

**LA RELACION DE AYUDA  
A LA PERSONA MAYOR**

**José Carlos Bermejo**

## INDICE

### - Introducción

## CAPITULO I

### DINAMICAS DEL ENVEJECIMIENTO

#### 1. En busca de sentido en medio del envejecimiento.

- Cuento: las dos tinajas.
- Caso: Visita a Aureliana en su casa.

#### 2. El envejecimiento como crisis.

- Caso: Con Josefa, hospitalizada.

#### 3. Beneficios primarios y secundarios del envejecimiento y la dependencia.

- Caso: Un profesional de enfermería visita al Sr. Bruno.
- Caso: Recordando con Antonia (¿beneficios primarios?).
- Cuento: con qué ojos miramos.

#### 4. El anciano ¿es como un niño?

- Ejercicio: caso paradigmático.

## CAPITULO II

### LA COMPRESION EMPATICA DE LAS PERSONAS MAYORES

#### 1. A vueltas con la empatía.

- Caso: Una visita a Eufrasio en la Residencia.
- Cuento: el viejo que encontró al burro Shlomo.

#### 2. Estilo de acompañamiento holístico.

- Un caso: hablando con José.

#### 3. Identificación del propio estilo relacional.

#### 4. Responder empáticamente.

- Caso: conversación con Laura.

## CAPITULO III

### LA ESCUCHA ACTIVA CON PERSONAS MAYORES

#### 1. Sentido de escuchar.

- Caso: hablando con Aurelia.

#### 2. Cuando la escucha se hace difícil: la reminiscencia.

- Caso: Daniel y su cumpleaños.
- Cuento: ¿Me podrías vender una hora de tu tiempo?

#### 3. Escuchar, algo más que oír.

- Caso: hablando con Carmen.

## CAPITULO IV

### LA RELACION CON LA PERSONA CON ALZHEIMER

#### 1. Algunas claves para la comunicación.

- Caso: una voluntaria recordando con Alfonsa.
- Caso: hablando con María, enferma de Alzheimer.

- Cuento: El sabio Avicena.
- 2. Dignidad y Alzheimer.**
  - Cuento: Cachorros para la venta.
- 3. La codependencia.**
  - Testimonio.

## **CAPITULO V**

### **AFRONTAMIENTO DE CONFLICTOS ETICOS EN LA ASISTENCIA A LOS MAYORES**

#### **- Introducción.**

#### **1. Introducción a la bioética.**

#### **2. Afrontamiento de los conflictos éticos en Residencias.**

- Caso: Juana no quiere ir al hospital.
- Caso: el afilador de la Plaza de España.
- Caso: María José querría estar en su casa.

#### **3. La persuasión.**

## **CAPITULO VI**

### **ACOMPAÑAMIENTO A LOS MAYORES AL FINAL DE LA VIDA**

#### **1. La muerte hoy.**

#### **2. Diálogo en la verdad**

- Caso: No me dicen lo que tengo, pero yo me muero.

#### **3. El duelo en los mayores**

- Caso: Una visita a la Sra. Lola (estudiante de medicina).

#### **4. Acompañar en el duelo.**

- Caso: Hablando con Petra. Su marido falleció ayer.
- Caso. Hablando con Pablo, viudo desde hace una semana.

#### **- A modo de conclusión.**

## INTRODUCCION

Con el crecimiento de la esperanza de vida las personas mayores son cada vez más y también aumenta el número de personas necesitadas de ayuda por los achaques asociados al envejecimiento y las dependencias que a veces se crean.

Afortunadamente, la sensibilidad social ante los mayores hace que se desplieguen diferentes tipos de recursos destinados a satisfacer las necesidades que éstos presentan. Además de la ayuda familiar, existen programas de asistencia a domicilio, centros de día y cada vez más plazas residenciales.

En estos diferentes escenarios de ayuda a las personas mayores, los cuidadores – formales o informales- no pueden contentarse con la buena voluntad para salir al paso de las necesidades que se encuentran. Es necesario adquirir algunos conocimientos y adiestrarse en algunas técnicas o habilidades para el buen cuidado de los mayores.

Pero el cuidado lo es físico (cuando las necesidades son físicas) y lo es también emocional, psicológico, espiritual... Por eso, las habilidades necesarias no consisten sólo en una serie de técnicas para movilizar a la persona con discapacidad, por ejemplo, sino que consisten también en técnicas de estimulación, de soporte emocional, de acompañamiento en la búsqueda de sentido, etc.

La *relación de ayuda* y el *counselling* aplicados a la persona mayor, nos permiten ser más competentes y artistas en el manejo de esas habilidades relacionales que y emocionales para cuidar a las personas mayores de manera integral, holística, humanizada.

Inspirados en la psicología humanista, pero considerándonos eclécticos, hemos presentado en otros cuadernos precedentes los contenidos teóricos sobre la *relación de ayuda*, así como algunos aspectos específicos del ámbito de la intervención social en el marco de la exclusión y la marginación y en el marco de la enfermería.

En estas páginas no desarrollamos la teoría de la *relación de ayuda* (cuaderno número uno), sino que presentamos algunas reflexiones sobre temas de particular importancia en el cuidado a las personas mayores, útiles para todos los cuidadores, tanto para los familiares como para los voluntarios y los profesionales, desde los auxiliares hasta los enfermeros, trabajadores sociales, animadores socioculturales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, médicos, y cualquier otro que se dé cita en el cuidado integral al mayor.

La inclusión en este cuaderno de numerosas conversaciones o entrevistas con personas mayores y otros recursos (cuentos, ejercicios, etc.) hacen que se convierta en un instrumento muy práctico para el aprendizaje individual o grupal de habilidades de cuidado relacional y emocional.

Pero de poco servirían las habilidades si éstas no fueran un componente de las actitudes. En efecto, lo que realmente se convierte en recurso terapéutico y de ayuda, después de los mismos recursos de la persona a la que queremos cuidar, son las actitudes del ayudante, sus disposiciones interiores. Y las actitudes tienen, como es sabido, un componente cognitivo, un componente afectivo y un componente conductual. Deseamos que estas páginas contribuyan a interiorizar actitudes adecuadas para un cuidado humanizado a los mayores.

La formación en estos tres vectores, el de los conocimientos, el de las habilidades y el de la dimensión afectiva de las actitudes, constituye un deber ético de todo cuidador. Formarse en este ámbito es también un modo de cuidarse para cuidar porque la persona que no está bien preparada tendrá que invertir más energía con peores resultados y menos satisfacción en la relación.

Ojalá que estas páginas, preparadas con pasión por los mayores y sus cuidadores, contribuyan a cualificar las relaciones de ayuda que tantas personas realizan con aquellos a los que más debemos nuestro presente.

# CAPITULO I

## DINAMICAS DEL ENVEJECIMIENTO

En los últimos años, cada vez encontramos más estudios sobre la psicología del envejecimiento que nos ayudan a comprender las dinámicas que viven las personas mayores con el paso del tiempo, así como con el sobrevenir de algunas enfermedades y situaciones de dependencia.

Presentaremos en este capítulo algunas de estas dinámicas que nos ayudan a comprender la experiencia de la persona mayor para poder entablar con ella una relación de ayuda eficaz.<sup>1</sup> La búsqueda del sentido, la experiencia de crisis, los beneficios primarios y secundarios del enfermar y de la dependencia, así como la regresión, serán los puntos de interés de nuestra reflexión y propuesta de trabajo práctico.

### 1. En busca de sentido en medio del envejecimiento

Nos mueve el deseo de acompañar a las personas mayores, especialmente cuando necesitan que las relaciones sean de ayuda en diferentes ámbitos de su vida, a que vivan de la manera lo más íntegra posible, lo más apropiada y gozosa. No se trata de remover todo obstáculo en el camino –empresa imposible- cuanto de caminar juntos intentando contribuir a que cada persona, en las relaciones, sea lo más posible ella misma, mantenga su integridad, incluso en medio de las contrariedades, vea respetada su dignidad inalienable.

Cada vez es más conocida la aportación del psiquiatra vienés V. Frankl en el ámbito de la logoterapia, como referente ineludible en la reflexión sobre el sentido, particularmente el sentido del sufrimiento en la vida.

Con su experiencia de preso en los campos de concentración nazi, pudo ofrecer su interesante reflexión en diferentes obras que interpelan la libertad en medio de la esclavitud. Victor Frankl, en efecto, distingue –a la búsqueda de sentido- entre tres tipos de valores:

- Valores de acción (*homo faber*) que son capaces de dar sentido a quien despliega en efecto, a través de lo que hace, aquello que es capaz de hacer.

---

<sup>1</sup> Cfr. BERMEJO J.C., “Apuntes de relación de ayuda”, Santander, Sal Terrae, 2002<sup>5</sup>. Este texto constituye el referente teórico para el significado de la relación de ayuda y la presentación de las actitudes y habilidades que lo constituyen siguiendo la psicología humanista.

- Valores de relación, de amor (*homo amans*) que son capaces de dar sentido a través de la interacción y la significatividad de las personas con las que entramos en contacto.
- Valores de actitud o de “soportación” (*homo patiens*); éstos son capaces de dar sentido a nuestras vidas aún cuando han de ser vividas en la adversidad.

La reflexión de Frankl resulta interesante pensando en las personas mayores, particularmente en las dependientes, en las que viven grandes discapacidades a causa del deterioro físico y necesitan ser asistidas. Esas tantas personas que ocupan plazas asistidas en Residencias y cuyo final a veces se presenta interminable y, a los ojos de un superficial espectador, incluso resulta difícil encontrarle un sentido.

Al gran deterioro físico, en algunas personas se añade el deterioro relacional y afectivo, la soledad, que puede llegar al aislamiento<sup>2</sup>, la fragilidad de los valores de acción y de relación, por tanto. Por eso, la reflexión de Frankl nos permite reclamar la libertad de adoptar una u otra actitud cuando no se pueden cambiar muchas de las condiciones que impone la limitación física o los límites relacionales.

Mientras las capacidades mentales no sean secuestradas, mientras el deterioro cognitivo no irrumpa en la vida de la persona mayor, ésta puede ser responsable (dar una respuesta personal) en medio de las limitaciones inevitables. Los valores de actitud son reclamados siempre, pero particularmente cuando la pasividad externa reclama la actividad actitudinal, las disposiciones interiores, el modo de vivir la adversidad. Por eso se puede incluso formular la expresión “vivir sanamente la dependencia”, “vivir sanamente el sufrimiento”. No es una propuesta ilusoria, que niegue la crudeza de la realidad limitada, cuanto una toma de conciencia de la condición humana libre y responsable también ante lo que “padece”.

Por esta vía, muchas personas que no encuentran sentido a la vida, podrían descubrir que aún pueden ser verdaderos maestros de vida, conjugando los verbos más importantes de la vida (amar, cuidar, escuchar, tocar, mirar...) y no sólo en activa, sino también en forma pasiva: dejarse amar, dejarse cuidar, dejarse narrar... En una sociedad tan caracterizada por el activismo, el reclamo de tales valores puede constituir una aportación inestimable a la cultura. Así, los mayores, pueden ser realmente un bien para la comunidad y no una carga.

A la clásica distinción de las edades: edad biológica, edad psicológica, edad funcional, edad social, edad subjetiva<sup>3</sup>, aún podríamos añadir la edad responsable, edad valórica, edad en la que uno se apropia de su conducta en el entorno y situación que vive.

La Tse decía: “Un hombre, por acabado que parezca, sigue siendo necesario mientras viva”. José Luis Aranguren ha dicho que la vejez es la edad del ocio frente a la diversión, la de los pequeños goces cotidianos, la estima de la calidad de vida. Y, como consecuencia de este ritmo, deviene la serenidad y la disponibilidad. Esta actitud distinta frente a la vida es, en sentido etimológico y literal, estética (más propia de los sentidos) y consiste en *ver vivir*, y en poseer una sabiduría de la vida, que es a la vez

---

<sup>2</sup> Cfr. J.C. BERMEJO (Ed.), *Cuidar a las personas mayores dependientes*, Santander, Sal Terrae, 2002, pp. 33-70.

<sup>3</sup> Cfr. P.M. CASARES, “Ancianos. Problemática y propuesta educativa”, Madrid, San Pablo, 2002, pp. 16-17.

recapitulación y desecho, repaso y reposo, y encarnación de la memoria colectiva de la sociedad. Ayudar a vivir en esta clave es cosa de todos.

**- Caso: Visita a Aureliana, en su casa**

*Aureliana vive en su casa, con 95 años. Está viuda desde hace más de 30 años. Vive sola porque se niega a abandonar su casa. Una persona le ayuda en las tareas de la casa cada día durante unas horas. Hace 25 años sufrió una rotura de cadera y le colocaron una prótesis; mantiene una cojera que va aumentando y camina con dos bastones. Hace 11 años sufrió un infarto que superó.*

- A.1 ¿Qué tal Aureliana? ¿Cómo te encuentras hoy?  
B.1 Bueno... Pues con muchos dolores en las piernas.
- A.2 ¿Has dormido esta noche?  
B.2 Hasta las 3 bien, pero luego me desperté y ya no me pude volver a dormir. Me levanté al baño y entre que fui y volví a la cama con los dos bastones, se me pasó el sueño y he estado toda la noche haciendo calderos.
- A.3 ¿Te tomaste la pastilla para dormir?  
B.3 Sí, pero no me hizo nada; así es que esta noche me tomo dos.
- A.4 No, no. No puedes hacer eso. Tantas pastillas juntas no son buenas. El médico te ha mandado sólo una.  
B.4 Sí, peor si no me hacen efecto tendré que tomarme otra, ¿no?  
A.5 No, mujer. Mejor te tomas una infusión caliente antes de irte a dormir y la pastilla y ya verás qué bien duermes.
- B.5 ¿Sabes qué? Yo creo que no llego a estas Navidades.  
A.6 Claro que vas a llegar a Navidades, mujer ¿Qué es lo que te preocupa? ¿No te encuentras bien?  
B.6 Si yo de la cabeza estoy muy bien; lo que pasa es que ya no puedo casi ni andar con estas piernas que tengo. Ya no sirvo para nada.
- A.7 Claro que sirves, y mucho. Y para andar mejor podrías usar el andador que tienes, que con él vas mucho mejor que con los bastones.  
B.7 Es que yo no me apaño con el chisme ese. (Suspira hondo y se le humedecen los ojos).
- A.8 Mira, estás como una rosa. ¿Por qué suspiras? ¿Qué te pasa?  
B.8 ¿Qué hago yo en esta vida? Si ya se me han muerto tres hijos. (Empieza a sollozar).
- A.9 Tiene que ser muy duro perder tres hijos; además, te sientes muy sola, ¿no?  
B.9 Claro que me siento muy sola.
- A.10 Entonces, ¿por qué no te vas a casa de tu hija? Ya te lo hemos dicho más veces. Allí hay más gente que va y viene.  
B.10 Mientras yo no pierda la cabeza no me mueven de aquí. (Su tono se hace enérgico). Yo no quiero ser una carga para nadie. No lo soportaría.
- A.11 Tú no eres ninguna carga. Además, así creo que estaríais mejor todos porque no tendría que viajar tu hija cuando viene a verte. Y ella, allí estará pensando en ti.  
B.11 No lo entiendes, hija. Esta casa la compré yo con mi marido. Aquí se han criado todos mis hijos, que en paz descansan ya tres. Y a mí no me sacan de aquí si no es con los pies por delante o porque haya perdido el juicio. (Llora)
- A.12 (Le echo un brazo encima) Has pasado muchas cosas en esta casa y no quieres marcharte de aquí, ¿no es eso? Esta casa está llena de recuerdos y es muy importante para ti. Tiene que ser difícil marcharse.

