y del anciano. En lugar de marginarlos, que los sepa interpretar como dos espacios diferenciados que se unifican en la ancianidad enferma y que iluminan con sus propias luces y sombras el ser y la tarea de Humanidad.

Cito aquí un bello y denso párrafo de Juan María Uriarte, Obispo actualmente de Zamora, refiriéndose a la tarea espiritual del sacerdote anciano (*La formación espiritual de los sacerdotes según* Pastores dabo vobis, Madrid, EDICE, 1995, págs. 106-107).

«Una auténtica espiritualidad ayuda asimismo a apreciar, estimar y cultivar los valores alternativos de una ancianidad realizada. La vejez, lejos de ser decrepitud progresiva, es el último capítulo de una historia que queda incompleta sin aquella. En la senectud lograda florecen especialmente valores como la visión recapituladora de la vida, el realismo mayor, la capacidad de relativizar los problemas, la aceptación serena de una existencia entera con luces y sombras, la esperanza que no se apaga a pesar de los inconvenientes, el silencio discreto y la paciencia callada, la actitud humilde y agradecida al recibir atenciones y cuidados. Es evidente que todas estas virtudes se hacen más connaturales y menos difíciles en un contexto de fe y de espiritualidad. Hay un parentesco indudable entre el mensaje cristiano y tales actitudes».

Hay además otro mensaje humano y teologal que transmiten los testimonios de nuestros presbíteros que experimentan con los demás su vivencia de ancianidad enferma: su orientación esperanzada hacia la *vida eterna*. Lo expreso también con palabras del mismo obispo Juan María Uriarte:

«Esta aceptación, dolorosa, difícil, siempre incompleta..., lleva dentro de sí un acto de fe, un acto de esperanza y un acto de amor. Un acto de fe, porque descubre lúcidamente y confiesa valerosamente que lo que a los ojos del realismo humano es sobre todo al final, simple desmoronamiento, esconde en su interior un dinamismo de maduración espiritual. Mientras el hombre exterior se deteriora de día en día, el hombre interior crece por el Espíritu a imagen del Señor (2 Cor 4, 10-12; 5, 1-10). Es un acto de esperanza porque confía en que la llama de esta vida creciente y purificada, lejos de apagarse con la muerte, perdurará, encendida y resplandeciente, en la Resurrección (2 Tm 4, 6-7). Es un acto de amor porque es una ofrenda valiosa y difícil. Después de haber ido entregando tantas cosas, entregamos ese resto de existencia al que seguimos apegados por ser lo más nuestro. Renunciamos voluntariamente a *controlar* nuestra vida para abandonarla confiadamente en Dios».

El presbítero anciano enfermo puede encontrar en su ser mismo la plenitud de sentido vocacional en este estado temporal de vida, como último tramo de la propia existencia y como una parte necesaria participada en el conjunto del presbiterio diocesano y de la Iglesia. Mientras tanto va poniendo en manos del Señor, Dueño de la mies, hasta su entrega definitiva, la encomienda ministerial que temporalmente le fue confiada y que pasará a otros brazos de quienes serán con certeza llamados por el Dueño permanente de la mies.

Respuestas y desafíos en los presbiterios diocesanos

El presbiterio de la Iglesia diocesana ha recordado su rango teológico, sobre todo a partir del Concilio Vati-cano II. He aquí cómo sintetiza Juan Pablo II en Pastores dabo vobis (1992) sus enseñanzas:

«El presbiterio en su verdad plena es un *mysterium*: es una realidad sobrenatural porque tiene su raíz en el sacramento del Orden. Es su fuente, su origen; es el *lugar* de su nacimiento y de su crecimiento (del sacerdote). En efecto «los presbíteros mediante el sacramento del Orden, están unidos con un vínculo personal e indisoluble a Cristo único Sacerdote. El Orden se confiere a cada uno en singular, pero quedan insertos en la comunión del presbiterio unido con el Obispo» (*Lumen gentium*, 28; *Presbyterorum ordinis 7 y 8*) (PDV 74).

Y prosigue Juan Pablo II un poco más adelante:

«La Fisonomía del presbiterio es, por tanto, la de una verdadera familia, cuyos vínculos no provienen de carne y sangre, sino de la gracia del Orden: una gracia que asume y eleva las relaciones humanas, psicológicas, afectivas, amistosas y espirituales entre los sacerdotes; una gracia que se extiende, penetra, se revela y se concreta en las formas más variadas de ayuda mutua, no sólo espirituales sino también materiales. La fraternidad presbiteral no excluye a nadie, pero puede y debe tener sus preferencias: las preferencias evangélicas reservadas a quienes tienen mayor necesidad de ayuda o de aliento» (PDV 74).

Este sentido de la fraternidad o familia presbiteral va penetrando progresivamente en nuestros presbiterios diocesanos reales. Nuestros presbíteros ancianos enfermos, que recibieron su ordenación sacerdotal antes de 1945, que recibieron las orientaciones del Vaticano II en la madurez de los cuarenta años, han venido incorporando con los años estos nuevos valores, superando planteamientos normalmente voluntaristas e individualistas. Les ha llegado la hora de la jubilación –todo hay que decirlo— sintiéndola muchas veces como una contradicción.

Cuando viven ahora el tiempo de su enfermedad más o menos prolongada, nos preguntamos: ¿Cuáles son las respuestas, personales e institucionales, de las que ha sido capaz el presbiterio diocesano con respecto a estos presbíteros ancianos enfermos a quienes inequívocamente debemos mostrar preferencias evangélicas? ¿Cuáles son los desafíos que podemos enumerar como principalmente pendientes?

Respuestas. No existe una encuesta previa que haya recogido las realidades diocesanas. Las respuestas son positivas, pero muy variadas. Enumero aquellas que considero más frecuentes e interesantes, a partir de una experiencia personal contrastada con otros responsables diocesanos de servicios a los presbíteros.

Aspecto humano-asistencial

le

el

de

la

ue

ıra

da

ia.

e-

0-

da

do

io

en

m:

sa-

ar

En

Dr-

ole

ıda

del

28;

ma

ne

su-

cti-

ına

eta

es-

bi-

re-

to»

ral

te-

- Se ha multiplicado la atención personal a cada caso de sacerdote enfermo, por parte del Obispo, Vicarios, Arciprestes o Delegados de zona; existe en algunas diócesis un servicio coordinado, con enlaces zonales o con la asistencia de alguna religiosa liberada para estos casos.
- La pertenencia común a la Seguridad Social, a partir de 1978, se vive reforzando en bastantes diócesis con la inscripción voluntaria generalizada a un Igualatorio, Montepío o Mutual del Clero, que facilita otros servicios médicos y asistenciales.
- La acogida voluntaria en Residencias diocesanas sacerdotales se ha facilitado en el conjunto de las diócesis, con particular atención a los casos más delicados de salud, para encontrarles el lugar más propio de residencia asistida, con la benemérita ayuda de las comunidades religiosas.
- Los familiares o asistentes de los sacerdotes, que les han acompañado durante años, suelen ser objeto de particular atención, en caso de enfermedad propia o de necesidad posterior al fallecimiento del sacerdote; hay formas distintas de atención: acogida en las mismas residencias diocesanas, gestión de acogida en otras comunidades regidas por religiosas, apoyo económico para entrar en otras residencias.
- La creación de Fondos especiales de atención al Clero se da también en algunas diócesis para sufragar la

66 Se percibe la diferencia entre los sacersotes enfermos que ejercen todavía ministerio activo y los que no lo ejercen 99

- habilitación de residencias o para prevenir apoyos económicos en el futuro; es importante decir que la cooperación económica de los presbíteros a estas iniciativas suele ser excelente, tanto con donativos en vida como en legados testamentarios.
- El acceso a médicos especialistas de la cercanía diocesana es facilitado por los servicios diocesanos del Clero, con la colaboración de la Comisión episcopal del Clero y de las instituciones sanitarias de religiosos.
- Conviene aclarar que en las distintas diócesis, exista o no una Caja Diocesana de Compensación, es costumbre completar la pensión de jubilación con un plus que frecuentemente iguale la retribución de los sacerdotes jubilados con la de los sacerdotes en activo. También existe un número indeterminado de diócesis un fondo extraordinario –fondos reservados– administrado por la autoridad diocesana o un administrador de confianza, al que se tiene acceso en caso de necesidades extraordinarias, eventuales o habituales.