- B.12 Sí. Eso es. Aquí hemos pasado todos muchas cosas. Mira, en el saloncito de la entrada nació Pedro cuando mi hija se vino del pueblo. Entonces no había aquí ningún hospital; sólo un sanatorio. Y en la entrada se cayó mi hijo cuando tenía 5 años y se partió los dientes. Pobrecito, cómo lloraba. (Sonríe) Tuvimos que llevarle a la casa del médico a que le dieran puntos y por eso siempre tuvo la cicatriz en la barbilla... ¡Qué malo es llegar a viejo!
- A.13 Pues ¡qué más quisiera yo que estar así con esa edad!
- B.13 Tú eres joven y tienes que aprovechar la vida. Acuérdate bien de lo que te digo. La vida se pasa en un instante, y por desgracia no todo lo que nos toca vivir es bueno. Yo tuve que vivir la muerte de mi madre a los 13 años; tuve que sacar adelante a mis hermanos pequeños. Después tuve muchas alegrías. Me casé, tuve cuatro hijos y una vida feliz. Pero volvieron las desgracias. Primero se murió mi hijo Narciso. Con 30 años se me murió mi hija María y hace 9 años se murió mi hijo Eusebio. Sólo hace tres años que falleció José y yo me voy quedando sola. Yo sólo le pido a Dios que me lleve con él, que ya he sufrido bastante. (Vuelve a llorar) ¡Ay!
- A.14 Comprendo lo que estás pasando, y entiendo que se te pasen por la cabeza ese tipo de cosas. Sinceramente yo no sé si podría aguantar algo así, pero sí que sé que nos sigues enseñando.
- B.14 (Me coge la mano con fuerza. Se seca las lágrimas, me mira y sonrío). Tienes razón. Momentos alegres los he pasado también en la vida. He luchado mucho.
- A.15 Claro que sí. Y espero que sigas luchando mucho tiempo.
- B.15 Anda, vamos a merendar. ¡Cuánto os cuesta aceptar que los viejos nos tenemos que morir! Ni siquiera me voy a tomar el sobre para el estómago. Ahora no me duele.
- A.16 Pero las pastillas del corazón no las dejes, ¡eh!
- B.16 Tú cuida a tu madre cuando lo necesite; no la abandones nunca. La familia es lo primero. (Asentí con la cabeza mientras tomamos algo y luego nos despedimos).

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- Tras leer la conversación, explorar cuáles son los valores que están dando sentido a la vida de Aureliana después de tantas pérdidas como ha vivido.
- Como mujer activa que fue (*homo faber*) y como mujer amante (*homo amans*), Aurelia puede experimentar crisis. Reflexionar sobre cómo pueden reforzarse los valores de actitud (*homo patiens*) en su caso. ¿La intervención del visitante refuerza algo en este sentido?
- El sentido de la vida está puesto en cuestión en la experiencia de Aurelia y por eso surge también el pensamiento de la muerte. Reflexionar sobre qué sentido tendría la vida para cada uno de nosotros si estuviésemos en su situación.

#### **- Cuento: Las dos tinajas**

Un vendedor de agua repetía cada mañana el mismo ritual: colocaba sobre sus hombros un aparejo que tenía, y a cada punta del aparejo amarraba una tinaja. Después salía la camino del río, llenaba las dos tinajas y regresaba a la ciudad para entregar el agua a sus clientes.

Hay que añadir un detalle importante: una de las tinajas tenía muchas grietas y dejaba filtrar mucha agua. La otra tinaja era nueva, y estaba muy orgullosa de su rendimiento, ya que su dueño sacaba mucho dinero con la venta del agua que ella llevaba.

Al cabo de un tiempo, la pobre tinaja agrietada fue acomplejándose y sintiéndose inferior a la otra. Tanto, que un día decidió hablar con su patrón para decirle que la abandonara por ser ya casi inservible.

- ¿Sabes?, le dijo muy triste: soy consciente de mis limitaciones. Yo sé muy bien que conmigo tú dejas de ganar mucho dinero, pues soy una tinaja llena de grietas y, cuando llegamos a la ciudad, estoy ya medio vacía. Ya no hay nada que hacer. Por esto te pido que me perdones mi debilidad. Compra otra nueva que pueda hacer mejor el trabajo, y a mí abandóname en el camino. Ya no te sirvo.

- Muy bien, contestó el patrón; pero hablaremos mejor y con más calma mañana.

Al día siguiente, del camino hacia el río, el vendedor de agua se dirige a la pobre tinaja agrietada y le dice:

- Fíjate bien en la orilla de la carretera y dime lo que estás observando.

- Nunca me había fijado, respondió la agrietada tinaja; pero, en honor a la verdad me doy cuenta de que el borde de la carretera está lleno de flores. ¡Es algo muy hermoso!

- Pues bien, mi querida tinaja, respondió sonriente el patrón, quiero que sepas que si las orillas de la carretera son como un bello jardín, es gracias a ti. Ya que eres tú quien lo riegas cada día, cuando regresas del río. Hace ya mucho tiempo que me di cuenta de que tú dejabas filtrar mucho agua. Entonces yo compré semillas de flores de toda clase y, de camino para el río, una mañana las sembré en la orilla de la carretera; y tú, regresando del río sin saberlo y sin quererlo, estuviste regando mi siembra. Y así todos los días gracias a tus grietas. Muchas semillas nacieron, los botones se abrieron y, cada día gracias a ti puedo cortar unas flores, prepara un ramillete, y ofrecerlo al creador. Y el buen patrón, inclinándose en el camino comenzó a escoger las mejores flores del día para ofrecérselas al Hacedor de todo. Y esta vez la tinaja regó aún mejor el camino con el agua que se perdía de entre sus grietas y la que brotaba agradecida de sus ojos. No te olvides nunca: todos tenemos también nuestras grietas; pero Dios sabe hacer maravillas a partir de nuestras debilidades, siempre y cuando se lo pedimos.

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- Reflexionar sobre el cuento y tomar conciencia de lo que sugiere espontáneamente.
- La tinaja vieja puede no ser valorada, no encontrarse sentido a su existencia y conservación. Quizás también algunas personas mayores pueden sentirse así, como también algunos que los acompañan. ¿Qué sugerencias pueden nacer de la lectura del cuento para el acompañamiento a las personas mayores?

- Puede utilizarse este cuento en alguna sesión individual o de grupo con personas mayores. ¿Qué surge de esa sesión válido para ser compartido con otros mayores?

## 2. El envejecimiento como crisis

Jacques Laforest describe<sup>4</sup> la experiencia del envejecimiento como momento crítico. Crisis en griego significa "oportunidad". En la debilidad se presenta también una oportunidad de vivir de una u otra manera lo que no se puede cambiar, en actitud siempre de superación.

En todo caso, describe las crisis agrupándolas en tres. Comprender y ayudar a la persona mayor pasa por hacerse cargo de lo que significa envejecer y captar lo crítico de este proceso.

Así, las crisis que nos pueden ayudar a hacernos mejor cargo de la experiencia de la persona mayor, son las siguientes:

- Crisis de *identidad*, determinada, sobre todo por la imagen que el anciano tiene de sí, por la conciencia y por la autoestima. Y esta imagen está afectada por el conjunto de pérdidas experimentadas de forma acumulativa, por la creciente soledad y decadencia general. Quizás sea esta crisis la que explica la tendencia de algunos ancianos a presentarse como "viejos jóvenes" (la "adolescencia de la vejez" mal entendida), así como la tendencia a buscar la propia identidad en el pasado, lo cual explicaría la reminiscencia tan frecuente en ellos y que ciertamente contribuye a aumentar el sentido de continuidad y, por tanto, a reconstruir la propia identidad golpeada por la vejez y sus achaques, mientras que otros, en cambio, son invadidos por el sentimiento de "no valer nada".

- Crisis de *autonomía*, caracterizada sobre todo por el deterioro progresivo y por el aumento de la dependencia de los cuidados de los demás. En una sociedad como la nuestra, en la que se estiman de modo especial los valores de la ética funcionalista, como la independencia, la utilidad y la productividad, la vejez choca fuertemente en la vida de la persona hasta el punto de que algunos ceden a otros la conducción de su propia vida, aún cuando no se ha perdido totalmente la autonomía, experimentando fuertes sentimientos de ser una carga para los demás.

- Crisis de *pertenencia*, que se empieza a experimentar ya desde el momento de la jubilación, en que las personas se retiran de la vida profesional activa, lo cual no puede no afectar a la misma corriente vital. Si la ancianidad se vive como una retirada absoluta de la participación social y de los valores sociales, se experimenta una "muerte social" previa a la muerte total y posiblemente fuertes sentimientos de inutilidad inundan el corazón del anciano.

### - Caso: Con Josefa, hospitalizada

*Josefa es una mujer de 79 años. Por lo que cuenta, siempre ha sido una trabajadora incansable y con una energía que aún se la nota. Padece diabetes y hace*

---

<sup>4</sup> J. LAFOREST, *Introducción a la gerontología*, Barcelona, Herder, 1991, pp. 79-174.

*dos meses se operó de cataratas. Ahora está de nuevo ingresada porque tiene molestias generalizadas y fiebre y se está haciendo un estudio. Inicio la conversación con tono alegre, como suelo hacer al entrar en las habitaciones.*

- A.1 ¿Qué tal, Josefa? ¿Qué tal te encuentras? Y te veo un poco mejor. (Se lo digo con un tono alegre).
- B.1 Estoy algo mejor. (Contesta desganada).
- A.2 Ahora tienes que estar tranquila unos días más para que te recuperes.
- B.2 Eso hago. No hago otra cosa. No hago nada más que pensar en mí y en mi marido. Todo el día en la cama o en el sillón. Me paso todo el día tratando de curarme, pensando en la comida, en la cena, en la merienda, en lo que puedo comer y en lo que no, en cuándo tengo que ponerme la insulina, en la fiebre que tengo, en tomarme las pastillas.
- A.3 Bueno, mujer. Ya era hora de que pensaras un poco en ti. Siempre me has dicho que has sido una mujer trabajadora y que te desvivías por todos y por todo.
- B.3 Sí, pero ahora me aburro. Cada día estoy más inútil y tus tíos y tus padres se empeñan en hacerme más inútil aún.
- A.4 Te sientes impotente por tener que estar aquí, entre la cama y el sillón, para recuperarte, ¿verdad? (Se lo digo cogiéndole la mano).
- B.4 Todavía, si estuviera en casa... lo llevaría mejor; pero aquí lo paso fatal. Mi hermana está todo el día viniendo y discutimos continuamente.
- A.5 Ella está preocupada por ti, pero me parece que no te gusta mucho estar con ella.
- B.5 Tiene buena intención, pero es que me trata como si yo no sirviera para nada, y yo todavía puedo hacer cosas. En cuanto me encuentre mejor tengo que volver a casa, porque he dejado toda la casa sin recoger y la ropa de mi marido sin planchar. Te digo que ese necesita más ayuda que yo. Y los hijos no lo entienden... Creen que ya no valgo para nada.
- A.6 Te da rabia que tus hijos no te valoren lo suficiente, ¿verdad? (Ambas nos callamos y tras un silencio ella continúa hablando con los ojos llorosos).
- B.6 Ya sé que soy una vieja y que cada vez hago menos. Me canso mucho al andar y me fatigo fácilmente en cosas que antes hacía sin esfuerzo. No veo bien; por eso hago menos las tortillas de patata y las rosquillas que tanto le gustan a mi marido. Tengo que andar por el azúcar, pero no distingo bien los caminos del parque y... a veces tropiezo.
- A.7 Debe ser duro tener ganas de hacer tantas cosas y no poder hacerlas bien porque la enfermedad te lo impide, ¿no?
- B.7 Por si fuera poco, ahora mis hijos quieren contratar a una señora para que viva conmigo y me ayude a hacer las tareas de la casa. Si ella hace las comidas, limpia... ¿qué voy a hacer yo? Si ya hago poco quieren que haga menos aún. Además ¿qué hago yo con una extraña en mi casa? (Se calla un poco y luego continúa). Reconozco que yo no soy la que era, pero quiero aprovechar las pocas fuerzas que me quedan. Cuando me vea muy mal me iré a una residencia. Yo he sufrido en mis carnes el dolor de cuidar en la agonía a mis padres y jamás desearía eso a nadie. No quiero que nadie soporte esa carga conmigo. (Hace esfuerzos por contener las lágrimas. Espero a que se tranquilice).
- A.8 Mujer, te encuentras en un momento difícil. Aceptar los límites de la enfermedad te cuesta.
- B.8 Sí, me cuesta mucho.

- A.9 A mí me gustaría que no pensaras que eres una inútil. Veo que tienes fuerza aún y ganas de sentirte útil y eso hace que te rebeles contra lo que te quieren imponer.
- B.9 (Llorando) Además lo hacen sin preguntarme a mí, como si yo ya no contara.
- A.10 Quizás cuando te sientas mejor y puedas demostrar lo que puedes hacer puedas tomar tú las riendas, o quizás lo puedes hablar claramente con tus hijos y buscar alternativas juntos.
- B.10 (Cogiéndome la mano, mientras solloza). Gracias, mujer. Gracias.
- A.11 Venga, ánimo. Te dejo, que sigo con las cosas.
- B.11 Gracias, ¡hasta luego!

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupos:*

- Cuáles pueden ser los indicadores de cada una de las crisis (identidad, autonomía, pertenencia) leyendo esta entrevista.
- Pensar en alguna estrategia de acompañamiento para cada una de las crisis, sin negarlas: ¿cómo se puede acompañar para que las crisis sean vividas como “oportunidades”?
- Buscar en la propia experiencia personal (la mía, la nuestra) algunos aspectos que “conectan” más fácilmente con los indicadores de las crisis que se perciben en Josefa.

### **3. Beneficios primarios y secundarios del envejecimiento y la dependencia**

Los seres humanos somos interdependientes. Ahora bien, en algunos momentos de nuestra vida dependemos más de los demás para ciertas actividades. Las causas de la dependencia pueden estar asociadas al envejecimiento o a la enfermedad.

No es raro que a la situación de enfermedad y dependencia le saquemos también algún partido y nos beneficiemos de ello. De alguna manera, enfermar y depender tiene sus ventajas, nos libera de ciertas responsabilidades, nos permite tener a otras personas a nuestro lado para ayudarnos (en el mejor de los casos). Así también, algunas veces, la dependencia y la enfermedad se puede convertir en una solución a problemas de soledad o más profundos y poco confesados o identificados. Nos estamos refiriendo a lo que recibe el nombre de “beneficios primarios” y “secundarios” de la enfermedad y de la dependencia.

- Beneficios primarios

Se denomina así al hecho de que algunas dependencias y enfermedades se convierten en solución de necesidades o en desahogo de deseos inconscientes e inconfesables. Puede ser el caso de la persona viuda que necesita ir al médico porque tiene un cierto tipo de molestias. Las molestias, en realidad –siendo reales- pueden constituir la solución que el propio organismo –la persona- activa para reclamar la satisfacción de una necesidad más honda: la soledad y la necesidad de ayuda en la elaboración del duelo.

Así, la dependencia y la enfermedad se pueden convertir en camino hacia el afrontamiento de necesidades no confesadas explícitamente.

La comprensión de esta dinámica puede permitir evitar la moralización sobre la conducta de quien se comporta así. No se trata de un vicio o de un juego o estrategia consciente que necesite un juicio moral. Se trata más bien de una necesidad que busca ser satisfecha y que conviene identificar, puesto que se presenta, de alguna forma enmascarada por otra.