Aspecto espiritual-ministerial

Tengo la impresión de que en este aspecto las instituciones diocesanas han avanzado menos que en el anterior. La atención al sacerdote anciano enfermo se realiza de modo personal y espontáneo, y pueden quedar espacios insuficientemente atendidos. Indico algunas iniciativas que conozco:

Encuentros periódicos mensuales con sacerdotes jubilados, que permiten el tratamiento de temas espirituales, ministeriales, de salud, etc.; en estos encuentros mensuales hay, además unos tiempos de oración, otros tiempos de diálogo informativo, con lo que el grupo que asiste puede sentir su pertenencia diocesana y conocer la situación de los compañeros enfermos, a quienes transmite los contenidos de los encuentros con los textos escritos que se han trabajado. Es una iniciativa sencilla, que tiene gran fuerza expansiva, con posibilidades indudables de mejora.

Celebraciones diocesanas o de las vicarías episcopales territoriales. Con invitaciones específicas que facilitan la presencia de los sacerdotes ancianos retirados: retiro, diálogo y comida con el Obispo; ejercicios espirituales propios para los mayores de 75 años; jornadas sacerdotales de Bodas de Oro y Plata y hasta de Diamente, con diálogos sobre temas de interés para la historia del presbiterio diocesano.

Oferta y recomendación de textos y libros de espiritualidad con mayor interés para ancianos y enfermos; citamos aquí, a título de ejemplo que sin duda debería ampliarse:

- L. ALONSO, SCHÖKEL: Esperanza. Meditaciones bíblicas para la Tercera Edad. Sal Terrae, Santander, 1991.
- A. GONZÁLEZ NÚÑEZ: Antes que el cántaro se rompa.
 Paulinas, Madrid, 1993.

- DOLORES ALEIXANDRE: Para rezar con los Salmos. Editorial CCS. Madrid, 1994.
- J. A. UBIETA: Vida y ministerio de los sacerdotes mayores. En SURGE, 1993, págs. 506-517.

Desafíos. Es evidente que queda mucho, muchísimo, por hacer. Y más teniendo en cuenta que en el proceso de los próximos diez años, va a crecer, por ley de vida, el número de los sacerdotes ancianos enfermos y, por consiguiente, la necesidad de una atención más completa de parte de los presbiterios diocesanos. En muchas diócesis ya el número de los presbíteros mayores de 75 años es la quinta parte del presbiterio total; y a continuación llegan las promociones más numerosas de sacerdotes que se formaron y ordenaron después de la Guerra Civil (1936-39).

Enunciamos algunas sugerencias para hacer frente a desafíos del presente y del futuro cercano:

 Hacer las previsiones normales de necesidades de acogida, atención y residencia de los sacerdotes ancianos enfermos, con los elementos conocidos de edad, salud media, experiencias anteriores.

- Proponer asesoramiento profesional para el tratamiento geriátrico de sacerdotes mayores, enfermos y no enfermos, que pudieran ofrecerse en forma de ciclos de preparación para la Tercera Edad.
- Ofrecer criterios para la creación de espacios de residencia asistida de un modo general, y para determinadas enfermedades, en particular (Alzheimer).
- Coordinar interdiocesanamente y con las instituciones religiosas ciertos servicios comunes para problemas importantes de sacerdotes mayores enfermos.
- Seleccionar una bibliografía adecuada, en contenido y formato, sobre los temas de espiritualidad que interesan y preocupan a los sacerdotes mayores y ancianos enfermos.

p

- Realizar algunas cintas magnetofónicas y vídeos con contenidos adecuados de Ejercicios Espirituales o temas de vida espiritual y eclesial.
- Instaurar en cada diócesis un servicio propio dentro de las Delegaciones del Clero para atender al conjunto de necesidades presentes y previsibles de los sacerdotes mayores enfermos, posiblemente con la colaboración profesional de asistencia social concertada.

COMUNIDADES RELIGIOSAS (CONFER)

Virginia Salgado

Se me ha pedido, representando a CONFER, exponer de cara al DÍA DEL ENFERMO del año próximo, la panorámica vital en la que se hallan incluidos los religiosos/as afectados por estos dos ejes dominantes: ancianidad y enfermedad.

El ser anciano y enfermo no les puede diferenciar mucho de las características o sufrimientos de otros mayores que se encuentren en situaciones similares.

El número de años impacta en los organismos de forma incisiva muy similar. No igual, ciertamente. Las vidas metódicas, sometidas a rigurosidades ascéticas pueden verse afectadas por procesos diferentes a los derivados de excesos en otros aspectos, sobre lo que suponemos normalidad; pero la pluripatología, las cronicidades, las degeneraciones tisulares son expresiones de una cronología e historia personal.

Sin embargo e influyendo fuertemente sobre lo anterior nos enfrentamos con *algo prioritario* para esta población de hermanos nuestros: SON RELIGIOSOS, encarnación de un carisma que hicieron suyo; que marcó bastantes años de su existencia al tener como meta unos objetivos intentando su logro a través de viven-



Virginia Salgado fue la encargada de exponer la panorámica de los religiosos y religiosas enfermos, como representante de la CONFER.

cias, ejercitaciones, dominio en lo espiritual y volitivo, en niveles capaces de influir en los comportamientos expresados muchas veces en la enfermedad.

ien-

de de

esi-

ina-

mas

lo y

ere-

inos

con

te-

o de

o de

otes

ción

Somos producto y elementos de la sociedad en que vivimos. Si en el exterior se incrementa el número de mayores, dentro de las Comunidades no hay excepción.

Si fuera este incremento crea ciertas anomalías en la relación personal o familiar, dentro, seamos sinceros, no están ausentes.

Si la sociedad envejece, en las congregaciones, el envejecimiento ha adquirido un relieve especial tanto por la disminución de nuevas vocaciones como por los progresos de la medicina. Así lo reconoce el mismo Juan Pablo II en el documento *La vida fraterna en Comunidad*. Y continúa:

«Este hecho comporta para la Comunidad la preocupación de acoger y valorar en su seno la presencia y los servicios que los hermanos/as ancianos pueden ofrecer; y por otro la atención que se ha de poner en procurar, fraternalmente y según el estilo de vida consagrada los medios de asistencia espiritual y material que los ancianos enfermos necesitan».

Los superiores, por tanto de estas casas se encuentran con la realidad siguiente:

- Una comunidad organizada hacia una misión concreta.
- Tareas a realizar insertas en un tiempo.
- Miembros incapacitados para ser integrados en el plan general que generan corrimientos de otros y además ocupan tiempos especiales, a veces amplios, para ser atendidos, todo ello plantea problemas que ellos mismos nos relatan.