#### - Beneficios secundarios

Existen algunos factores que pueden favorecer abandonarse a la enfermedad o a la dependencia para beneficiarse de los cuidados. Entregarse a la dependencia libera de ciertas responsabilidades, como estar enfermo exime de algunas tareas. Los beneficios que la persona recibe (no sólo la persona mayor) con ocasión de la dependencia y la enfermedad pueden fomentar la instalación en dicha dependencia porque los beneficios compensan.

Cuando la fijación en los beneficios secundarios es muy fuerte, el anciano se muestra como el *niño mimado* o el *tirano doméstico*. También aquí es importante liberar esta reacción de connotación moralizante y, a la vez que no se cae en el fomento de la dependencia o del mimo o tiranía, comprender que hay un reclamo de satisfactores para necesidades más profundas.

Resulta interesante este testimonio del autor del libro “Martes con mi viejo profesor”:

“Y ¿Sabes una cosa? Una cosa muy extraña.

-¿Qué es?

- Que empecé a *disfrutar* de mi dependencia. Ahora me gusta que me vuelvan de costado y me pongan pomada en el trasero para que no me salgan llagas. O que me sequen la frente, o que me den un masaje en las piernas. Gozo con ello. Cierro los ojos y me deleito con ello. Y me parece muy familiar.
- Es como volver a ser niño. Que un apersona te bañe. Que una persona te tome en brazos. Que una persona te limpie. Todos sabemos ser niños. Lo llevamos dentro. Para mí, es una cuestión de recordar el modo de disfrutarlo. La verdad es que cuando nuestras madres nos tenían en brazos, nos acunaban, nos acariciaban la cabeza, ninguno de nosotros se cansaba nunca.”<sup>5</sup>

#### - Entrevista: Un profesional de enfermería visita al Sr. Bruno

El señor Bruno tiene 81 años. Fue ingresado en la Residencia 11 días antes de esta conversación, por problemas asociados al deterioro por envejecimiento y algunos problemas renales que hacían pensar la necesidad de cuidados en una institución. Casado; su mujer no goza de mucha salud. Tiene dos hijos, también casados. Está en una habitación de 2 camas. Entro en la habitación con el termómetro. Al entrar veo que el otro lee acostado, pero él está sentado en la cama, cabizbajo, sin hacer nada. Tiene la mesilla cerca. En ella está la radio, pero apagada. "El rostro (escribe la visitante luego) me decía lo mismo que sus palabras: <estoy triste>". Es por la tarde, un poco después de la merienda. La conversación tiene lugar de la siguiente manera:

---

<sup>5</sup> ALBOM M., “Martes con mi viejo profesor”, Madrid, Maeva, 1998, p. 136.

- A.1. Buenas tardes, ¿le pasa algo? (le toco el hombro).
- B.1 Me encuentro muy mal. (Me siento en su cama, cerca de él). Estoy enfermo corporalmente y moralmente. Estoy muy triste. No sé para qué habré nacido: ¿para qué? ¿qué sentido tiene vivir así? Yo ya quiero morirme. No hago más que sufrir. Siempre sufriendo. (Breve silencio) Estoy muy triste. En mi casa estaba mejor. Aquí me siento muy triste. Los médicos y las enfermeras me dais medicinas, me dais de comer, pero nadie se interesa verdaderamente por mí. (Breve silencio)
- A.2 Veo que está muy triste hoy. No siente cercanas a las personas.
- B.2 Sí, estoy muy triste.
- A.3 ¿No ha tenido alguna visita?
- B.3 Sí, han venido mis hijos. Pero sólo se pueden quedar aquí durante una hora. Además tienen su vida, sus problemas... Vienen, sí, pero ni siquiera siento su afecto. Y... en realidad son buenos, cariñosos...
- A.4 Y su mujer, ¿no ha venido?
- B.4 No. Ella no puede venir. También ella está mal. No puede salir de casa. Ya hace 11 días que no la veo. (Breve silencio) Me siento mal aquí. Y quisiera saber... yo quisiera saber para qué hemos nacido, ¿para qué?
- A.5 (Después de algunos segundos de silencio. El esperaba una respuesta porque durante la conversación miraba hacia abajo, pero ahora me mira a la cara). A mí me parece (poniendo la mano encima de su pierna) que hemos nacido para vivir, para querer a la gente. Usted, seguramente quiere mucho a su mujer y a sus hijos, ¿no?
- B.5 Sí, siempre les he querido mucho. He hecho todo lo que he podido por su bien. Pero... tengo también mis pecados, ¿sabe?...
- A.6 Bueno, todos tenemos nuestras cosas..., pero seguro que usted ha hecho muchas cosas bien en su vida.
- B.6 Sí, cierto. Pero ve... ahora estoy aquí, enfermo, solo, triste. Esta vida es triste. Dicen que después hay otra vida en la que no habrá sufrimiento. No sé.
- A.7 Sí, yo creo que algo habrá después.
- B.7 Espero que así sea. (Breve silencio) ¿Sabe? La próxima semana me tienen que hacer una prueba que dicen que es dolorosa.
- A.8 Y usted tiene miedo, ¿verdad?
- B.8 Sí. Tengo miedo de que me duela mucho. (Después me habla de la prueba que le harán).
- A.9 De todas formas, este tipo de pruebas las hacen con anestesia, para evitar el dolor.
- B.9 Esperemos...
- A.10 Bueno, Sr. Bruno, le dejo, y a ver si se anima un poco, ¡hombre!
- B.10 Gracias, muchas gracias.
- A.11 ¡Hasta otro rato!

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupos:*

- Hacer una lista de las pérdidas que ha experimentado el Sr. Bruno con ocasión del ingreso en la Residencia.
- Reflexionar sobre el significado que dichas pérdidas tiene para él.
- Dar nombre a los sentimientos que se intuye que experimenta, además de a los que se refiere explícitamente.

- Imaginar que nosotros hubiéramos perdido las mismas cosas que ha perdido él e intentar nombrar los sentimientos que creemos que experimentaríamos si nos hubiese sucedido eso.
- Analizar las tres crisis descritas más arriba: cómo las experimenta el Sr. Bruno.

**- Caso: Recordando con Antonia (¿beneficios primarios?)**

*Antonia tiene 78 años y vive en un piso tutelado. No tiene familia más próxima que los sobrinos. Ha tenido que ingresar en el hospital y yo le visito en la habitación porque llama al timbre.*

- A.1 ¡Hola, Antonia! ¿Qué te pasa?
- B.1 Me duele mucho la cabeza. Dame una pastilla.
- A.2 Antonia, hace menos de diez minutos que te has tomado la pastilla para el dolor; es pronto para que se te pase; debes esperar un poco más. (Antonia se me queda mirando como diciendo: “ayúdame”). Antonia, no te extrañe si te duele la cabeza; en esta habitación tenéis mucho calor (lo digo por decir algo).
- B.2 No, no es por el calor.
- A.3 ¿Qué te pasa, mujer?
- B.3 Son demasiadas horas para pensar. Nunca creí que me vería así de sola.
- A.4 ¿Con quién vives, Antonia?
- B.4 En un piso tutelado, con otras compañeras; no me gustan las residencias. En el piso estás mejor atendida. Eres alguien; en la Residencia sólo eres una más. Mis padres se murieron; soy hija única, yo siempre los he atendido. Como “reyes” han estado.
- A.5 Y ahora te sientes sola, ¿verdad?
- B.5 No te lo puedes ni imaginar. Con lo que era mi casa. Cuando vivían mis padres siempre teníamos para comer un montón de gente, primos, amigos... Venían a estudiar a la ciudad, de compras, y todos paraban en mi casa.
- A.6 ¡Qué bien suena eso, Antonia! Y tú te lo disfrutabas, ¿eh?
- B.6 En mi casa siempre había buena comida y bebida para todos. (Me empieza a contar dónde compraban las cosas, me nombra las tiendas a las que iba, etc.). En aquellos años vivíamos muy bien. Pero cuando murió mi madre y empezaron a venir menos, yo no podía con la vida. ¿Y ahora qué? Ahora nadie se acuerda de mí.
- A.7 Aunque a las horas de las comidas vienen tus sobrinos, no te sientes suficientemente acompañada, ¿no?
- B.7 Podrían hacer un poco más de esfuerzo. Con lo que yo he sido para ellos.
- A.8 Te esperarías más... Recordar lo que erais cuando vivía tu madre te estimula más que ver cómo van ahora las cosas... Aunque vienen cada día...
- B.8 Mira, M<sup>a</sup> Asun, nos solíamos juntar hasta 14 personas, cualquier día de la semana. Venía el médico, el párroco, el abogado, toda la gente de la familia y gente importante. Y... (sigue narrando los encuentros y cómo le gustaba ver la casa llena y la tarea que había para atender a todos. Después de unos minutos la saludo deseándole que pase buen día).

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupos:*

- Reflexionar sobre hasta qué punto la demanda primera refleja una necesidad de relación y de “narrar” fundamentalmente.
- Valorar el tipo de intervención.
- Reflexionar sobre qué necesidades tendemos nosotros a cubrir indirectamente, presentando otras que camuflan las verdaderas.

### **- Cuento: Con qué ojos miramos**

Dos hombres, ambos seriamente enfermos, ocupaban la misma habitación de un hospital. A uno de ellos se le permitía sentarse en su cama por una hora cada tarde para ayudar a drenar los fluidos de sus pulmones. Su cama estaba junto a la única ventana del cuarto. El otro hombre debía permanecer todo el tiempo en su cama tendido sobre su espalda. Los hombres hablaban por horas y horas. Hablaban acerca de sus esposas y familias, de sus hogares, sus trabajos, su servicio militar, de cuando habían estado de vacaciones.

Cada tarde el de la cama cercana a la ventana, el que podía sentarse, se pasaba el tiempo describiéndole a su compañero de habitación las cosas que él podía ver desde allí. El hombre en la otra cama, comenzaba a vivir, en esos pequeños espacios de una hora, como si su mundo se agrandara y reviviera por toda la actividad y el color del mundo exterior. Se divisaba desde la ventana un hermoso lago, cisnes, personas nadando y niños jugando con sus pequeños barcos de papel. Jóvenes enamorados caminaban abrazados entre flores de todos los colores del arco iris. Grandes y viejos árboles adornaban el hermoso paisaje.

Como el hombre de la ventana describía todo esto con exquisitez de detalle, el hombre de la otra cama podía cerrar sus ojos e imaginar tan pintorescas escenas. Una cálida tarde de verano, el hombre de la ventana le describió un desfile que pasaba por allí. A pesar de que el otro hombre no podía escuchar a la banda, él podía ver todo en su mente, pues el caballero de la ventana representaba todo con palabras muy descriptivas.

Pasaron días y semanas. Un día, la enfermera de la mañana llegó a la habitación llevando agua para el baño de cada uno de ellos. Al descubrir el cuerpo del hombre de la ventana, observó que había muerto tranquilamente en la noche mientras dormía. Ella se entristeció mucho y llamó a los compañeros del hospital para sacar el cuerpo. Tan pronto como creyó conveniente, el otro hombre preguntó si podría ser trasladado cerca de la ventana. La enfermera estaba feliz de realizar el cambio. Cuando le hubo cambiado, lo dejó solo.

Lenta y dolorosamente se incorporó apoyado en uno de sus codos para tener su primera visión del mundo exterior. Finalmente tendría la dicha de verlo por sí mismo.

Se estiró para mirar por la ventana. Lentamente giro su cabeza y al mirar vio una pared blanca. El hombre preguntó a la enfermera qué pudo haber obligado a su compañero de habitación a describir tantas cosas maravillosas a través de la ventana.

La enfermera le contestó que aquel hombre era ciego y que por ningún motivo él podía ver esa pared y que quizá solamente quería darle ánimos.

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- ¿Qué nos puede enseñar el cuento para nuestra propia vida?
- Reflexionar sobre algunas pistas que pudieran ser válidas para describir una actitud saludable ante los propios límites.
- ¿Es posible convertir las propias limitaciones en recursos? ¿Qué comportaría?
- Identificarse con el enfermo ciego: ¿qué “cegueras” tenemos y podríamos transformar creativamente en recursos?

#### **4. El anciano ¿es como un niño?**

Con frecuencia se escucha esta cantinela: “son como los niños”. Y no es infrecuente tampoco que el estilo relacional con las personas mayores reproduzca el mismo que adoptamos con los niños: cariñoso hasta hacer carantonias, confrontador hasta reñir y gritar... Pero ¿son realmente los ancianos como los niños? ¿Son niños grandes?

No. Las personas mayores, los ancianos, no son como niños. Algunas de sus conductas nos evocan el comportamiento de los niños, como pueden también evocar el comportamiento de las personas adultas no ancianas que, en ocasiones, utilizan mecanismos de defensa o reacciones específicas.

La regresión, mecanismo de defensa propio de todo ser humano, es frecuente en los mayores. Por eso encontramos a muchos de ellos con comportamientos que nos resultan familiares en la edad infantil.

Pero también la “blandura” propia de quien ha perdido muchas máscaras nos puede hacer ver lo que de humanidad hay en todos nosotros: dejarse tocar, apreciar el beso y el cariño con más libertad que los adultos, valorar lo pequeño, buscar la seguridad, sentirse atendido y considerado, etc. Son necesidades universales que en los mayores a veces las percibimos de manera más intensa probablemente porque padecen un déficit de afectividad y por las crisis a las que nos hemos referido más arriba.

Ahora bien, considerar al anciano como un niño no deja de ser una falta de respeto. Ciertos estilos de relación infantilizan al anciano, le ridiculizan, llegando a veces a extremos indecorosos.

Tratar a la persona mayor como adulto representa un deber ético –no sólo estético- incluso cuando intuimos que él no se da cuenta. Las modificaciones en nuestra conducta habrán de venir definidas por las verdaderas necesidades de la persona mayor, no por la tendencia a infantilizarla.

#### **- Ejercicio: caso paradigmático**

Leer el siguiente texto e intentar imaginar la figura del paciente descrito.

“Se trata de un paciente que aparenta su edad cronológica. No se comunica verbalmente, ni comprende la palabra hablada. Balbucea de modo incoherente durante horas, parece desorientada en cuanto a su persona, al espacio y al tiempo, aunque da la impresión de que conoce su propio nombre. No se interesa ni coopera a su propio aseo.

Hay que darle de comer comidas blandas, pues no tiene piezas dentarias. Presenta incontinencia de heces y orina, por lo que hay que cambiarla y bañarla a menudo. Babea continuamente y su ropa está siempre manchada. No es capaz de caminar. Su patrón de sueño es errático, se despierta frecuentemente por la noche y con sus gritos despierta a los demás. Aunque la mayor parte del tiempo parece tranquila y amable, varias veces al día y sin causa aparente, se pone muy agitada y presenta crisis de llanto involuntario”.<sup>6</sup>

*Indicaciones para la reflexión individual y de grupo:*

- Imaginar la edad y la figura del paciente y comentarla.
- Leer la nota a pié de página y comentar las reacciones suscitadas interiormente.
- ¿Qué podemos aprender de cuanto vivido en la lectura e intercambio de este breve fragmento para la relación con las personas mayores?

---

<sup>6</sup> Citado por GOMEZ SANCHO M., “Medicina paliativa. La respuesta a una necesidad”, Madrid, Arán Ediciones, 1998, p. 592. El paciente tiene tan sólo unos meses.

## CAPITULO II

### LA COMPRESION EMPATICA DE LAS PERSONAS MAYORES

Si de algo se habla cuando se pretende reflexionar sobre el acompañamiento y las relaciones de ayuda a cualquier colectivo, es de la empatía. Pero con frecuencia se hace con imprecisión y poco rigor.

En el presente capítulo presentaremos algunas consideraciones prácticas sobre la misma, sobre su significado en cuanto esfuerzo por comprender globalmente a la persona, así como sobre cómo responder en el diálogo de ayuda de manera empática.

#### 1. A vueltas con la empatía

Una de las actitudes sobre las que más se insiste hoy en el cuidado a las personas necesitadas de ayuda es la empatía.

La historia del concepto de empatía es relativamente breve en psicología.<sup>7</sup> Cuando Titchener tradujo la noción de *Einfühlung* con *empathy* sirviéndose del griego *empathia* quería subrayar una identificación tan profunda con otro ser que le llevara a experimentar los mismos sentimientos con los “músculos de la mente”. El desarrollo del concepto lleva a adquirir una importancia central en el ámbito de las relaciones de ayuda, de modo particular con Rogers.<sup>8</sup>

Como actitud (más que como mera técnica), la empatía lleva al ayudante a intentar comprender el mundo interior del ayudado, de sus emociones y de los significados que las experiencias adquieren para él. Los mensajes percibidos por el ayudante encuentran en su interior un eco o referente que facilita la comprensión, manteniendo la atención centrada en el ayudado.<sup>9</sup>

Por empatía entendemos, por tanto, la capacidad de comprender los pensamientos, emociones, significados, del otro. Pero no basta con comprender al otro si uno no es capaz de transmitírselo. Por consiguiente, como dice Borrell i Carrió, “hay dos momentos inseparables: un primer instante en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del paciente y un segundo instante en el que el entrevistador le da a entender al paciente esta comprensión. (...) El paciente nos juzgará empáticos por lo que le diremos, pero más por lo que observe, pero aún más porque, en efecto seamos comprensivos y tolerantes”.<sup>10</sup>

---

<sup>7</sup> Lo utiliza Titchener en 1909 como traducción del término alemán *Einfühlung*, introducido en psicología por Lipps, tomado de la filosofía estética de Vischer de 1873. Se refería también a los objetos inanimados, como una obra de arte. Cfr. FORTUNA F., TIBERIO A., “Il mondo dell’empatia”, Milano, Franco Angeli, 1999, p. 15.

<sup>8</sup> Cfr. BERMEJO J.C., “Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana”, Madrid, San Pablo, 2003, p. 121.

<sup>9</sup> Cfr. BRAZIER D., “Más allá de Carl Rogers”, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1997, p. 48.

<sup>10</sup> BORRELL i CARRIO, F., “Manual de Entrevista Clínica”, Madrid, Harcourt Brace, 1998<sup>4</sup>, p. 12.

Hacer el esfuerzo cognitivo, afectivo y comportamental por comprender los puntos de vista de las personas mayores nos permite el acceso a lo que puedan estar pensando, a cómo consideran y definen una situación, al significado que le dan, a lo que planean hacer al respecto. Esta clase de comprensión necesita tiempo para desarrollarse progresivamente y depende del propio nivel de crecimiento cognitivo y de maduración afectiva, así como también ayuda a lograrla el tener una amplia variedad de experiencias vitales.<sup>11</sup>

Si comprender de manera ajustada la situación y los significados que el otro vive es importante, no lo es menos conseguir comunicar comprensión de las necesidades, significados, sentimientos, de manera verbal y no verbal. Particular relevancia adquiere la reformulación, que, con la dosis de interpretación de la que inevitablemente irá añadida, constituye, junto con la escucha activa, el elemento esencial de la dimensión conductual de la empatía.<sup>12</sup> A esta segunda parte la llama Egan “empatía avanzada”,<sup>13</sup> particularmente cuando se sacan sentimientos y significados que están de alguna forma enterrados, escondidos o más allá del alcance inmediato de la persona ayudada.

Cada vez más se va matizando el concepto de empatía, subrayando la diferencia con la simpatía, con la que frecuentemente se confunde. El mismo Max Sheler distingue entre simpatía o “compasión en general”, identificación afectiva e identificación vital.<sup>14</sup> Se distingue también entre empatía y simpatía o compasión y entre empatía e intuición. Mientras que la empatía es la capacidad de entrar en la experiencia de otra persona y comprender cogniciones, significados y emociones y transmitir comprensión, la simpatía o compasión es la capacidad de compartir los sentimientos de otro y ser afectado por ellos (experimentándolos también), y la intuición es la capacidad de entender un tema entrando en el otro.<sup>15</sup> Aunque los términos tienen relación, parece necesaria esta aclaración para evitar los efectos de la inflación de la palabra empatía.

Las profesiones de ayuda y las relaciones informales de ayuda son campos que recientemente han comenzado a cobrar conciencia –y también, como dice Goleman, por razones económicas- de las ventajas de la empatía.

En el fondo, “la empatía es el puente que une el abismo que nos separa a unos de otros. Con la empatía como guía, podemos extender nuestros vínculos alcanzando territorio inexplorado, para establecer relaciones profundas y cordiales”.<sup>16</sup>

Bimbela recuerda que empatizar:<sup>17</sup>

- no significa estar de acuerdo con la conducta u opinión del otro;
- la empatía “global” (“te comprendo”) sirve de poco y suele sonar vacía;

---

<sup>11</sup> ELIAS M.J., TOBIAS S.E. FRIEDLANDER B.S., “Educar con inteligencia emocional”, Barcelona, Plaza & Janés, 1999, p. 32.

<sup>12</sup> Cfr. BERMEJO J.C., “Apuntes de relación de ayuda”, Santander, Sal Terrae, 1998, pp. 49-53. Cfr. También “WACHTEL P.L., “La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz”, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1996, pp.210-213.

<sup>13</sup> Cfr. EGAN G., “El orientador experto: un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal”, California, Wadsworth Internacional Iberoamérica, 1998, p. 128

<sup>14</sup> Cfr. STEIN E., “L’empatía”, Milano, Franco Angeli, 1999<sup>4</sup>, p. 68.

<sup>15</sup> BERGER D.M., “L’empatía clínica”, Roma, Astrolabio, 1989, p. 13.

<sup>16</sup> CIARAMICOLI A., KETCHAM K., “El poder de la empatía”, Buenos Aires, Ediciones B Argentina, 2000, p. 33.

<sup>17</sup> BIMBELA J.L., “Cuidando al cuidador. Counselling para profesionales de la salud”, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2001<sup>4</sup>, p. 68.

- mucho más eficaz es la “empatía concreta”, la que determina lo que se comprende;
- empalazar no ha de llevar a mostrar que a uno le pasa lo mismo (“también a mí me cuesta...”, por ejemplo).

Por su parte, Cibanal<sup>18</sup> afirma que todos los analistas existenciales están de acuerdo en que el ayudante debe acercarse al ayudado con un enfoque fenomenológico, es decir, entrar en el mundo de su experiencia y escuchar cuanto ésta relata sin ningún supuesto previo que distorsione la comprensión. Es lo que Rogers definirá como adoptar una actitud empática, es decir, la capacidad de sumergirse en el mundo subjetivo del otro y participar en su experiencia en la medida en que nos lo permita la comunicación verbal y no verbal.

Esta actitud, de tanta relevancia en el cuidado de las personas mayores, especialmente cuando se encuentran vulnerables por la dependencia o la enfermedad, se traduce particularmente en la atención y la escucha. Escuchar es un arte y escuchar con empatía es la expresión más alta de este arte.

### **- Caso: Una visita a Eufrasio en la Residencia**

*Eufrasio está en su habitación de la Residencia, en la cama, en un periodo de especial dificultad no diagnosticado aún. Tiene 70 años. Me acerco a su habitación por la mañana para ver qué tal sigue y la conversación tiene lugar así:*

- A.1 Buenos días, Eufrasio, ¿cómo te encuentras hoy?
- B.1 Ya sabes, como siempre, pero no voy a quejarme; no puedo. (Se da la vuelta y no me mira).
- A.2 ¿Qué quieres decir con eso? (Me paro y me acerco).
- B.2 Pues eso, que no me puedo quejar. Que si te quejas es peor. Os enfadáis y además empezáis otra vez a hacerme pruebas.
- A.3 ¿Te han hecho muchas pruebas estos días?
- B.3 Demasiadas. Debo estar bastante peor de lo que me decís, porque si no, no lo entiendo. (Se incorpora y se sienta).
- A.4 El hecho de hacerte pruebas no significa que estés tan mal, sino que el médico quiere descartar que tengas algo grave.
- B.4 Yo creo que no me harían tantas pruebas si no estuviera muy mal. Creo que me queda poco. (Cambia el tono y baja la voz).
- A.5 No digas eso, Eufrasio. Eso nunca se sabe.
- B.5 A veces sí lo sabéis, pero no lo queréis decir. Mi hermana tampoco me dice nada. Cada vez que viene me habla de tonterías, como para animarme. (Se va entristeciendo).
- A.6 ¿Y de qué te gustaría hablar con ella? Supongo que de tus hijos, que deben ser muy importantes para ti.
- B.6 Sí, pero también me gustaría verlos y apenas vienen.
- A.7 No te preocupes; ya verás cómo si hablas con ellos y les dices lo que te pasa, vendrán. Ahora estate tranquilo y tómate la medicación. ¡Hasta luego! (Y salgo de la habitación).

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

---

<sup>18</sup> Cfr. CIBANAL L., “Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud”, Madrid, El Sevier, 2003, p. 129.

- A la vista de la conversación anterior, constatar si el estilo del visitante responde al significado de la actitud empática o no.
- Ensayar algunas respuestas en lugar de las que da el profesional de la salud, especialmente en A.4, A.5, A.6 y A.7, donde claramente se escapa y generaliza.
- Pensar y/o comentar sobre por qué este tipo de intervenciones tan poco empáticas están tan arraigadas en nuestra cultura y modos espontáneos de acompañar a las personas mayores y a las personas en momentos problemáticos en general.

### - Cuento: El viejo que encontró al burro Shlomo

En una granja colectiva de un país lejano había un asno. Era ciertamente un asno especial, con largas orejas sedosas y grandes ojos brillantes, y todos los niños lo querían mucho. Por tanto, cuando un día desapareció, todos los niños se preocuparon. El asno había sido la atracción favorita de la granja infantil. Por las mañanas, los niños acostumbraban llegar en grupos de dos o tres, o en grupos más numerosos acompañados por sus maestros para visitar al asno. Los más pequeños hasta efectuaban cortos paseos sobre él. Por las tardes, los niños acudían a verlo trayendo a sus padres, para que éstos también saludaran a Shlomo, el asno. Ahora, sin embargo, el asno no estaba y los niños se sentían abatidos.

Como la tristeza es algo contagioso, antes de que terminara el día, todos los miembros de la granja se habían congregado en el espacioso comedor y, con preocupación en todos los rostros, discutían tratando de decir qué hacer. Ya habían buscado por todas las partes Shlomo, el asno, que no aparecía por ningún lado.

En esa misma granja vivía un viejo, padre de uno de los primeros fundadores. Ultimamente había empezado a dar muestras de senilidad y, a veces, los niños se burlaban de él abiertamente, aunque los adultos eran un poco más circunspectos. Pues bien, cuando toda la población de la granja estaba en el nuevo y espacioso salón-comedor preguntándose qué hacer, entró el viejo tirando de Shlomo, el asno, a sus espaldas.

Si el júbilo fue grande, el asombro fue todavía mayor. Mientras los niños rodeaban al asno, los adultos se congregaron alrededor del viejo.

¿Cómo es -le preguntaron- que tú, entre todos, hayas encontrado al asno? ¿Cómo lo hiciste?

Bien. El lector puede imaginarse la incomodidad del viejo, y su placer también, viendo que era el centro de la atención. Se rascó la calva coronilla, miró al techo y luego al piso, sonrió y al fin dijo:

- Fue muy sencillo, simplemente me pregunté yo mismo: "Shlomo -porque el viejo también se llamaba así-, si tú fueras Shlomo, el asno, ¿adónde irías?" Entonces fui, lo encontré y lo traje de regreso.

#### *Indicaciones para la reflexión individual o en grupos*

- El viejo Shlomo supo empatizar certeramente con el asno. Para esto no tuvo que convertirse en asno, ni comer alfalfa, ni andar a cuatro patas. Bastó con meterse dentro de la cabeza del asno "como si" fuera asno, pero siendo él

mismo. Así es como deben contemplarse los problemas desde la empatía. Comentar en qué medida la empatía suele confundirse con algo distinto, con “sentir lo mismo que el otro” o con “haber pasado por la misma situación”.

- Reflexionar sobre qué situaciones podríamos mejorar en comprensión si “nos metiéramos en el pellejo” de las personas que las viven.
- Identificar algunas estrategias personales para interiorizar la empatía en la relación con las personas mayores.

## **2. Estilo de acompañamiento holístico**

Uno de los indicadores de un cuidado humanizador es la consideración de la persona ayudada en sentido holístico. La palabra “holístico” no está en el diccionario de la Real Academia de la Lengua. Proviene del griego: “holos/n”: todo, entero, total, completo, y suele usarse como sinónimo de “integral”.

Acompañar, cuidar en sentido holístico significa entonces considerar a las personas en todas sus dimensiones, es decir en la dimensión física, intelectual, social, emocional y espiritual y religiosa.

De este modo, el concepto de salud que proponemos para un cuidado holístico no se conforma con considerarla como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo ausencia de enfermedad o dolencia”, (OMS-WHO, 1946), puesto que si bien esta definición tiene las ventajas de no reducir la salud a mera afección corporal y supera criterios exclusivamente somáticos y organicistas, descuida aspectos de la salud importantes, como presentaremos a continuación, y la reduce a un mero “estado”.

Entendemos por estilo de acompañamiento holístico a la persona aquel que pretende generar *salud holística* y ésta sería la experiencia de la persona de armonía y responsabilidad en la gestión de la propia vida, de los propios recursos, de sus límites y disfunciones en cada una de las dimensiones de la persona ya citadas: física, intelectual, relacional, emocional y espiritual y religiosa.

Así, una persona está sana físicamente cuando al considerar su cuerpo lo cuida y lo trata más que como cuerpo “animal”; lo ve en su aspecto de “corporeidad”: el ser humano entero en el cuerpo, superando viejos dualismos que veían a éste como cárcel del alma y, en todo caso, con sus connotaciones negativas. El cuerpo humano, en efecto, evoca y vehicula la dimensión relacional. Se da salud física, pues, también con grandes límites en el cuerpo, como de hecho sucede cuando las personas sufren diferentes tipos de discapacidades.

De la misma manera, acompañar a la persona mayor en sentido holístico supone generar salud también en el ámbito mental. La salud mental no es sólo ausencia de patologías psíquicas, sino que la entendemos como apropiación de las propias cogniciones, ideas, teorías, paradigmas, modos de interpretar la realidad, libres de obsesiones y excesivas visiones cerradas y pretendidamente definitivas de las cosas y de la vida.

Igualmente, acompañar en sentido integral a la persona mayor, implica promover salud relacional, salud en la dimensión social. Se dará salud relacional cuando se pueda decir que una persona se relaciona bien consigo misma porque experimenta un cierto equilibrio en la relación con su cuerpo, porque promueve el autocuidado, la belleza, la autoestima. Una persona vive sanamente su dimensión relacional cuando experimenta paz

con su “ser tierra”, cuando se relación positivamente con toda la geografía humana física, cuando sabe disfrutar y tiene buena capacidad de postponer la gratificación.

A su vez, una persona vive sanamente las relaciones con los demás cuando éstas están impregnadas de la virtud de la castidad entendiéndola como respeto de la dignidad y diferencia del otro; cuando usa libremente la mirada, cuando es capaz de experimentar ternura, equilibrio y vive el contacto corporal de manera personal y positiva. Una persona indica salud relacional cuando se reconoce interdependiente, no exclusivamente independiente ni dependiente, sino que reconoce las diferentes interdependencias en los diferentes ámbitos de la vida.