Tomando como base las respuestas a la consulta lanzada por el DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD sobre:

- ¿Qué dificultades encuentran en este hacer?
- ¿Qué cuidados prestan?
- ¿Qué desafíos y retos lanzan para el futuro?

Dirigidas a los Superiores Provinciales, deducimos situaciones variadas.

- Las comunidades jóvenes en la Iglesia, no tienen problemas.
- Las dificultades son más fuertes en las congregaciones masculinas y sin misión o carisma asistencial.
- Las referencias dominantes no se hacen a religiosos/as asistidos, es más a los semiválidos, que viven en las comunidades con niveles distintos de integración.

Dificultades presentes

A nivel económico: (el menos importante y no por ello inexpresivo):

- Adaptación de espacios físicos: unidades de enfermería más o menos amplias, ya sea en comunidades locales o provinciales.
- Contratar personal preparado, médicos, A.T.S., auxiliares de clínica, etc., que supone una fuerte inversión.
- Adquisición de material sanitario requerido para la atención.

Algunas congregaciones no lo pueden afrontar; para otras ya es difícil y costoso y un tercer grupo afirma que lo será en un futuro.

A nivel humano: Congregaciones con misión apostólica asistencial no tienen problemas. Los hermanos ancianos enfermos son los primeros a cuidar.

- El número de religiosos a su cuidado es variable según necesidades.
- Nunca les ponen en manos de seglares.
- Todo es poco para ellos.

Comunidades con otros tipos de misión chocan con más obstáculos.

Referidas a los miembros

- Incapacidad de atenderles en comunidades de vida activa.
- El número de mayores aumenta; requieren más personas dedicadas a ellos.
- Disminuye el número de jóvenes y mediana edad, que lo impiden.
- No poder compaginar acompañamiento y misión.
- Pocos religiosos capacitados para cuidarles. No hay coadjutores.
- Bastantes no se encuentran vocacionados para ello.
- No se encuentran hermanas disponibles para ir a estas unidades o comunidades, incluso para responsables de las mismas.

Referidas a la formación: acusan falta de preparación específica en las superioras, animadoras espirituales, enfermeras, etc.

Desconocen la psicología de estos ancianos enfermos y no pueden dar una respuesta válida a situaciones tales como:

- La búsqueda de apoyo ¿es real y por necesidad o por llamar la atención?
- Los silencios, ¿es refugio en el pasado si el enfermo ha gozado de autoridad, prestigio, capacidad de organización en la congregación...?
- ¿Hay actitudes que se plantean como problema aunque no lo parezcan?
- No poner atención individualizada, a veces requerida casi permanentemente en casos graves.
- Los celos y las limitaciones requieren trato adecuado que no sabemos dar.

- Puede radicar la dificultad en la no aceptación del hecho en sí mismo.
- Dificultad en calibrar la sensibilidad propia ante las necesidades de un anciano enfermo y distinguir la distancia entre caridad y atención debida a un anciano enfermo recuperable, no siempre coherente y con exigencias excesivas (enfermera personal).

Referidos a la relación fraterna. Cuando los ancianos enfermos no siguen la vida comunitaria en plenitud pueden surgir altibajos dentro de la misma comunidad, tales:

- Condicionar la vida del conjunto cuando la de ellos ha sido siempre de Comunidad.
- Desean estar cercanos a cada hecho comunitario, de conjunto o personal; esto crea un ambiente de inseguridad, de respeto y recelos que puede llegar a generar situaciones de tensión.
- Son fruto de hipersensibilidad ante lo que se dice, hace o cambia de cara al exterior, lo cual requiere soluciones marcadas por la prudencia del responsable.
- Al fallar las fuerzas se apoyan en los desórdenes de salud y en los éxitos profesionales, que son recuerdo y a veces incluso, fármacos reconstituyentes.
- Búsqueda de apoyo en un pasado relevante, que al no disfrutarlo hoy, le induce al descontento.

Cuidados prestados

Las respuestas se mueven en una tónica generalizada expresión de una caridad fraterna vivida en exigencia, hacia estos hermanos ancianos enfermos «LO HA-CEMOS LO MEJOR QUE PODEMOS Y SABEMOS».

Lo desglosamos así:

Cuidados asistenciales facilitando

- Higiene corporal completa.
- Atención médica periódica o cuando lo necesitan.
- Visita a especialistas requeridas por los médicos de cabecera.
- Se procura un servicio de calidad con los medios que ofrece la ciencia y la tecnología, prestado por personal cualificado.
- Enfermerías equipadas con medios personal y sanitarios para ser atendidas debidamente: teléfonos muy cercanos, megafonías e incluso circuito cerrado de T.V.
- Servicio de rehabilitación y gimnasio.

Se potencia la relación con

- Visitas y encuentros de otros religiosos que viven próximos a la enfermería, vienen de fuera a diversas actividades, formación, gestión, etc.
- Reuniones dirigidas por la responsable de la atención del grupo de enfermas para incrementar la comunicación, expresión e interrelación.

- Estas hermanas responsables del control de enfermería asisten a cursillos, visitan residencias para conocer problemas y posibilidades de los ancianos enfermos para poder darles solución y utilidad.
- Comunicando lo que se hace y vive en la Comunidad y en la Congregación, así como la problemática a nivel eclesial, mundial, nacional a fin de facilitar el interés de una oración universal.

A nivel comunitario

Son muchas las comunidades que se resisten a que estos hermanos/as salgan de la comunidad donde han vivido y ellos tampoco quieren la separación. Prefieren quedarse aún con menos medios de atención.

Hay casos en que ante la incapacidad, ser motivo de mayores necesidades e interrumpir el trabajo de los demás, piden ser trasladados y son atendidos por los superiores.

Cuando el anciano enfermo reside o residen en comunidades pequeñas:

- El Superior suele designar algún hermano/a que se cuide más directamente de ellos, aunque el resto del grupo estén implicados en el acompañamiento.
- Llevando los mayores el ritmo de la vida comunitaria se afianza la vivencia de pertenencia.
- Si son válidos deben prestar algunos servicios de comunidad para no desalentarse (clases de apoyo, confesionario, atención a grupos de pobres, catequesis, etc.)
- Viven más la comunicación y el acompañamiento es piritual.
- Se fomenta mejor la amistad por afinidades personales.
- Se percibe el impulso de prestar ayuda a otros más necesitados dedicándoles tiempo y afecto. Es decir, la caridad fraterna.
- A pesar de todo hay quienes sienten la soledad, tristeza y a veces un poquito la marginación (quiero pensar están depresivos).

Si se vive en residencias o enfermerías provinciales

- Las instalaciones de los ancianos enfermos hacen un núcleo separado del resto con vida un tanto propia en horarios, prácticas y relación más restringida.
- Se impulsa la actividad en las tareas del departamento; en manualidades diversas para ayudar al tercer mundo o a los parados.
- Al estar instalada la enfermería en casas de acogida
 de espiritualidad, se benefician de los encuentros con
 hermanos de la congregación o bien de seglares.

A nivel espiritual. Todas las congregaciones se vuelcan en este aspecto. Teniendo en cuenta la situación de los ancianos enfermos, les facilitan:

Cercanías y acompañamiento personalizado.

- Eucaristía diaria, recepción de Sacramentos, Ejercicios Espirituales, charlas, retiros, lecturas comentadas, confesores, fiestas comunitarias...
- Cuando no hay Eucaristía, como preparación a la Comunión se hace una prolongación de la Palabra o bien una paraliturgia breve.
- Otras casas hacen las oraciones comunes y la lectura espiritual dirigidas por una hermana mayor que esté mejor y más consciente.
- En alguna enfermería se ha instalado el circuito cerrado de T.V. para estar más integradas en la vida de la comunidad.
- Uso de vídeos religiosos, arte, naturaleza en los ratos libres para despertar el interés y mantener la atención.
- Ante grupos de mayores sin actividad pastoral se organizan cursos por comunidades y edades, para mantener vivo el espíritu de vida y misión común, que les dispondrá a la aceptación de un futuro en mayor decadencia.

Desafíos y retos

me-

oce

nos

dad

ni

in-

que

han

o de

de-

Su-

CO

e se

de

aria,

CO-

onfe

etc.).

o es-

erso-

s ne-

ir, la

iste

ensa

ales

ia en

men-

ercer

ida 0

s con

S Se

itua-

Ante esta situación real los responsables los expresan así:

Frente a los edificios

- Ampliar enfermerías, nuevos estilos, ascensores, rampas, puertas, enseres y mobiliario adecuado, nueva distribución de espacios.
- Ver otros centros que sirvan de buena orientación.
- Conectar con quienes se dedican a estas tareas asistenciales para aprender.

Frente a las personas

Ancianos-enfermos o los que se van acercando

- Necesidad de hacerles cambiar de mentalidad. No han sido preparados para vivirla.
- Encontrar un sentido positivo a la jubilación y sus consecuencias.
- Buscar en los pequeños servicios dentro y fuera, si es posible, el sentido útil y gozoso de la vida.
- La vida no sólo es vida, hay que vivirla. La misión no se encierra en las habitaciones.
- Mostrarles de alguna forma cuánto y qué puede hacerse por el mundo y los demás. Abrirles a otras situaciones penosas.
- Potenciar las relaciones interpersonales; estimular la lucidez para asumir la situación y entrar en la dinámica de cualquier ciudadano.

En las comunidades que acogen

- Mentalización y preparación de los miembros para una vivencia enriquecedora de la situación.
- Buscar de cara al futuro medios preventivos y paliativos.

- Descubrir el aporte de los ancianos enfermos a la comunidad, servicios, consejo, acogida fraterna..., valorar esta presencia.
- Buscar formas de vida comunitaria estructuras, ritmos, para que se sientan útiles y necesarios hasta el final.
 Que vivan la pertenencia a la congregación, donde fueron llamados por Dios desde siempre y para siempre.
- Prepara uno o más miembros para la pastoral sanitaria y trato adecuado a estos hermanos/as.
- Abrir fronteras a los seglares, aunque nos cueste, para poder ser ayudados.
- Trabajar para crear un voluntariado entre religiosos y seglares para seguir a estos ancianos enfermos sobre todo en las enfermerías provinciales ya que el número es mayor y más complejo el convivir.
- Búsqueda de terapias estimulantes.
 - a) Apertura al mundo y sus problemas.
 - Responsabilidad de orar por un sector de la mision provincial, misiones, juventud, emigración...
 - c) Prácticas religiosas, no por recurso, sino por vivir el sentido de misión común y eclesial.
 - d) Actividad física dirigida y controlada.
 - e) Pasatiempos y manualidades como complementos.
- Facilitar una calidad de vida que responda a necesidades humanas, sanitarias, ambientales y religiosas.
- Aperturas a necesidades e iniciativas basadas en otros criterios.
- Gozar de calidad de vida que nos ayude a asumir la limitación y enfermedad como medio de hacer la voluntad de Dios sobre cada uno con sentido de misión y servicio.

Otras llamadas de cara al futuro

¿No se ha pensado sobre la nueva visión de *casas enfermería* conviviendo miembros de diferentes congregaciones? (4 superioras).

¿No ha llegado a nadie la tentación de que reagrupados los ancianos enfermos, fuesen atendidos por otros religiosos de la rama sanitaria en centros apropiados y en condiciones optimas? ¿Sería un servicio eficaz a la atención de estos hermanos?

¿Sería positivo tener sólo residencias para los hábiles?

Se hecha de menos por parte de CONFER, una organización o medio para informar a este colectivo sobre «atenciones a ancianos y enfermos religiosos».

Sería una mejora importante en todos los sentidos, atender a estos ancianos enfermos en lugares apropiados y por religiosos especializados institucionalmente.

Llamada de atención. Las religiosas hemos dejado un poco atrás la imagen de austeridad y ascética que la gente apreciaba e intuía en las enfermas ancianas. Hoy se considera en general, somos las personas con más posibilidades de estar bien cuidadas en nuestras necesidades. ¿Será este el testimonio que ahora conviene para nuestro entorno?

Respuestas de los religiosos/as

No podemos dejar en la oscuridad a los sujetos de la campaña del DÍA DEL ENFERMO, por quien hemos promovido todos estos actos: los mismos religiosos/as enfermos ¿Qué dicen de sí mismos? ¿Cómo viven la enfermedad? ¿Qué les ha supuesto a nivel espiritual? ¿Qué reciben? ¿Qué dan?

La idea dominante es: «Cuesta muchísimo dejar la vida activa y pasar a la inactividad total o parcial».

Posteriormente vienen las reacciones de abrazo, aceptación e identificación hasta llegar alguna a exclamar: «Ante Dios comprendí que la enfermedad e incapacidad era yo misma». Magnífica expresión de pobreza y riqueza abrazadas en la misma persona.

- Se llega a conocer que la enfermedad es una gracia, se vive más cerca de Dios, se siente feliz sufriendo.
- Se llega a vivirla como expresión de la voluntad de Dios y a quererla para avanzar en la fidelidad, uniéndose a los sufrimientos del Señor.
- Es medio para fortalecer la fe, la confianza, la alegría, vivir en mayor paz y esperanza y paciencia ante los dolores muy fuertes.
- También hay expresiones de signos más costosos o negativos;
 - a) ¿Por qué tenía que sucederme esto?, ¿era un castigo? ¿de qué? Pedía cuentas a Dios. Estaba en plena pelea con Él. Pero puso luz, abrió el camino y soy tan feliz como los 40 años de servicio apostólico.
 - b) Desilusiones que caen en depresión.
 - c) Resignación acompañada de lágrimas frecuentes y que sin vigilancia llega a la desesperación.
 - d) Rebeldía, rechazo frontal, miedo a la muerte.
 - e) Las incomprensiones de los hermanos llevan al sentimiento de inutilidad; deseas la muerte y a la vez aparece el miedo.
 - f) Se viven noches oscuras al sentir que el Padre Bueno se oculta.
 - g) Domina la tristeza al ver mermadas las facultades, pérdida de valores morales, falta de obreros para la mucha mies.

En sus vidas se confirma la doctrina de san Pablo: «A medida que el cuerpo se debilita, el hombre espiritual se fortalece». Escuchemos sus vivencias de Dios.

- Lo siento más cerca, me abandono por completo esperando todo de Él con mucha confianza.
- Dedico más tiempo a vivir el Amor; darle gracias por todos los beneficios incluso por la enfermedad.