Pero hablamos también de salud emocional y nos referimos a ella en el marco de este acompañamiento holístico porque la dimensión emotiva es una más de las que consideramos. Queremos generar salud emocional como manejo responsable de los sentimientos, reconociéndolos, dándoles nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando su energía al servicio de los valores. La persona sana emocionalmente controla sus sentimientos de manera asertiva, afirmativa.

Y acompañar en sentido holístico a la persona mayor significa también intentar generar salud espiritual, es decir, conciencia de ser trascendente, conocimiento de los propios valores y respeto de la diversidad de escalas, gestión saludable de la pregunta por el sentido y adhesión o no, libre, a una religión liberadora y humanizadora, que no genere fanatismos, esclavitudes, moralización, sentimientos de culpa morbosos, anestesia de lo humano...

En realidad, para intervenir holísticamente se requiere recuperar la visión integral, hay que ir contracorriente en relación a la mentalidad contemporánea, que va por el camino de la fragmentación y la super-especialización. El cuidador de hoy tiende a perder de vista que detrás de cada problema o “patología social” está la totalidad de un sujeto.

Pero el “modelo integral”, “holístico” de intervención en el cuidado a las personas mayores supone no sólo considerar al hombre en todas sus partes (cuerpo, psique, sentimientos, relaciones, valores, creencias, cultura...). “Holístico” no es sólo ver al mayor globalmente, sino que consiste en partir de la *complejidad* del ser humano y del mundo entero atravesado por la vulnerabilidad e interaccionando con la totalidad de los sujetos, produciéndose una concatenación de *vínculos* que pueden favorecer o entorpecer los procesos de integración.

El modelo integral de acompañamiento a la persona mayor, por tanto, se produce desde la *totalidad del agente cuidador* y con la *totalidad de la persona cuidada*.

En este sentido, el ecofeminismo<sup>19</sup> nos ayuda a comprender lo que significa la intervención holística. Este refiere la conexión ideológica entre la explotación de la naturaleza y de las mujeres dentro del sistema jerárquico-patriarcal. Es un tipo de sabiduría que intenta recuperar el ecosistema y a las mujeres, sometidas a dobles dosis de esclavitudes y pobrezas. Pues bien, la intervención holística indica un modo de aproximarse a la realidad y al conocimiento no reductible al discurso racionalista tradicional, dogmático, masculino,

---

<sup>19</sup> Cfr. I. GEBARA, “Intuiciones ecofeministas”, Madrid, Trotta, 2000.

sino que reconoce el influjo de la afectividad en el conocimiento: la emoción, el involucramiento apasionado, sin querer ser un planteamiento hembrista.

El planteamiento ecofeminista reconoce la interconexión de todo y permite ver cómo ésta es integradora y bella: no pospone la justicia y la ternura para mañana y la felicidad para una eternidad imaginada, sino que valora lo efímero, lo accidental, el momento que pasa, la puesta de sol, la flor, la muerte. Porque efímero es todo. Y por eso se genera compromiso actual y trabajo por la justicia.

El ecofeminismo supera los dogmatismos, promueve el diálogo, reconoce las interdependencias, reconoce el valor de la relación, hace humilde a la razón intelectual, promueve el autoconocimiento y el conocimiento recíproco incluyendo a los “nadies”, asume la complejidad, reconoce la dimensión política de lo individual y lo íntimo...

Las personas mayores, tratadas con un estilo de relación holístico, constituyen una importante aportación a la colectividad, fuente de valores y sujetos activos en el tejido social, también cuando se encuentran altamente dependientes en la dimensión física o mental.

#### **- Caso: Hablando con José**

*José tiene 70 años, está en una Residencia para mayores y ha sido trasladado varias veces en poco tiempo al hospital para hacerle pruebas, algunas de las cuales han requerido un breve ingreso. Hoy está en la habitación solo y con aspecto de enfado. Lo encuentro tumbado en la cama.*

- A.1 Buenos días, José, ¿Cómo te encuentras esta mañana?
- B.1 Ya sabes, como siempre, pero no voy a quejarme. No puedo. (Se da la vuelta y no me mira).
- A.2 ¿Qué quieres decir con eso?
- B.2 Pues eso, que no me puedo quejar. Que si te quejas es peor. Os enfadáis y además empezáis otra vez a hacerme pruebas.
- A.3 ¿Te han hecho muchas pruebas estos días?
- B.3 Demasiadas. Debo estar bastante peor de lo que me decís. Porque si no, no lo entiendo (se incorpora y se sienta).
- A.4 El hecho de hacerte pruebas no significa que estés tan mal, sino que el médico quiere descartar que tengas algo grave.
- B.4 Yo creo que no me harían tantas pruebas si no estuviera tan mal. Creo que me queda poco (Cambia el tono y baja la voz).
- A.5 No digas eso, José. Eso no se sabe nunca.
- B.5 A veces, sí lo sabéis. Pero no lo queréis decir. Mi hermana tampoco me dice nada. Cada vez que viene me habla de tonterías, como para animarme. (Se va entristeciendo).
- A.6 ¿Y de qué te gustaría hablar con ella? Supongo que de tus hijos, que deben ser muy importantes para ti.
- B.6 Sí, pero también me gustaría verlos y apenas vienen.
- A.7 No te preocupes, ya verás cómo si hablas con ellos y les dices lo que te pasa, vendrán más. Ahora estate tranquilo y tómate la medicación. ¡Hasta luego!

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- Describir cómo está viviendo José el impacto de su enfermedad y su ingreso en cada una de las dimensiones: física, intelectual, emocional, relacional y espiritual.
- Reflexionar en qué sentido el cuidador tiene un estilo holístico en la intervención, tanto en el sentido de que considere a José en todas sus dimensiones como que él mismo se comprometa en sentido integral.
- Abstracter del caso y pensar en las implicaciones concretas del acompañamiento holístico a las personas mayores, así como pensar en implicaciones para la propia vida personal a partir de las reflexiones sobre el ecofeminismo.

### 3. Identificación del propio estilo relacional

En la formación en relación de ayuda viene siendo habitual utilizar un ejercicio de identificación del propio estilo relacional con el objetivo de describir las tendencias a *desaprender* y fomentar el estilo empático, centrado en la persona, facilitador, no directivo, comprensivo.

A continuación presentamos el ejercicio que en otros textos hemos utilizado aplicado a la acción social y a la marginación o a la enfermería<sup>20</sup>. En este caso, con leves modificaciones, nos centra la atención en la relación con las personas mayores.

El ejercicio requiere ir leyendo los casos y las respuestas posibles simultáneamente, eligiendo el número de la respuesta que más se parece a la que se habría utilizado espontáneamente (no la que nos parece mejor), y poniendo dicho número en la casilla correspondiente de la tabla que se encuentra al final de las respuestas del caso 10. Al final, se tratará de seguir las instrucciones para ver cuál es el estilo predominante.

**CASO 1** - Anciano en silla de ruedas. Agudización de la enfermedad.

"Preferiría morirme antes que continuar así. ¿Qué habré hecho yo."

**CASO 2** - Mujer de 70 años, depresión.

*"Me siento sola, me dicen que descanse. Nadie se preocupa por mí. Hace 15 meses que estoy aquí. Son todos unos hipócritas. Mi hijo no viene a verme".*

**CASO 3** - Hombre de 67 años. Úlcera de estómago.

*"Mi esposa va a visitar mucho a sus padres a Popayán. Uno de mis amigos me dijo que siempre va con uno de sus amigos de infancia. Ella no sabe que yo lo sé. Yo tenía dudas desde hace dos años. Nunca hubiera creído que las cosas terminarían así a estas alturas. Yo no he hecho nada para merecerme esto".*

**CASO 4** - Hombre de 68 años. Cáncer en último grado. Paciente no informado. 3 meses de vida.

*"Estoy preocupado. El médico me ha dicho que descanse. Desde mucho tengo que venir con frecuencia al hospital".*

---

<sup>20</sup> Cfr. J.C. BERMEJO, A. MARTINEZ, *Relación de ayuda, acción social y marginación. Material de trabajo*, Santander, Sal Terrae, 2002<sup>3</sup>, y J.C. BERMEJO, R. CARABIAS, *Relación de ayuda y enfermería. Material de trabajo*, Santander, Sal Terrae, 2002<sup>2</sup>.

**CASO 5** - Mujer de 65 años. Diagnóstico incierto. Dolores abdominales no bien localizados.

*"Tengo la impresión de que mi vida ya no tiene sentido. Lloraría siempre de buena gana. Todo me pone nerviosa. ¿Me estaré volviendo loca?"*

**CASO 6** - Mujer de 67 años. Osteomielitis. Enferma desde hace 5 años. Departamento de ortopedia.

*"No es justo. Por la calle todo el mundo me mira. Estaré siempre enferma".*

**CASO 7** - Hombre de 70 años. Crisis cardíaca desde hace una semana.

*"Yo he sido un buen cristiano, pero cuando rezo tengo la impresión de que Dios no me escucha. ¿Habré hecho algo de malo? ¿Seré quizás un poco egoísta?"*

**CASO 8** - Mujer de 68 años. Su marido está enfermo.

*"Mi marido siempre ha trabajado. Ahora el médico dice que él tiene cáncer. Tiene sólo 64 años. Todos nuestros hijos lo saben pero no quieren que su padre se entere. Dicen que es mejor que mantenga el ánimo alto. Yo no sé qué hacer".*

**CASO 9** - Hombre de 66 años. Cirrosis de hígado debido al exceso de consumo de alcohol.

*"Mi mujer me ha dicho siempre que quiere divorciarse. Ella cree que así seremos los dos más felices y yo creo lo mismo. Cuando vemos a nuestros amigos nos da la impresión de que son felices. ¡Hemos pasado mucho en estos 10 años!"*

**CASO 10** - Mujer de 67 años. Histerectomía para el día siguiente.

*"¡Qué raro! Ya sé que yo nunca tendría más hijos. ¡Qué cosas! Pero tengo miedo de que me anestésien. Me da miedo no despertarme".*

## **CASO 1**

1. Animo. Descanse un poco y verá como mañana será mejor de lo que usted cree.
2. No se desanime, ¿Porqué habla de esas cosas? Olvídese.
3. ¿El médico le ha dicho cómo le encuentra?
4. Siente ganas de morirse, cree que no se merece tanto sufrimiento.
5. Verá... ahora hay muy buenas medicinas: ya verá como en unas semanas se encontrará mucho mejor.
6. Venga! No hay que desanimarse tanto. ¡Anímese, hombre!

## **CASO 2**

1. Animo, señora: no hay que desmoralizarse. Todavía hay gente que le quiere. Estoy seguro.
2. Es evidente que tanto tiempo en este centro le han separado de su gente. Por desgracia sucede con frecuencia a la gente en sus condiciones.
3. Debería estar más tiempo con los otros enfermos. ¿Por qué no charla con sus compañeras un poco más?
4. Seguro que no ha tenido verdaderos amigos. Pero no es llorando como se arreglan las cosas, ¿no le parece?
5. Se siente abandonada, incluso por los que más quiere. Debe ser difícil para usted soportar una situación así.

6. Ya hace tiempo que está usted aquí. ¿Quiere que hablemos más de esto?

### **CASO 3**

1. ¿Sabe? Hay mujeres que pueden dar una apariencia de infidelidad... Quizás su amigo exagera un poco... puede ser un malentendido, porque su mujer no es una niña.
2. Me dice que usted dudaba desde hace dos años. ¿Qué es lo que le ha llevado a sospechar de su mujer?
3. Se siente defraudado. No termina de comprender por qué hace esto.
4. ¿Por qué no intenta hablar tranquilamente con su mujer? Con frecuencia una palabra arregla muchas cosas.
5. Quizás su mujer no ha sido nunca suya. Puede ser también que se trate de una debilidad pasajera al estar usted enfermo.
6. Usted ha tenido mucha paciencia esperando tantos años antes de rendirse a la evidencia.

### **CASO 4**

1. Empieza a cansarse de estas revisiones y le inquieta que el médico no le hable claramente.
2. ¿Y el médico no le ha dicho nada más?
3. Está usted muy impaciente y es natural que quiera dejar esta preocupación cuanto antes.
4. No se preocupe demasiado. Todo se arreglará.
5. Está cansado de esperar. Es comprensible, después de tanto tiempo yendo y viniendo a los médicos.
6. Cuando el médico venga mañana, podría preguntarle claramente cuándo le dará el alta.

### **CASO 5**

1. Está tensa, señora, y por eso la vida le parece un poco pesada algunas veces.
2. ¿Cómo son sus relaciones con su marido?
3. ¡No mujer! Usted sólo está pasando unos momentos difíciles. Tenga confianza. Estas situaciones acaban siempre volviendo a su normalidad.
4. Le inquieta mucho sentirse tan mal, no encontrar ningún sentido a su vida cotidiana... Se pregunta si esto es normal.
5. Usted se lo toma todo muy en serio. Después de todo, la mayor parte de las mujeres pasan un tiempo difícil en su vida.
6. Valdría la pena que usted hablara con el médico. Seguro que eso le ayudaría mucho.

### **CASO 6**

1. Es verdad que desanima verse condenada a vivir toda la vida como una enferma. Lo comprendo. Tiene razón.
2. Sería bueno que usted encontrara una ocupación para seguir sintiéndose útil y ocupar su tiempo.
3. Es verdad que usted está disminuida físicamente, pero compensa esta minusvalía con notables cualidades de sensibilidad y finura.
4. Usted se desanima porque querría ser como todas las demás.
5. Le parece injusto encontrarse así, distinta de la mayor parte de la gente.
6. ¿Hace mucho que padece esta enfermedad?

### **CASO 7**

1. Es normal. Cuando uno está mal puede encontrar dificultad, pero podría cambiar de estilo a ver cómo le va.
2. Puede ser que usted esté atravesando un período de dificultad, que puede ser una gran oportunidad para usted.
3. Seguro que Vd. no ha aprendido todavía a rezar bien. Son pocos los que saben rezar como se debe.
4. Dice que hay algo que ha hecho mal. ¿Está pensando en algo en concreto?
5. Es una experiencia molesta para usted sentir a Dios tan lejano, sentirse tan aislado y vacío.
6. Cualquier cosa que haya podido hacer usted, no tiene que preocuparse.

### **CASO 8**

1. Es duro asumir el estado de su marido, y no está segura de lo que es mejor, ¿verdad?
2. ¿Por qué no consulta al médico sobre esto?
3. Se siente indecisa entre el parecer de los hijos y el suyo y querría quedarse tranquila.
4. Sus hijos tendrían que pensar que un hombre tiene el derecho de ser informado de su estado de salud cuando corre serios peligros.
5. ¿Sabe cuánto tiempo le da el médico todavía?
6. Es una prueba dura, pero estoy seguro que usted encontrará la solución justa como esposa.

### **CASO 9**

1. Bah! Quizás su mujer estaba cansada ayer. Tenga un detalle con ella: es algo que puede arreglar mucho las cosas...
2. Seguro que usted se casó demasiado pronto, sin un suficiente conocimiento y ahora descubre que no están hechos el uno para el otro.
3. ¿No cree que puede todavía salvar su matrimonio? Estoy dispuesto a ver a su mujer, y quizás podríamos intentar una solución los tres juntos.
4. Se siente defraudado por su mujer, ¿verdad?
5. ¿La conocía bien antes de casarse?
6. ¿No cree que son un poco egoístas los dos? En el matrimonio hay que saberse perdonar en muchas cosas...