- Siento vivo el Amor de Dios y disfruto tanto orando que olvido los dolores y dificultades.
- Sienten impulsos fuertes a ser más de Dios buscando la santidad por la unión y la entrega.
- Nuestra vida es siempre de Dios en salud y enfermedad. Nada puedo temer.
- Vivo más la gratitud por la vocación y vida comunitaria.
- Se goza al colaborar con el Señor en la obra de la salvación ofreciendo por el mundo Iglesia, Congregación, misiones..., el dolor y la incapacidad.
- Aceptar la enfermedad como Voluntad de Dios te facilita:
 - a) Relativizar cosas que antes parecían importantes.
 - Esforzarse para seguir la vida comunitaria con fidelidad.
 - c) Evitar el aislamiento y la soledad.
- El sufrimiento es necesario para ayudar a madurar.
- Es una gracia especial no sentirse derrotada por la cruz del dolor.
- La enfermedad es válida para comprender lo bonita que es la vida, como Don de Dios y servicio de los hombres.
- Sólo los silencios de Dios hacen dura y penosa la enfermedad –esperando de nuevo la luz–.

Con estas posturas espirituales tienen caudales para dar a sus hermanos o hermanas:

- Oraciones, cariño, agradecimiento admiración por la paciencia que se derrocha con ellos/as.
- Prestan ayuda a otras que están más necesidades.
- Compañía a las que no pueden desplazarse. Ayuda en la oración, lectura, comentarios de la obra y congregación.
- Alegría a las hermanas incapacitadas y a la Congregación. Dentro de la enfermedad es un buen testimonio.

También saben que no están olvidadas de sus hermanas/os porque además de recibir todo lo necesario a nivel espiritual y corporal gozan del:

- Amor de los demás, percibido al visitarles.
- Amabilidad al prestarles cuidados.
- Comprensión de su situación; amistad al comunicarles hechos de la vida, proyectos y experiencias pastorales de las hermanas.
- Interés por conocer la evolución de nuestro estado.
- Alguna voz negativa también encontramos:
- a) Sufro la incomprensión, la soledad y en algún caso (muy raro) creo que me marginan.

10.3 PROSAC

do

ni-

al-

UZ.

ita

n-

ra

la

en

a

es

Joan Bertran Muñoz Doctor en Medicina y Cirugía. Barcelona

LA IGLESIA Y EL ANCIANO ENFERMO

Respuestas y desafíos: Profesionales Sanitarios Cristianos

La atención al anciano enfermo es un reto diario para el profesional sanitario cristiano, ya que reúne en una misma persona las necesidades inherentes a su estado de salud, pero se modifica la interrelación con él por las características de su situación: edad avanzada, un planteamiento vital distinto al del profesional –normalmente más joven– y patologías que suelen limitar su calidad de vida y de relación.

Todo ello influye en las necesidades biológicas, sociales, psicológicas y espirituales que debemos atender con criterio de integridad, pensando en la mejor adaptación del anciano enfermo a su entorno. Por tanto, las respuestas de los profesionales al anciano en situación de enfermedad vienen influenciadas por estos aspectos. Como ejercicio para exponerlas nos referiremos brevemente y de forma cualitativa a las 137 contestaciones recibidas en el Departamento Nacional de Pastoral de la Salud, en formato de «comunicación de experiencias» de los profesionales.

66 La atención al anciano enfermo es un reto diario para el profesional sanitario cristiano 99

66 Los desafíos para el profesional se plantean como profesional, como persona y como cristiano **99**

Los desafíos para el profesional los planteamos a través de las distintas dimensiones del sanitario: como tal profesional, como persona y como cristiano, intentando resaltar los aspectos que merecen una atención especial.

Respuestas

El cuestionario planteado reunía cinco preguntas básicas: Por qué te dedicas a trabajar con el anciano



El doctor Joan Bertran expuso las respuestas y desafíos de los profesionales sanitarios cristianos en el ámbito de los ancianos enfermos.

enfermo, qué dificultades encuentras, cómo valoras tu trabajo y qué das y qué recibes del anciano.

Entre los motivos para trabajar con el anciano enfermo figura cualitativamente como el más importante la vocación y una frase personal «porque me gusta».

Sin embargo, otras motivaciones ocupan un lugar destacado, tales como la solidaridad, la justicia, el amor, o el anciano mismo, expresando todas ellas un planteamiento de valoración personal.

Otros testimonios inciden más en aspectos puramente profesionales, incluso destacando que no se trata de un interés especial en el anciano, sino de la dedicación a cualquier persona enferma sin rasgos especiales de motivación por la edad. Muchos consideran como causa principal que su trabajo es gratificante.

Así observamos que los planteamientos son tan variados como distintas son las personas, pero que la mayoría se basan en aspectos que trascienden los hechos puramente asistenciales.

En cuanto a las dificultades son muchos los profesionales que no encuentran ninguna dificultad insalva-

ble en su trabajo. Sin embargo, otros valoran diversos grados de escasez, ya sea de recursos humanos, recursos materiales o simplemente de tiempo. Algunos reconocen cansancio o falta de paciencia, apuntando que pueden estar íntimamente relacionados.

Los menos, echan en falta la colaboración familiar en el cuidado del anciano enfermo y constatan una general falta de comprensión del fenómeno de la vejez, no sólo en los familiares, sino también en los profesionales y en los propios ancianos.

Por fin, algunos señalan que una mayor formación en la atención integral al anciano ayudaría a solucionar gran número de las situaciones conflictivas, tanto de cuidados como de relación que se dan a diario.

En cuanto a la valoración del trabajo clama la mayoría que es positivo, satisfactorio, valioso, una gratificación humana, un don de Dios...; pero alguna voz insinúa que tiene vivencias duras, situaciones difíciles y los que menos, no se atreven a hacer una valoración seria de su trabajo.

Hay sintonía clara en aquello que los profesionales reciben del anciano: alegría, cariño y gratitud, pero también experiencia y curiosamente coinciden muchos en una misma frase: «valor y sentido de la vida», y entre ellos especifican que atender a los ancianos les ha proporcionado una visión distinta de la vida hasta el punto de poder entender su sentido último.

66 Entre los motivos para trabajar con el anciano enfermo figura cualitativamente como el más importante la vocación 99

66 Muchos profesionales consideran como causa principal que su trabajo es gratificante 99

Entre las respuestas hay algunas entrañables: «Recibo más de lo que doy» o «recibo de todo un poco», pero algunas explicitan más: satisfacción, confianza, evangelización, motivación, etc. También hay quien manifiesta que recibe disgustos, pero entremezclados con uno o varios de los items positivos antes mencionados.

Es más difícil valorar lo que dan los profesionales al anciano. Expresiones globales: «Doy al anciano todo lo que puedo y sé» o «doy al anciano enfermo todo lo que necesita» están llenas de buena voluntad, pero afortunadamente son muchos los que además añaden cuidados profesionales, respeto, dedicación, compañía, atención y escucha. Hay que resaltar el poco énfasis a los cuidados profesionales, pero consideramos, al haber estudiado las respuestas completas, que se dan por supuestos y se especifica en este apartado, una vez más, todo aquello que trasciende el simple cuidado; lo que para el individuo vale la pena tener

en cuenta a la hora de estar con este anciano que nos ocupa. En esta línea, destacamos finalmente dos actitudes características de esta asistencia: cariño y comprensión, que muchos de los que han respondido las han ensalzado y priorizado.

Hasta aquí hemos resumido las respuestas de los profesionales, tal y como nos han llegado y a continuación pasamos a exponer los desafíos que plantea el profesional sanitario cristiano su trabajo con ancianos enfermos.

Desafíos

Vemos al profesional sanitario cristiano como una persona única, en el sentido que no podemos deslindar su hecho personal de su vivencia cristiana ni ambos de su actividad profesional.

Por ello pensamos que se puede expresar esta realidad separando tres aspectos en tres dimensiones distintas pero interrelacionadas entre sí: la dimensión profesional, la dimensión humana o personal y la dimensión cristiana. Este ejercicio mental nos permite ordenar para su comprensión los distintos aspectos en los que el profesional puede incidir en esta asistencia cuando está implicado como persona de una forma íntegra.

Desafíos profesionales. El mayor desafío para un profesional sanitario cristiano es ser un buen profesional, «el mejor profesional posible». Para conseguirlo en el ámbito que nos ocupa se precisa realizar una formación continuada adecuada y ejercer en lo posible, la modificación del entorno para adecuarlo a las necesidades del anciano, a las necesidades generadas por su enfermedad y sus secuelas.

Por lo que respecta a la formación continuada, necesaria en cualquier ámbito profesional, habría que concretarla en la adquisición de los conocimientos necesarios para aplicar unos criterios asistenciales éticamente correctos, ofreciendo a los ancianos que cuidamos las opciones diagnósticas, terapéuticas y preventivas más correctas y actualizadas.

d

d

iı

Además es necesario educar, en el sentido amplio de la palabra, las actitudes ante la enfermedad y el déficit que conlleva de tal forma que seamos capaces de acompañar *terapéuticamente* al anciano y a su entorno más próximo, de forma que favorezcamos una actitud más positiva y creadora por parte de todos.

Para finalizar con la formación, será necesario adquirir habilidades técnicas, pero no sólo biológicas, sino también psicológicas y de relación para redondear los conocimientos y actitudes antes expuestos.

A pesar de todo, pensamos que el desafío más importante es modificar el entorno asistencial de forma que el anciano enfermo sea el centro, y por tanto que todo esté en función de sus necesidades de persona y enfermo. Así, será necesario adaptar el entorno físico para que pueda desarrollar sus capacidades en la me-

dida que aún le sea posible, pero también el entorno asistencial, de forma que la mayor parte de las veces las decisiones se tomen *a medida* de las necesidades y con las prioridades establecidas por el propio interesado. Incluimos el entorno personal, interpretándolo como aquellas personas que están en contacto con el anciano, ya sea con intención terapéutica o sólo como acompañantes.

108

cti-

m-

los

nti-

a el

nos

ına

de

ali-

lis-

ión

di-

nite

en

icia

ma

un

sio-

irlo

for-

e, la

esi-

r su

ne-

que

itos

ales

que

s y

plio

dé-

s de

rno

itud

ad-

cas,

on-

tos.

im-

rma

que

na y

sico

me-

Nosotros, como profesionales, somos responsables del entorno que ofrecemos en las realidades asistenciales en las que trabajamos, pero podemos realizar una buena orientación del entorno físico y relacional donde vive el anciano, precisamente aprovechando la preponderancia que nos da nuestro rol profesional.

Desafíos Humanos. A nivel personal podemos ofrecer la presencia humana, aportando al entorno nuestra vivencia y forma de hacer.

De esta forma podemos ejercer un acompañamiento real del anciano y de su familia, a través de la oferta incondicional de nuestra persona, haciendo que se sientan acompañados no por el médico o la enfermera o cualquier otro profesional sino directamente por la persona que está detrás de cada uno de ellos.

No olvidemos que en el entorno están los compañeros de trabajo, de cualquier estamento profesional, con los que es necesario mantener una relación personal efectiva, por la proximidad física y el objetivo común, pero cuanto mejor sea esta relación más redundará en beneficio del paciente.

Como profesionales, nos puede ser de gran utilidad, adoptar los términos y prácticas del concepto de relación de ayuda, ya que en realidad cualquier relación personal en la que estamos empeñados, en un entorno como el que nos proponemos, podrá enriquecerse desde esta visión de la realidad.

Un desafío importante es responder a los problemas con una visión razonablemente esperanzada del presente, del futuro y de la realidad asistencial, ofreciéndola al anciano, a su familia y a nuestros compañeros de trabajo.

Una de las claves para ofrecer esta visión con esperanza razonable y razonada es plantear a todos un clima de verdad, donde en nuestras relaciones sepamos ofrecer a todos la verdad que pueden asumir, respetando sus capacidades y ritmos para poder ofrecerla sin imposición.

66 Vemos al profesional como una persona única 99

66 El mayor desafío para un profesional sanitario cristiano es ser un buen profesional, el *mejor posible* **99**

En un entorno complicado la seguridad de que tendremos autenticidad de las personas que nos rodean se convierte en un valor sólido y en un apoyo incontrovertible ante las disyuntivas que se dan en la asistencia diaria. Este hecho es aún más importante para el enfermo y su familia, que no conocen la enfermedad y el ámbito que les rodea.

Desafíos cristianos. Sin embargo, la mayor dificultad para todos nosotros es vivir en sentido cristiano nuestra profesión. Para ello, vamos a esbozar unas pistas en este sentido en el que todos necesitamos aprender.

Un primer paso es llegar a compartir nuestras creencias con el paciente y nuestros compañeros de tra-

66 La mayor dificultad para todos es vivir en sentido cristiano nuestra profesión 99

66 Es necesario promover una formación, técnica, humanista y relacional, de forma permanente y progresiva 99

bajo. Esta comunión se basa en una relación personal previa, sólida y cercana que permita a ambas partes expresar de forma llana y abierta su motivación última y su apreciación sobre la trascendencia.

Este hecho permitirá un segundo paso que es inherente al cristiano: compartir y por tanto anunciar «la Buena Noticia», es decir, el mensaje evangélico. No podemos llegar a la evangelización sin tener una vivencia profunda de la fe, ni pretender ejercer la difusión de un hecho tan importante sin establecer previamente una relación interpersonal correcta y fructífera para ambas partes.

El compartir las creencias trascendentes y anunciar el *Kerigma* nos permitirá celebrar conjuntamente la fe, ya sea en el profesional, junto con los enfermos a los que asistimos y con los compañeros con los que trabajamos día a día.

Ahora bien, podemos ofrecer nuestra presencia y ayuda como profesionales a nuestra parroquia o a los grupos especializados, ya sea sanitarios o de otro tipo. De esta forma completamos nuestra participación como creyentes, aportando nuestro saber profesional en lugares donde seguramente nadie más puede hacerlo.

En resumen, podemos hacer nuestra la segunda propuesta del Sector 5.º, dedicado al anciano enfermo, del Congreso Iglesia y Salud de 1994 en la que se afirma: Es necesario «promover una formación técnica, humanista y relacional, de forma permanente y progresiva».