### **CASO 10**

1. ¿Hay algo que le preocupa de modo particular en su vida?
2. Le gustaría estar segura de que todo irá bien y de que se despertará después de la operación.
3. Pienso que usted tiene la tendencia a ser un poco ansiosa, ¿no es verdad?
4. Señora, no se preocupe. Se despertará y verá cómo estará de pie enseguida.
5. Le tranquilizará mucho el poder organizar sus cosas antes de la operación.
6. Es una preocupación bastante normal antes de la operación, señora.

Escribir en cada recuadro el número de la respuesta elegida como la más parecida a la que usted habría utilizado normalmente en la relación con la persona mayor del caso correspondiente.

Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10

Hacer la propia gráfica marcando con un círculo los números puestos en los cuadros de arriba.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10
<b>A</b>	6	4	6	3	5	1	3	4	6	3
<b>B</b>	2	2	5	5	1	4	2	3	2	6
<b>C</b>	5	1	1	4	3	3	6	6	1	4
<b>D</b>	3	6	2	2	2	6	4	5	5	1
<b>E</b>	1	3	4	6	6	2	1	2	3	5
<b>F</b>	4	5	3	1	4	5	5	1	4	2

Contar en sentido horizontal el número de círculos y ponerlo en la casilla correspondiente a cada letra y donde dice: "puntuación". Su estilo de respuesta es aquel que más puntuación haya obtenido. Sería deseable que predominaran las respuestas "F", que son las empáticas. Lea el comentario que sigue para comprender los límites de cada uno de los estilos y déjese interpelar en función de cuántas respuestas tiene en cada tipo.

**CLAVE**

	Puntuación	Tipo respuesta	Estilo dominante
Respuesta <b>A</b>			
Respuesta <b>B</b>			
Respuesta <b>C</b>			
Respuesta <b>D</b>			
Respuesta <b>E</b>			
Respuesta <b>F</b>			

Comentario sobre los estilos de respuesta:

Existen ciertas tendencias, ciertos tipos de respuesta que tienen un cierto valor, sobre todo si están motivadas por el sano deseo de ayudar al hombre en crisis, pero que

dejan que desear si son las únicas que se utilizan y si no son compaginadas con respuestas que transmitan directamente comprensión<sup>21</sup> y empatía.

R. Mucchielli y otros autores, inspirados en Porter y Rogers, han presentado diversos tipos de respuesta que nos sirven de ayuda para comprender las tendencias a la hora de responder al ayudado<sup>22</sup>:

**A. Respuesta de valoración o juicio moral.** Consiste en expresar la propia opinión en cuanto al mérito, la utilidad o moralidad de cuanto el ayudado comunica. De forma más o menos directiva el agente indica al ayudado cómo debería comportarse. El agente relaciona, pues, la situación expuesta con valores morales considerados válidos para él mismo. Este tipo de respuesta puede hacer sentirse al otro en desigualdad moral, en inferioridad, y producir sentimientos de inhibición, culpa, rebelión, disimulo o angustia.

**B. Respuesta interpretativa.** Al usarla, el ayudante pone el acento en un aspecto del conjunto de los mensajes recibidos y lo interpreta a partir de la propia teoría, indicando cómo debería ser considerado dicho aspecto. Este tipo de respuesta produce la sensación de haber sido mal entendido y puede provocar desinterés, irritación o resistencia al ver que su experiencia es leída con criterios distintos a los propios.

**C. Respuesta de apoyo-consuelo.** El ayudante intenta animar haciendo alusión a una experiencia común o minimizando la importancia de la situación invitando a desdramatizar. Es una actitud materna o paternalista que favorece en el ayudado la regresión y la dependencia o bien el rechazo al ser tratado con piedad. Tiende a minimizar su reacción presentándola como desproporcionada al problema o injustificada. Se intenta animar, pero todo se queda en una solidaridad emocional o en palabras optimistas pronunciadas sin demasiada convicción.

**D. Respuesta de investigación.** Con este tipo de respuesta el ayudante tiende a hacer preguntas para obtener más datos y profundizar en la situación expuesta por el ayudado. Si bien este tipo de intervenciones es necesario, siempre que las preguntas sean abiertas, si el diálogo está hecho de preguntas, se convierte en un interrogatorio más que en una conversación de relación de ayuda.

**E. Respuesta de tipo "solución del problema".** Consiste en proponer al otro una idea o resolución para salir inmediatamente de la situación, indicándole el método, el camino, dándole consejos de carácter definitivo que pondrían fin a su problema y, quizás, también a la conversación. Muchas veces, pues, no es una solución responsable del sujeto y, por tanto, no le satisface, o bien le crea una especie de obligación a adoptarla.

**F. Respuesta empática.** La actitud de comprensión empática se concreta inicialmente mediante la escucha activa. Se comunica también mediante la reformulación de cuanto el ayudante ha comprendido de lo que el otro está viviendo y comunica para verificar que ha sido recibido y entendido bien. Esto tiene importancia especialmente cuando lo que nos comunica el otro es su experiencia interior, sus sentimientos. La respuesta de tipo empático es, probablemente, la menos natural y la menos espontánea de las respuestas indicadas. Al

---

<sup>21</sup> Cfr. CASERA D., "...E si prese cura di lui...", Varese, Salcom, 1984, p. 141.

<sup>22</sup> Cfr. MUCCHIELLI R., "Apprendere il counseling", Trento, Erickson, 1970, p. 36-38. El autor aclara en nota que en 1950 E. H. Porter opuso a la comprensión seis actitudes que Rogers después reagrupó en cinco, las que Mucchielli expone.

que no tiene experiencia, le puede parecer inútil o perjudicial o inadecuada para continuar el diálogo. Pero analizándolo bien, la respuesta empática es el resultado de un proceso activo que requiere una gran atención. Supone concentrarse intensamente en el ayudado, en lo que dice y en lo que no dice, poniéndose en su lugar para ver las cosas desde su punto de vista.

La experiencia nos dice que, con frecuencia, al terminar de hacer este ejercicio, quien ha obtenido un bajo resultado de respuestas empáticas, comienza a razonar a propósito de que la empatía es para cuando las personas se conocen (no al principio), o que este tipo de respuesta resulta ridículo o contraproducente porque sería algo así como “echarle más leña al fuego”.

En realidad, este tipo de reacciones fácilmente pueden reflejar sencillos mecanismos de defensa, como la racionalización o la resistencia a aceptar que el ejercicio, al realizarlo, algo dice de nosotros, aún asumiendo los límites que tiene.

Por otra parte, hay que insistir en que *la necesidad de educarse en el arte de usar respuestas empáticas no tiene como objetivo último convertir todas las respuestas en las que aparecen bajo la forma de “reformulación” o respuesta “F”*. Somos conscientes de que un uso prudente y oportuno de todas las respuestas puede tener su sentido y su utilidad y ser calificado también de “empático” siempre que esté centrado en la persona, no sea directivo y recoja los significados. Hacer un prudente y adecuado uso de los demás tipos de respuesta puede ser adecuado también.

Lo en la relación de ayuda con la persona mayor no es hacer uso únicamente de un tipo de respuestas, sino aumentar el número de respuestas empáticas porque de este modo se comunica comprensión de manera más eficaz y se acompaña al ayudado en una actitud de acogida incondicional que le permite profundizar en su situación y apropiarse de ella, tomando conciencia de su naturaleza como persona que vive una situación muy particular.

#### **4. Responder empáticamente**

La dimensión conductual o comportamental de la empatía no es otra cosa que la escucha activa y la respuesta empática. Escuchar atentamente constituye el modo práctico de entrar en el mundo del otro y ver las cosas desde su punto de vista con el objeto de comprenderlas (no de dar la razón), par intentar ayudar desde la comunicación de la comprensión.

No resulta fácil responder reformulando, puesto que no es un tipo de respuesta que salga espontáneamente. Sin embargo, la reformulación, es decir, la técnica de devolver a la persona mayor de manera sencilla lo que hemos comprendido de lo que está viviendo y ha comunicado, constituye un modo privilegiado de acompañar en los momentos en que éste se narra a sí mismo en aspectos difíciles.

No tendría sentido reformular siempre, responder empáticamente siempre. En muchas relaciones con personas mayores en residencias, aunque éstos se encuentren muy mal, lo que se requiere es naturalidad en la conversación, sencillamente. Preguntan la hora, piden ser acompañados al servicio, comentan un programa de televisión, etc., y las conversaciones se producen con toda la naturalidad y espontaneidad, sin requerir de una particular técnica que permita vehicular una empatía avanzada.

Sin embargo, hay numerosas situaciones en las que el mayor requiere ser acompañado específicamente en el manejo de problemáticas emocionales, relacionales, espirituales, etc., y se entablan entonces conversaciones que requieren expertía en el manejo del mundo interior; expertía que no ha de ser ajena a todo cuidador (incluso familiar), que debería formar parte del acervo normal de los conocimientos y habilidades para las relaciones en medio de la vulnerabilidad.

Reiterar, repetir palabras clave, sencillas, o las últimas pronunciadas por la persona mayor; dilucidar o poner orden en los temas que el otro nos está contando, haciendo síntesis y mostrando comprensión; devolver el fondo emotivo experimentado por el mayor poniéndole palabras a los sentimientos para que perciba que es captado a nivel emocional, son diferentes formas de responder empáticamente.

En realidad, una respuesta es empática cuando comunica comprensión de manera facilitadora y centrada en la persona. A veces la comprensión será de posibles contradicciones, con lo cual no es una superficial comprensión que pudiera expresarse en “pobrecita, te comprendo”, sino la devolución del significado único y personal de lo comprendido.

Comprender, en el fondo, no es un acto solamente de la inteligencia intelectual, sino que participan los afectos, el corazón del que escucha, que vibra con la otra persona. La empatía, como toda actitud, tiene su dimensión cognitiva, afectiva y conativo-conductual. Se ha de traducir, pues, en respuesta. Su puesta en escena transforma honda y radicalmente muchos de los estilos más espontáneos y a los que nos hemos referido más arriba.

#### **- Caso: Conversación con Laura**

*Laura tiene 71 años, está ingresada en la residencia, es perfectamente consciente de su situación. No puede comer por sí misma si no se le colocan bien cerca las cosas. Está en la Unidad de Cuidados Paliativos del Centro para personas mayores.*

- A.1 Buenos días. ¿Cómo estás, Laura? (Mientras entro en la habitación y dejo la bandeja del desayuno encima de la mesilla y le coloco todo para que pueda desayunar).
- B.1 Mal. Yo ya me quiero morir.
- A.2 ¡Ahh! Mmm. ¿Por qué dices eso, Laura?
- B.2 ¿No lo ves? Estoy en cama, no me puedo mover y tengo muchos dolores.
- A.3 (Pausa) Imagino que para ti debe ser muy difícil esta situación.
- B.3 Ya no tengo ganas de nada más que morirme. ¿Por qué no me moriré, Dios mío?
- A.4 (Silencio) Quieres que todo se acabe ya, ¿verdad? (Silencio) Mientras llega el momento, ¿crees que te podemos ayudar en algo para que tú te encuentres mejor?
- B.4 No sé... Me encuentro sola. Tengo miedo.
- A.5 Tienes miedo...
- B.5 (Silencio) Sí, tengo miedo a que mi familia no llegue a tiempo para despedirme de ellos, a que se olviden de mí...
- A.6 (Asiento con la cabeza) Laura, ¿les has contado esto a ellos?
- B.6 No. Pienso que dirán que es una tontería, que no diga bobadas.

- A.7 Temes que no te tomen en serio y no te escuchen. Es cierto que pueden rechazar esta idea, pero aunque así lo hicieran, ¿qué pasaría? Todavía tendrías la oportunidad de insistir y decirles que quieres hablar con ellos. ¿Cómo lo ves?
- B.7 No lo sé... Es todo tan difícil. ¿Por dónde empezar?
- A.8 Complicado, ¿verdad? ¿Por dónde se podría empezar? ¿Podrías decirles cómo lo estás llevando, cómo te sientes... así, con naturalidad?
- B.8 Si es que casi nunca hablamos de cosas de estas cosas. Hacemos como si nada pasara. (Lo dice con tristeza).
- A.9 Pues a lo mejor ahora es buen momento para intentarlo... Quizás ellos también necesiten expresarte cómo se sienten. ¿Qué crees?
- B.9 Tal vez. Creo que voy a intentarlo, porque yo así no estoy bien. Estoy como solo, aunque estén ellos conmigo.
- A.10 Y si hablas... quizás el sentimiento cambie...
- B.10 Sí, tengo que hablar con ellos. Esta tarde, cuando vengan, les diré cómo estoy, que me siento al final, y les tengo que agradecer muchas cosas...
- A.11 Me alegro, Laura. Estoy seguro de que aunque te resulte difícil, puede ser un momento importante en vuestra relación. Que aproveche el desayuno, Laura, ¡ánimo!
- B.11 Hasta luego y gracias.

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- Valorar el estilo de relación en esta entrevista. Constatar cómo está presente la dimensión conductual de la empatía bajo forma de respuestas de tipo reformulación, aunque no sean todas ni las únicas.
- Identificar ventajas y resistencias que podemos experimentar para entablar relaciones empáticas con las personas necesitadas de ayuda.
- Reflexionar y compartir sobre cómo solemos intervenir en situaciones semejantes a la que se presenta en esta conversación.

## CAPITULO III

### LA ESCUCHA ACTIVA CON PERSONAS MAYORES

Si de algún modo privilegiado se traduce prácticamente la empatía es en la escucha activa. Ni siquiera la respuesta puede ser calificada de empática si no se ha producido una atenta escucha activa.

Escuchar a las personas mayores, verdaderos pozos de sabiduría y de experiencia, es un acto noble de reconocimiento. Pero no está exento de algunas dificultades. Sobre ello reflexionamos de manera práctica en este capítulo.

#### 1. Sentido de escuchar

El fundamento de la empatía es la humildad, la disposición a entablar relaciones horizontales donde la piedra angular es la escucha. La capacidad de ponerse en el lugar del otro, de comprender su experiencia, de ver desde su punto de vista, de captar el mundo de los significados, pasa necesariamente por la escucha atenta de su experiencia.

El poder que tiene la escucha en medio de la fragilidad es inconmensurable. Se podría decir que la escucha alumbró en la oscuridad, mata la soledad, anula el aislamiento y la exclusión, sana muchas heridas del corazón, integra en la comunidad, es puente para la comunión, satisface la necesidad de ser reconocidos y estar vivos.

Es conocida la historia del rabino y el discípulo que dice así:

- ¿Cómo sabemos que la noche ha terminado? –preguntó un viejo rabino a sus discípulos?
- ¿Es cuando miras un árbol lejano y ves que es un manzano y no un peral? –preguntó un discípulo.
- No –contestó el rabino.
- ¿Es cuando las estrellas se desvanecen y el cielo comienza a aclarar? –preguntó otro.
- No –dijo el rabino.
- ¿Quizá sea cuando la luz domina en la oscuridad? –preguntó un tercero.
- No –respondió el rabino.
- Entonces, ¿cuándo termina la noche? –preguntaron los estudiantes al unísono.
- Cuando miras el rostro de cualquier hombre o mujer y ves que es tu hermano y tu hermana. En ese momento la noche termina –dijo el rabino-. Si no puedes ver esto, la oscuridad reina en el mundo.<sup>23</sup>

Así sucede con la escucha. Cuando una persona es “mirada en el rostro”, acogida en su experiencia, recogida en su verdad, atendida en su momento concreto, la luz se hace en

---

<sup>23</sup> Se conocen diferentes versiones. Esta la transcribimos de CIARAMICOLI A., “El poder de la empatía”, Buenos Aires, Ediciones B Argentina, 2000, p. 246.

ella, alguna chispa surge y mejora su calidad de vida. No dudamos en decir que la escucha sana,<sup>24</sup> libera, genera salud en todas las dimensiones de la persona.

Sentirse escuchado no es una simple y superficial caricia positiva, sino una situación comprometedor, porque el que se siente escuchado se encuentra, por el mismo motivo, con su propia verdad, incluso cuando miente. Sentirse escuchado compromete en el afrontamiento de las propias dificultades, en la exploración de lo que está en juego, en la toma de conciencia de los sentimientos que desencadena, de los significados únicos que uno experimenta al hilo de los hechos. Sentirse escuchado lleva por el sendero de recorrer la propia historia, la propia vida, invita a poner orden, a desenredar, a dar nombre a personas y cosas que pueden constituir elementos que hacen sufrir. Sentirse escuchado permite narrar y narrar no es sólo buscarle un sentido a la vida, sino también ponérselo al tiempo que se busca.

Escuchar es comunicar interés, mostrar deseo de que la persona del otro experimente que está siendo acogida. Por eso, se escucha con todos los sentidos, con los oídos, pero es mucho más que oír, porque la mayor parte del mensaje se nos comunica a través del lenguaje no verbal. Se escucha con la mirada; ésta tiene mucho poder para recoger mensajes, para captar significados. Y se escucha con el silencio, con el silencio interior, el silencio intrapsíquico, el que se requiere para hacer espacio y que el otro “entre en mí”.

Si escuchar es difícil, lo es porque se requiere mucha energía para salir de sí y entrar en el otro, para liberarse de prejuicios y superar los numerosos obstáculos que sentimos: desde la ansiedad a la superficialidad, de la tendencia a dar respuestas hechas a los prejuicios o fáciles moralizaciones o consejos que espontáneamente nos vienen.

La escucha atenta compromete a toda la persona. Compromete al lenguaje no verbal de quien quiere acoger significados, compromete al tono de voz, a su modulación, a su velocidad, a los movimientos corporales, a la expresión del rostro y el contacto visual, a la dirección del cuerpo y el manejo de los sentimientos.<sup>25</sup>

### **Caso: Hablando con Aurelia**

*La conversación tiene lugar con una señora de 73 años que esta mañana se ha mareado y se ha caído al levantarse. Tiene un fuerte golpe en el costado izquierdo y le duele mucho, aunque el médico le ha dicho que no tiene ninguna costilla rota.*

- A.1    Hola, ¿qué tal?  
B.1    Bueno, mal. Me duele todo.  
A.2    Pero ¿qué ha pasado?  
B.2    Nada, que me he levantado y enseguida estaba en el suelo, y me dolía todo.  
A.3    ¿Qué te has hecho?  
B.3    Me he golpeado las costillas. Me duele aquí, debajo del corazón, pero el médico dice que no están rotas, que no me preocupe. Pero a mí me duelen y yo creo que están rotas.

---

<sup>24</sup> Cfr. BERMEJO J.C., “La escucha que sana. Diálogo en el sufrimiento”, Madrid, San Pablo, 2002.

<sup>25</sup> Cfr. CIAN L., “Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud”, Madrid, El Sevier, 2003, pp. 99-103.

- A.4 Pues si el médico te ha dicho eso, estate tranquila, que seguro que no es nada. No te preocupes que ya verás cómo te recuperas pronto.
- B.4 Ya tengo muchos años; ya estoy mayor; ya tengo la muerte cercana.
- A.5 Venga, no te preocupes, que sólo ha sido un susto. Ahora debes tomártelo con calma, que seguro que te empiezas a sentir mejor en poco tiempo.
- B.5 Sí, sí, pero si yo ya soy muy mayor. Ya no hay tiempo...
- A.6 No es bueno que te resignes; lo que tienes no es grave. Lo único que pasa es que es doloroso, pero verás cómo en poco tiempo se cura.
- B.6 Y qué más da que me cure en poco tiempo de esto, si después será por otra cosa por lo que sufra.
- A.7 Mujer, no tienes que ponerte así. La vida hay que vivirla y hay que animarse.
- B.7 Sí, sí, pero a mí ya me queda poco. Soy muy mayor y no hago más que sufrir. Una después de otra.
- A.8 Bueno, mujer, te dejo. A ver si te animas un poco.
- A.8 Ay, qué fácil es decirlo. Adiós.

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- Reflexionar sobre las intervenciones A.4, A.5, A.6, A.7 y A.8 constatando la dificultad que muestra el ayudante para escuchar y cómo la maneja.
- Sustituir las intervenciones indicadas por respuestas que muestren efectivamente una acogida de la experiencia que Aurelia está viviendo.
- Leer seguidas sólo las intervenciones de Aurelia, sin las del ayudante y escribir después cuanto se haya captado de su experiencia, distinguiendo entre “hechos” o “datos”, sentimientos y significados. El objetivo es tomar conciencia de que escuchar implica recoger también “lo que no se dice”, los sentimientos que pueden habitar a quien se expresa y los significados que las cosas tienen para la persona.

## **2. Cuando la escucha se hace difícil: la reminiscencia**

La reminiscencia es la tendencia que tienen las personas (las mayores especialmente) a recordar su vida pasada. Es la acción de representarse u ofrecerse a la memoria el recuerdo de una cosa que pasó, la facultad con la que traemos a la memoria aquellas imágenes de que estamos trascordados o que no tenemos presentes.

Existen programas de estimulación para personas mayores que consisten justamente en el uso de la reminiscencia facilitada mediante fotografías u otros objetos que permiten evocar el propio pasado con el fin de reforzar el sentido de la propia identidad.

Algunas personas mayores traen a la memoria imágenes que en su vida se quedaron muy grabadas por su grado de significatividad y con mucha frecuencia las repiten. Cuando esto sucede algunos piensan que se trata de una manía de la vejez. Sin embargo, aún aceptando que hay personas que la vuelta al pasado se convierte en obsesiva, hay que comprender que a medida que se envejece se pertenece en mayor grado al pasado, por lo cual algunos gustan de volver con mucha insistencia a hechos relevantes del mismo.

El mismo Aristóteles decía que “los ancianos viven más de la memoria que de la esperanza, porque el tiempo que les queda por vivir es muy corto en relación con su largo pasado”.

La reminiscencia, incómoda para algunos cuidadores que no hacen más que escuchar una y otra vez la misma historia como quien escucha un disco rayado, puede tener una utilidad terapéutica, y entonces se habla de “reminiscencia de crecimiento”. Permite reconstruir a la persona, favorece el sentimiento de identidad y de continuidad con su propio pasado. Si la persona mayor no la utiliza, el mismo cuidador la puede promover. Y cuando la persona mayor repite con insistencia la misma historia, la estrategia sería comprender la demanda actual y siempre nueva: “necesito sentirme reconocido”, probablemente por sí mismo, además de por quien le escucha.

Por eso, escuchar a quien cuenta siempre lo mismo consiste en ser capaz de captar la necesidad actual: “ahora, ante ti, necesito ser alguien, y soy el que tiene pasado y lo evoca: acógelo”. Incluso el que lo oye puede completar la narración, terminar las frases, provocar el gusto de recordar en lugar de considerar a quien así se expresa como “un pesado”.

En el fondo, este tipo de reminiscencia:

- \* Permite revisar el conjunto de su vida como un todo que se expresa en su culminación actual.
- \* Permite percibir su unicidad e individualidad que continúan hasta hoy.
- \* Permite resolver los conflictos no solucionados del pasado y reconciliarse con las sombras.

Puede tener también un cierto carácter de huída en relación al estrés provocado por las disminuciones del envejecimiento (ir al pasado incluso fabulando). En este caso, una respetuosa confrontación será oportuna en la relación con la persona mayor.

Existen programas con personas mayores que trabajan con la reminiscencia, invitándoles expresamente a cultivar el recuerdo mediante el uso de fotografías de la propia historia. Compartir las fotografías con los compañeros y hablar de lo que éstas representan supone una estrategia terapéutica que estimula la memoria y refuerza el sentido de identidad, además de facilitar las relaciones interpersonales, particularmente para las personas institucionalizadas o que comparten horas en Centros de Día u otros lugares de encuentro.

#### **- Caso: Daniel y su cumpleaños**

*Daniel es un paciente de 72 años que ha ingresado en la unidad de hospitalización hace tres días procedente de su domicilio. Ha tenido un ingreso hospitalario previo hace dos meses en una unidad de cirugía para intervención quirúrgica abdominal. Se ha resistido al ingreso por preferir permanecer en casa. El diagnóstico a su ingreso es cáncer gástrico en fase terminal y los principales objetivos del cuidado son: control del dolor y de vómitos. No conoce en estos momentos aspectos concretos sobre su diagnóstico y su pronóstico.*

- A.1 Buenos días, Daniel. Tengo algo que darte. Espero que sea una sorpresa para ti, aunque no nos habías comunicado nada, eh?
- B.1 Hola, mujer. Ya me han duchado.
- A.2 Ya. Eso ya lo veo, porque estás muy limpio y hueles muy bien.
- B.2 Sí, es que todos me tratan muy bien.

- A.3 Eso es un gran halago. Pero ¿no tienes curiosidad por la sorpresa?
- B.3 Bueno sí. (Se encoge de hombros). Pero es que como todos los días me preguntas que cómo me siento...
- A.4 Cierto, y es verdad. Es que hoy no te he preguntado. Pero me daba tanta alegría felicitarte... ¿Sabes qué día fue ayer?
- B.4 ¿Qué día fue ayer?
- A.5 21 de enero, ¡tu cumpleaños! Y ¿sabes qué? Aquí te traigo una felicitación de todo el equipo y de la dirección del hospital.
- B.5 No me acordaba. La verdad. Para mí ya todos los días son iguales. (Se emociona y se le humedecen los ojos. Le cojo la mano y se la sostengo).
- A.6 Te has emocionado un poquito, ¿verdad?
- B.6 Sí, aunque uno ya está muy mayor para eso.
- A.7 Entiendo que lo que me dices es que la edad va a la par con la emoción que puedas sentir. Pero ¿por eso no puedes sentirte alegre o triste?
- B.7 ¡Ah! Pero son tan pocas las cositas que me hacían ilusión y ya no puedo hacer... Mira. Yo llevo ya bastantes años sin trabajar porque me jubilé pronto, pero siempre he hecho mis cositas. Lo que más me gusta es hacer cosas con mis manos. Siempre hacía una cruz bien hermosa para celebrar el Día de la Cruz. Y eran tan bonitas que hasta el alcalde del pueblo siempre venía a verlas. Este año tenía el diseño de una preciosa; estaba haciendo una concha gigante para envolver a la cruz que estaría en el centro, ¿sabes...? Como si saliera de la concha. Pero no creo que este año la pueda acabar... (se le humedecen de nuevo los ojos). Ya no entraba en concurso porque siempre ganaba yo el premio.
- A.8 (Me siento a su lado al borde de la cama). Creo que realmente estás preocupado y me gustaría que me contases el porqué, si te apetece.
- B.8 Bueno. Yo sé que no estoy bien, porque aunque me han operado y me dijeron que todo salió bien, lo cierto es que no puedo mantener lo poco que como. Yo antes no era así de flaco y me estoy quedando en los huesos... (Se hace un silencio enorme) Y... noto que las energías se me acaban. (Se hace otro silencio). ¿Para qué Dios me hace sufrir tanto?
- A.9 No sé qué decirte, Daniel. ¿Crees que hay algo más que yo pueda hacer por ti o que te apetezca compartir para que te puedas sentir mejor?
- B.9 No. Si ya te dije que aquí todos se portan muy bien conmigo, pero es así y nada más. Yo ya sé que me queda poquito, mujer.
- A.10 Imagino que muchas veces no tendré la respuesta a lo que me puedes preguntar, pero me gustaría que supieras que estoy encantada de compartir contigo este momento y con mucho gusto te volvería a escuchar cada vez que me lo pidieras. Te voy a dejar la tarjeta en la mesita de noche. (Después de leérsela). No dudes en llamarme si me necesitas.
- B.10 Gracias.
- A.11 ¡Ah! Se me olvidaba decirte un secreto, Daniel. Ayer también fue mi cumpleaños. (Me levanto para irme).
- B.11 (Me da un beso en la mano). Felicidades.
- A.12 Hoy te traerán una bandeja especial en el almuerzo. Ya me dirás si te gusta. Y ahora tengo que seguir haciendo mis cosas. No dudes en llamarme.

(Daniel falleció a los siete días de su cumpleaños).

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- Volver al pasado, como hace Daniel en esta entrevista, favorece la presentación ante sí mismo y ante el cuidador, de la propia identidad. Reflexionar cómo sucede esto en las personas con las que el lector se encuentra habitualmente.
- Cuando una persona vuelve al pasado en situación de especial vulnerabilidad puede estar elaborando también la despedida. Reflexionar sobre ello y sobre cómo manejarlo en la relación de ayuda de manera eficaz.
- Cuando el anciano cuenta siempre lo mismo, de manera reiterada, el mensaje es siempre nuevo: “yo, ahora, aquí, contigo, soy alguien que tiene pasado”; reflexionar y compartir sobre las dificultades y estrategias oportunas para manejar esta situación.

**- Cuento: ¿Me podrías vender una hora de tu tiempo?**

La noche había caído ya. Sin embargo, un pequeño hacía grandes esfuerzos para no quedarse dormido; el motivo bien valía la pena: estaba esperando a su papá.

Los traviesos ojos iban cayendo pesadamente, cuando se abrió la puerta; el niño se incorporó como impulsado por un resorte, y soltó la pregunta que lo tenía tan inquieto:

- Papi, ¿Cuánto ganas por hora? -dijo con los ojos muy abiertos.

El padre molesto y cansado, fue tajante en su respuesta:

- Mira hijo, eso ni siquiera tu madre lo sabe, no me molestes y vuelve a dormir, que ya es muy tarde.

- Sí, papi, sólo dime una cosa: ¿Cuánto te pagan por una hora de trabajo? Reiteró suplicante el niño.

Contrariado, el padre apenas abrió la boca para decir: - veinte euros.

- Pá, ¿me podrías prestar diez euros? —preguntó el pequeño.

El padre se enfureció, tomó al pequeño del brazo y con tono brusco le dijo:

- Así es que para eso querías saber cuánto gano, ¿no? Vete a dormir y no sigas fastidiando, muchacho aprovechado.

El niño se alejó tímidamente y el padre, al meditar lo sucedido, comenzó a sentirse culpable: —tal vez necesita algo, pensó—, y queriendo descargar su conciencia se asomó al cuarto de su hijo y con voz suave le preguntó:

- ¿Duermes hijo?

- Dime papi, respondió entre sueños el niño.

- Aquí tienes el dinero que me pediste.

- Gracias papi —susurró el niño mientras metía su manita debajo de la almohada, de donde sacó unos billetes arrugados. ¡Ya completé! -gritó jubiloso— Tengo, veinte euros—, ahora papá: ¿Me podrías vender una hora de tu tiempo?

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- Reflexionar sobre la escucha a las personas mayores a la luz del cuento. Cuáles son los obstáculos más frecuentemente experimentados para dedicar tiempo a escuchar a los mayores.

- La observación de la limitación del tiempo y lo mucho que tenemos que hacer ¿hasta dónde nos lleva a “hacer lo que no queremos” o “lo que no debemos”?
- Si tuviéramos que re-estructurar la gestión de nuestro tiempo, ¿cómo modificaríamos el tiempo que dedicamos a la escucha a las personas significativas en nuestra vida o a las personas a las que cuidamos?