11. CAMPAÑA DEL DÍA DEL ENFERMO 1997

EL ANCIANO ENFERMO EN LA SOCIEDAD Y EN LA IGLESIA

ORIENTACIONES

Por qué se ha elegido el tema

- 1. La sociedad española envejece, el crecimiento de la población se acerca al punto cero y aumenta el número de ancianos. Éstos alcanzan edades más avanzadas y se vuelven más vulnerables, viéndose afectados por diversas enfermedades, en muchos casos crónicas e invalidantes.
- 2. Los cambios producidos en el entorno social y, sobre todo, en el núcleo familiar rompen frecuentemente su equilibrio biopsicosocial, les llevan a estar o sentirse solos y abandonados y les colocan en situaciones de riesgo, que incrementan su pluripatología.
- 3. Los avances gerontológicos y geriátricos no han frenado de modo ostensible el deterioro fisiológico, psíquico y social del anciano enfermo. Al mismo tiempo, surgen enfermedades específicas, antes casi inexistentes o escasamente difundidas.
- 4. A causa de la frecuente carencia de medios económicos y materiales, muchos ancianos enfermos no disfrutan de una adecuada higiene y alimentación, ni de vivienda digna.
- 5. Ciertos fenómenos culturales inciden negativamente sobre la valoración del anciano enfermo y su status social. Se tiende a cosificarle; no se cuenta con él en la toma de decisiones enteramente personales o que le afectan personalmente; la ancianidad no es considerada como un valor y, consiguientemente, no se respetan debidamente sus derechos, su libertad y su dignidad, ni se tienen en cuenta sus potencialidades.
- 6. La fragilidad del anciano enfermo es compartida y sufrida a menudo por su familia. Sobre ellos pe-

san, a veces de forma insostenible, la falta de instituciones, la imposibilidad de una adecuada atención en el propio domicilio y la marginación sanitaria y asistencial del anciano enfermo únicamente por razones de edad. 0

pa

pe

tit hu

fa

de ha re

D

- 7. La sociedad actual está en deuda con el anciano enfermo. Por eso, al mismo tiempo que se reconocen los esfuerzos hechos y los logros conquistados, es
 preciso suscitar una mayor sensibilidad social, que respete su dignidad, promueva planes socioeconómicos
 realmente eficaces contra su pobreza y garantice pensiones suficientes.
- **8.** La realidad y la problemática del anciano conectan profundamente con el corazón del Evangelio, fuente de vida para todos y especialmente para los más vulnerables, promesa de plenitud para el atardecer de la vida y promoción de la dignidad de toda persona.
- 9. Inspirándose en el Evangelio y en continuidad con una larga tradición, la Iglesia sigue siendo protagonista en la atención al anciano enfermo. Son muchas las instituciones geriátricas y sociosanitarias (sobre todo de congregaciones religiosas), las asociaciones de voluntariado y las comunidades cristianas en las que el anciano enfermo encuentra acogida, atención, apoyo y dignidad.
- 10. Sin embargo, la problemática del anciano enfermo, por su complejidad, por su amplitud y ante las perspectivas de futuro poco halagüeñas, plantea serios desafíos a la comunidad cristiana. No sólo es preciso multiplicar iniciativas en su favor; también es urgente evangelizar la cultura que tiende a marginarle, educar para una vivencia saludable de la ancianidad, y denunciar eficazmente todo atentado contra su dignidad.

Objetivos

- 1. Acercarnos al anciano enfermo y a su mundo para conocerlo: quién es, dónde está, cuáles son sus necesidades y aspiraciones, e interesarse por él como persona.
- 2. Ayudar al anciano enfermo a que siga sintiéndose persona, y a la sociedad a que adopte nuevas actitudes y comportamientos de respeto de los derechos humanos y de solidaridad hacia los ancianos enfermos.
- 3. Promover iniciativas individuales y colectivas de solidaridad que ayuden al anciano enfermo y a su familia a sentirse integrados dentro de la comunidad cristiana y de la sociedad, mediante un acompañamiento cercano y respetuoso, y a través de un apoyo eficaz.
- 4. Evangelizar sobre el valor de la vida humana del anciano enfermo, a fin de que la sociedad no sólo haga esfuerzos para prolongarla, sino también para respetar su dignidad, promover sus potencialidades hasta el final natural, dando prioridad a los más necesitados.
- 5. Celebrar y difundir todo lo bueno que se está haciendo por el anciano enfermo, como sus valores propios y su testimonio de vida.

Destinatarios

titu-

n en

asis-

ones

icia-

ono-

s, es

res-

icos

pen-

CO-

elio,

más

r de

ona.

idad

ota-

chas

obre

ones

las ión.

ano

ante

ntea

o es

n es

nar-

cia-

ntra

- El anciano sano.
- El anciano enfermo en casa o en institución.
- Los familiares del anciano enfermo.
- Los niños y los jóvenes (en familia, parroquia, escuela, etc.).
- Las comunidades cristianas.
- Los agentes de pastoral de la salud.
- Las asociaciones de voluntariado en favor del anciano.
- Las asociaciones y movimientos de ancianos.
- Los profesionales que trabajan en el campo de la geriatría.
- Las instituciones geriátricas, sean de la Iglesia o no.
- El personal sanitario en general.
- Los políticos, la autoridades municipales, etc.
- La soledad en general.

Contenidos principales

Ver

- La atención y el cuidado del anciano enfermo, uno de los mayores retos de nuestra sociedad.
- La situación actual del anciano enfermo: quién es, dónde se encuentra, con quién vive, cuántos son, cuáles son sus necesidades, qué se hace por él.
- El anciano enfermo en la poesía, en la «sabiduría popular» (en el refranero español).

- La situación de la familia del anciano enfermo: qué apoyos recibe, qué ayuda se le presta.
- El anciano enfermo y la Iglesia: mapa de instituciones, asociaciones, actividades e iniciativas; y análisis de su actividad evangelizadora y sociocaritativa.
- El anciano y la sociedad: mapa y análisis de los recursos y actividades en favor del anciano enfermo.
- Papel del anciano enfermo dentro de la sociedad, y sentimientos y actitudes que suscita.
- Perfil psicológico del anciano enfermo y su grado de integración en una sociedad eminentemente urbana.
- Problemas éticos relacionados con la asistencia al anciano enfermo.
- Retos y oportunidades que plantea el anciano enfermo a la acción evangelizadora de la Iglesa.

Iluminar

- El anciano enfermo en la Biblia.
- El anciano enfermo a la luz del Evangelio de la salud.
- El anciano enfermo a la luz de la tradicción de la Iglesia. Valores y estímulos para el momento presente.
- Cómo y desde qué instancias plantear hoy la pastoral de la salud en relación con el anciano enfermo.
- ¿Hay una espiritualidad para el anciano enfermo?
- Cultura de la vida y valores propios del anciano enfermo.
 - ¿Cómo comprender, ayudar y apoyar a la familia para que pueda atender adecuadamente al anciano enfermo.

Actuar

- Escuchar, acompañar y apoyar al anciano enfermo.
- Apoyar con afecto y alentar, de forma eficaz, a la familia del anciano enfermo.
- En los centros asistidos, promover un cuidado integral, personalizado y humano.
- Establecer fórmulas de soporte y formación a agentes de pastoral, párrocos y miembros del voluntariado.
- Acogida e integración del anciano enfermo y de su familia en la comunidad, en la que participe como un miembro más de acuerdo con sus capacidades.
- Ayudar a descubrir la persona del anciano enfermo, más allá de la imagen desvalorizada.

Materiales de la campaña

- Cartel (posible slogan: Mi vida es tu vida, o bien, Mi mundo es tu mundo).
- Estampa/oración.
- Mensaje de la CEP.
- Catequesis de niños, jóvenes y adultos.
- Guión para la Eucaristía.
- Dossier selecto sobre el anciano enfermo, que recoja fragmentos de libros interesantes, artículos, documentos o declaraciones importantes, etc.

- «Temas de formación para la atención al anciano enfermo en la parroquia».
- Hoja divulgativa, breve, con indicaciones, mensajes para instituciones y personas en relación con el anciano enfermo.
- Vídeos (ya existentes).
- Números monográficos o pliegos en revistas (cfr. más adelante).

Actividades de ámbito nacional

- 1. Dedicar la parte central de las Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud (Madrid, septiembre 1996) al tema del anciano enfermo, en sintonía con los contenidos principales de estas *Orientaciones*.
- 2. Estudiar la posibilidad de celebrar un encuentro interdisciplinar (geriatras, gerontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, pastoralistas, moralistas, bioéticos, teólogos, ancianos enfermos, familiares de ancianos enfermos, voluntarios, etc.) sobre un tema específico, todavía por determinar.
- **3.** Organizar mesas redondas u otro tipo de participación en medios de comunicación (de la Iglesia u otros) en los que tomen parte expertos, ancianos enfermos y familiares.
- **4.** Elaborar un *dossier* sobre el anciano enfermo, que recoja material selecto ya publicado o expresamente elaborado en parte.
- **5.** Publicar un número monográfico sobre el tema en LABOR HOSPITALARIA, y algún pliego sobre diferentes aspectos de la campaña. Por ejemplo: El anciano enfermo y la comunidad cristiana en *Vida Nueva*; La humanización de la asistencia al enfermo anciano, en *Humanizar*, etc.
- **6.** Elaborar unos temas de formación para la atención al anciano enfermo en la parroquia.
- 7. Recoger testimonios de ancianos enfermos, de sus familias y de profesionales, agentes de pastoral y voluntarios que los asisten, visitan y ciudan.

ANEXO

Sugerencias para la recogida de testimonios

Anciano enfermo

- Cómo vive la enfermedad. Cambios que ha acarreado a su manera de ver la vida.
- Qué recibe de los demás.
- Qué da a los demás.
- Si siente la necesidad de Dios.
- Cuáles son sus centros de interés.
- Sus amigos.
- Sus familiares.
- Interesarse por la historia de su vida.

Agente de pastoral

- Por qué se interesa por el anciano enfermo. Cómo lo ve
- Oué es lo que más necesita el anciano enfermo.
- Qué le da al anciano enfermo.
- Oué recibe del anciano enfermo.
- Qué dificultades encuentra en su trabajo.

Profesional

- Por qué se dedica a trabajar con el anciano enfermo
- Qué dificultades encuentra en su trabajo.
- Cómo valora su trabajo.
- Qué recibe del anciano enfermo.
- Qué le da al anciano enfermo.

Familia

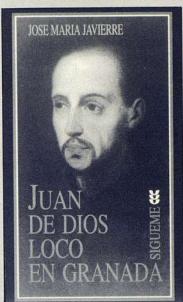
- En qué ha cambiado la vida de la familia al enferma el anciano.
- Si encuentra algún apoyo y dónde o en quién.
- Qué le da al anciano enfermo.
- Qué recibe del anciano enfermo.

Voluntario

- Por qué ayuda al anciano enfermo.
- Qué le da al anciano enfermo.
- Qué recibe del anciano enfermo.

Nueva biografía sobre san Juan de Dios

JUAN DE DIOS, LOCO EN GRANADA



Acaba de publicarse la última biografía sobre el Fundador de la Orden Hospitalaria:

JUAN DE DIOS, LOCO EN GRANADA.

Autor de la misma es el conocido sacerdote y periodista José María Javierre, de cuya pluma vieron también la luz biografías como las de insignes santos del Siglo de Oro como Teresa de Jesús y Juan de la Cruz.

Publicada por Ediciones Sígueme (Salamanca), en un volumen de 821 páginas, puede adquirirse en las diferentes librerías religiosas, o solicitándola a nuestra revista:

> Información y Noticias Curia Provincial

Doctor Antoni Pujadas, 40 08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (Barcelona)

Novedad bibliográfica LA SUBLIME HUMILDAD Juan José Laborde



y obra de San Juan de Dios el que nos lo presenta: Agustín Laborde Vallverdú, quien ha ejercido durante decenios su profesión de médico en el hospital que fundase el Santo nacido en Montemor o Novo, y que ha dedicado gran parte de su vida intelectual a la investigación y al conocimiento de este Santo vinculado para siempre a la propia ciudad de Granada

José Gabriel Díaz, alcalde de Granada

Este breve trabajo nos aproxima al santo, y sobre todo, al hombre. Agustín Laborde ofrece una peculiar visión, lejana de la erudición investigadora innecesaria para un texto de esta naturaleza. Este libro puede contribuir a identificar mucho más a los granadinos con un hombre como Juan y con unos hechos que desde la distancia del tiempo refuerzan la admiración por el personaje

Julio Rodríguez, presidente de la Caja General de Ahorros de Granada

Congresos ■ Cursos ■ Reuniones ■ Jornadas ■ Conferencias

■ 17 CERTAMEN DE ENFERMERÍA SAN JUAN DE DIOS

Hasta el 7 de febrero de 1997 E.U.E. San Juan de Dios Ciempozuelos (Madrid)

Información

E.U.E. San Juan de Dios Av. San Juan de Dios, s/n. 28350 CIEMPOZUELOS (Madrid) Tel. (91) 893 37 69

■ MESTRATGE EN ÈTICA APLICADA I BIOÈTICA

Enero-junio 1997 Enero-junio 1998 Universitat Autònoma de Barcelona -Institut Borja de Bioètica Bellaterra-Sant Cugat (Barcelona)

Información

Departamento de Filosofía Universitat Autònoma de Barcelona

Tel. (93) 581 16 18 Fax (93) 581 20 01

Institut Borja de Bioètica

Tel. (93) 674 47 66 Fax (93) 674 79 80

■ II CURSO DE ACTUALIZACIÓN A DISTANCIA CURSO 1997-1998 NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y DIETOTERAPIA

Universidad de Navarra Pamplona

Información

Departamento de Fisiología y Nutrición
Universidad de Navarra
Irunlarrea, s/n.
31008 PAMPLONA
Tel. (948) 42 56 65

Tel. (948) 42 56 65 Tel. (948) 42 56 00 Fax (948) 42 56 49

JORNADAS NACIONALES COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

14 y 15 de marzo de 1997 Barcelona

Información

Ana Sáez Ortuño Hospital Sant Joan de Déu Pg. de Sant Joan de Déu, 2 08950 ESPLUGUES (Barcelona) Tel. y fax (93) 280 41 79

 SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTERDISCIPLINAR EN PERSONAS CON MINUSVALÍA PSÍQUICA

9 y 10 de mayo de 1997 Ciudad San Juan de Dios Alcalá de Guadaira (Sevilla)

Información

Ciudad de San Juan de Dios Ctra. Sevilla-Málaga, km 19 41500 ALCALÁ DE GUADAIRA Tel. (95) 568 74 00 ■ 5.as JORNADAS NACIONALES
Y 1.as JORNADAS
INTERNACIONALES
DE BIOÉTICA
«Comités de Ética
Asistenciales»

6 y 7 de junio de 1997 Sevilla

Información

Hospital San Juan de Dios Av. Eduardo Dato, 42 41005 SEVILLA

Tels. (95) 463 26 00 463 26 04 463 26 08 Fax (95) 464 02 30

■ V CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Del 10 al 13 de septiembre de 1997 Londres

Información

Secretaría del Congreso 4 Cavendish Square LONDON W1M 0BX, UK

Tel. +44(0) 171 499 0900 Fax +44(0) 171 629 3233