### **3. Escuchar, algo más que oír**

Cuando hablamos de la importancia de la escucha nos referimos a la verdadera acogida de los significados que la persona vive. No se trata necesariamente de sentarse a entablar largas conversaciones (que pueden cumplir su función para la persona mayor y pueden estar de la mano de animadores socio-culturales o de voluntarios), cuanto de promover la atenta acogida de la experiencia del mayor.

Una de las observaciones que más surgen cuando se habla de la escucha es la dificultad experimentada por tener poco tiempo, sobre todo los cuidadores, auxiliares, enfermeros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc. En realidad no se trata exclusivamente de dedicarle tiempo expreso al diálogo con la persona mayor, particularmente en las residencias, cuanto de escuchar también mientras se realizan otras tareas, es decir, mantener viva la actitud de la acogida de los significados.

En efecto, mientras se ducha a una persona, se la viste o se limpia su habitación, la relación puede tener tintes diferentes. Puede ser moralizante o estar impregnada de frases hechas con las que nos escapamos de las dificultades que la persona mayor nos presenta, o por el contrario, puede estar coloreada de empatía traducida en escucha de sentimientos y significados.

Para que la verdadera escucha se produzca, es necesario ser capaz de dar el salto de “captar datos”, enterarse “de lo que el otro dice”, al “comprender sentimientos” y “hacerse cargo de significados”.

Los sentimientos y significados son únicos para cada persona. Tener la sensación de que alguien es capaz de llegar allí donde uno experimenta que las cosas tienen un sentido personal, produce la grata sensación de sentirse acogido en lo más hondo de sí mismo.

El agente de salud o social, ayudante de las personas mayores, deberían tener la habilidad de discriminar entre datos o hechos y sentimientos y significados. Mientras los cuidadores prestan sus servicios, acogerán, de esta manera, la experiencia de la persona, particularmente en los aspectos que hacen sufrir, liberando buena parte del sufrimiento y dando calidad a la relación. Si una persona mayor dice, por ejemplo “hace mucho tiempo que no vienen mis hijos a verme”, los datos podríamos decir que son esos mismos: “hace mucho tiempo que no vienen mis hijos a verme”, mientras que los sentimientos y significados pueden ser: “me siento solo”, “me siento abandonado”, “siento que no importo ya a mi familia”, “he perdido lo más significativo que me quedaba”, “me siento defraudado por la vida, por los seres queridos”, etc. Escuchar significa acoger lo que está detrás de las palabras. Sólo se puede hacer prestando verdadera atención, lo cual no requiere necesariamente invertir el tiempo del que quizás no se dispone.

**- Caso: Hablando con Carmen**

*Carmen tiene 73 años, está ingresada en el hospital. Normalmente vive con su hermana y a ambas las cuidan una joven latinoamericana que va unas horas al día para ayudarlas en las actividades necesarias. Tiene un hijo médico, casado, que viene a verla pero no está mucho tiempo. La siguiente conversación la mantengo como agente de pastoral después de que la supervisora de la planta me haya preguntado si conozco algo de la situación familiar puesto que nadie pregunta por su evolución. Después de visitar a la compañera de habitación, me dirijo a ella.*

- A.1 ¡Buenos días, Carmen! ¿Cómo estás? Hoy te veo con los ojos abiertos y despierta.
- B.1 ¡Estoy muy enfadada! (Con el pulgar indica al cielo y acompaña con sus gestos a este signo). ¡Me gustaría tener una pistola!
- A.2 Lo siento, Carmen, pero yo no la tengo y no te la puedo facilitar, pero si te puedo ayudar en algo, aquí me tienes. Para empezar, si quieres hablar, estoy dispuesto a escucharte.
- B.2 Veo que no mejoro, que no hay manera de salir adelante. No me voy a curar y... ¡creo que Dios no se está portando bien conmigo! Le he rezado mucho para no estar enferma, para no dar faena y... no me ha hecho caso. Ahora ya no le rezo.
- A.3 Te veo muy enfadada con Dios porque no ha escuchado tus peticiones... pero de todas formas, la oración no es sólo para pedir, también ayuda a entender la vida y a descubrir lo que puedo hacer. Puedes presentarle tus quejas, aliviarte de lo que te está pasando, y, tal vez así, descubras que algo puedes hacer en tu situación. Si puedes decir qué es lo que más te preocupa, igual puedes descubrir que algo puedes hacer, antes de tener que “utilizar la pistola”.
- B.3 (Se gira, mira a la ventana y dice:) Estoy muy sola y creo que no voy a poder irme a casa. Si pudiera recuperarme un poco y valerme por mí misma; pero así, en estas condiciones, no puedo irme a casa.
- A.4 ¿Vives sola? ¿No tienes familia?
- B.4 No. Sí tengo familia; vivo con una hermana, pero ya es mayor y ella no está en condiciones de venir aquí. Ella tiene una chica que la ayuda y que, a mediodía, la deja sola para venir a darme a mí la comida. Pero en casa está sólo unas horas, después ella se va. Por la tarde se va y nos quedaríamos las dos solas por toda la noche. Y si yo no puedo valerme por mí misma, ella no me puede atender, porque también está enferma... ¡la vida es un asco! Yo me he pasado la vida cuidando a mi madre hasta los noventa años, sin que nadie me lo pidiera. ¡Era mi madre y yo tenía que atenderla! Y ahora estoy aquí completamente sola. No es justo.
- A.5 Carmen te sientes sola aquí, en el hospital; el día se hace muy largo y te preocupa que te puedan enviar a casa sin que te puedas valer por ti misma y ser una carga para tu hermana.
- B.5 Sí, aquí, al hospital viene la chica que atiende a mi hermana, pero viene sólo a la hora de darme la comida y enseguida se va. Con mi madre yo estaba siempre a su lado; la estuve cuidando hasta que se murió y lo hice porque tenía que hacerlo y además muy a gusto. Yo pensaba que a mí también me pasaría lo mismo, pero veo que es muy diferente. Veo que o me recupero, que los médicos quieren enviarme a casa. Pero yo no tengo fuerzas. ¡Sería un auténtico desastre! Mi hermana que está casi peor que yo y yo sin poder valerme. ¿Cómo nos íbamos a apañar?
- A.6 Pero Carmen, tú has dicho que necesitas a alguien a tu lado. ¿Has intentado encontrar una salida a esta situación? Tal vez esa chica podría estar más tiempo contigo o... Porque en ocasiones no digo lo que necesito y espero que otros me adivinen lo que me está pasando y si no lo hacen, me quejo...

- B.6 Tengo también un hijo, que es muy bueno conmigo, ¿sabes? Es médico y trabaja en X. viene todos los días a verme (se le ilumina la mirada y muestra lo orgullosa que está de él). Pero está casado, tiene su mujer y sus hijos y claro, no me puede dedicar mucho tiempo. ¡Bastante hace con venir todos los días un rato, cuando acaba de trabajar! ¡No le puedo pedir más!
- A.7 Carmen, ¿Sabes que la supervisora me acaba de preguntar que si yo sabía si tenías familia? Porque el médico quería hablar con alguien de tu familia para informarle.
- B.7 Cuando venga hoy, le diré lo que me has dicho, pero ¿dónde puede encontrar al médico?
- A.8 El es médico y debe saberlo, pero no creo que tenga ninguna dificultad para encontrarle; de todos modos, cuando venga, que se acerque al control de enfermería y así se soluciona. Y volviendo al tema de que estás todo el día sola, ¿podrías hablar con tu hermana y arreglaros mejor con esa chica que os atiende a las dos?
- B.8 Las dos tenemos una pensión y nos arreglamos bastante bien, pero estas chicas cuestan mucho dinero. Y serían muchas horas para una sola. De todos modos, algo tendré que hacer, porque de momento no me muero, que es lo que me gustaría para no dar faena. Porque yo siempre he querido morirme sin dar trabajo, sin depender de nadie.
- A.9 Sí, Carmen, ese es un deseo muy normal en algunas personas mayores, no ser una carga, no tener que depender de nadie, pero creo que hoy por hoy es una decisión que no está en tus manos ni en las mías.
- B.9 Sí, es verdad, aunque ¿sabes? Yo ya lo tengo todo hecho, ya no hago falta, ya he hecho mi vida. Y sufrir tanto... para no llegar a ponerme buena, creo que no vale la pena.
- A.10 La verdad es que no tengo una respuesta a lo que me estás diciendo, Carmen. Yo no sé cuándo una persona ya lo tiene todo hecho o le queda algo por hacer, pero sí sé que cada día, con tu permiso, voy a venir a visitarte, a saludarte y ver si deseas contarme algo. También me parece muy importante que evites el dolor y que les digas a los médicos cómo lo llevas.
- B.10 Sí, eso voy a hacer.
- A.11 Bueno, pues ¡hasta mañana, entonces!
- B.11 Hasta mañana, y gracias por este ratito.

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- Tras la lectura de la conversación, identificar, discriminando en tres listas distintas lo que son datos referidos, lo que son sentimientos expresados o captados por el visitante y lo que son significados comprendidos de la experiencia de Carmen.
- Si existe la posibilidad, en parejas, hacer el siguiente ejercicio: una persona habla de algo que le preocupa y la otra escucha (en silencio total) durante cinco minutos. Al terminar, el que ha escuchado escribe cinco o diez palabras que se refieran a hechos o datos de lo que ha escuchado, cinco o diez palabras que se refieran a sentimientos percibidos relacionados con lo narrado o experimentados mientras se expresaba y cinco o diez palabras relativas a significados comprendidos de la experiencia de lo narrado en los cinco minutos. Después devolvérselo al otro sin comentarlo y preguntarle si se ha sentido escuchado o si algo importante quedó fuera de estas tres listas de palabras-síntesis.
- Reflexionar sobre qué sentimientos y significados nos cuestan más recoger mediante la escucha y por qué. Intentar identificar alguna pista para afrontar esta dificultad para la escucha.

## **CAPITULO IV**

### **LA RELACION CON LA PERSONA CON ALZHEIMER**

El fenómeno de la demencia no es nuevo. Las primeras descripciones de la demencia senil se remontan a la antigüedad: ésta fue motivo para invalidar un testamento para Solón 500 años a. J.C. y después para Platón, 350 a. J.C., entre otros ejemplos.

En el siglo II, Galeno incluye por primera vez la demencia senil entre los trastornos mentales. Sin embargo, hay que esperar a 1905 a que Klippel y Lhermitte separen las demencias con lesiones vasculares de las demencias seniles puras no ateromatosas, y a 1907 a que Alois Alzheimer, psiquiatra y anatomopatólogo alemán publique un estudio donde demuestra la existencia de conglomerados intraneuronales, fibras anómalas que coexistían con placas seniles y que harán que en 1910 Kraepelin introduzca en su Manual de psiquiatría la degeneración neurofibrilar que denomina enfermedad de Alzheimer.

Pero la enfermedad es considerada poco frecuente hasta los años 60. En 1970 se celebró en Londres el primer congreso mundial sobre la enfermedad de Alzheimer y las demencias seniles y esta fecha coincide con el inicio de la toma de conciencia por el público general del alcance del fenómeno social.

El respeto a la vida que de forma tan patente se percibe en quien asiste a los mayores, particularmente en los mayores que padecen Alzheimer, cuyos rostros nos revelan una vida débil y que se acerca a su fin, es uno de los signos más valiosos de una cultura que, además de buscar la felicidad, la comodidad, la eficacia y la eficiencia de la técnica, mira a sus raíces, mira a sus mayores y les dedica atención y respeto, les cuida y se responsabiliza de paliar sus carencias y debilidades.

El ideal de autonomía del paciente, de responsabilización en el proceso terapéutico, tan exaltado hoy en la reflexión y en una cierta práctica médica, se debe acomodar a una situación en la que la autonomía es escasa o está en crisis, la vida se confía a los valores de los demás y la debilidad física propia de la persona mayor se hace interpelación para quienes, como en otros frentes, luchan por "conservar la especie".

#### **1. Algunas claves para la comunicación**

La enfermedad de Alzheimer nos interpela como todas las demás, pero ésta de una manera particular por el deterioro progresivo de las capacidades que permiten ser autónomo en las actividades de la vida diaria y quizás de modo particular por el deterioro progresivo a nivel cognitivo. Perder la memoria, cuando se es muy mayor constituye, sin duda, perder uno de los mayores tesoros.

Parece que la relación con una persona con deterioro cognitivo nos interpela de modo especial, suscita en nosotros sentimientos contrarios: de ternura por un lado, de confusión e incomodidad por otro. Sentimientos que hacen que la relación con los pacientes se haga particularmente difícil y se den cita en ella no sólo la necesidad de conocimientos técnicos y específicos sobre la enfermedad, sino también habilidades relacionales y actitudes para cuidarlos con competencia ética.

La presencia creciente de enfermos de Alzheimer en las cada vez más numerosas personas mayores, impone la revisión de muchas ideas y constituye un reto para los cuidados socio-sanitarios profesionales y para los cuidados familiares. La enfermedad crónica y la enfermedad en la vejez, lanza múltiples desafíos diferentes a los del tratamiento de la enfermedad aguda.

¿Cómo relacionarse concretamente con estos pacientes cuando parece que uno de los problemas más importantes que padecen es la dificultad a relacionarse con racionalidad? ¿Cómo relacionarse con quien no entiende o con aquel a quien no entiendo? ¿Cabe indicar algunas pistas que ayuden en las dificultades?

Pistas o indicaciones las hay. Algunas de ellas ya serán conocidas, otras quizás menos. En todo caso, las pistas para la comunicación no anulan las dificultades ni el sufrimiento que genera la relación con una persona con Alzheimer, particularmente cuando es un familiar. Son indicaciones para intentar generar bien en los cuidados. Las dificultades no son eliminadas; las impone la enfermedad.

Indicamos algunas:<sup>26</sup>

- La persona con Alzheimer, cuando habla, puede tener dificultad para encontrar la palabra y nombrar objetos a los que quiere referirse o que necesita. A veces padece anomia (dificultad para encontrar la palabra deseada), parafasias (sustitución de una palabra por otra que tiene similitud fonética o semántica (banana por patata, cuchara por tenedor, por ejemplo) y circunloquios (en lugar de decir la palabra, el paciente explica la función y origen de la misma). Una habilidad práctica y útil, en estos casos, consiste en pedirle (si es posible) que indique con el dedo y entonces nombrarlas el cuidador en su lugar, o bien darle pistas –sin jugar a adivinanzas- para estimular la memoria y retrasar el efecto degenerativo, ayudando al paciente a encontrar la palabra deseada.<sup>27</sup>
- Algunas veces el enfermo utiliza frases incompletas o entrecortadas, o bien largas exposiciones contradictorias. Resulta útil devolver algún significado, algún mensaje o algún sentimiento captado, reformulándolo de manera sencilla y clara.
- Dado que la comprensión verbal también se ve alterada, el enfermo puede confundir las preposiciones y las conjunciones. (y, o, a, pero, etc.), incluso desde la primera fase de la enfermedad. Por eso, además de asegurarse de que ha oído bien, es necesario indicarle las cosas de una en una. Por ejemplo, no pedirle un vaso o una taza (traerá fácilmente las dos cosas), sino pedirle concretamente lo que deseamos.

---

<sup>26</sup> Algunas de estas indicaciones las señalábamos también en: BERMEJO J.C., “Cuidar a las personas mayores dependientes”, Santander, Sal Terrae, 2002, pp. 94 ss.

<sup>27</sup> Cfr. NIETO M., “Ante la enfermedad de Alzheimer”, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2002, p. 79.

- El paciente es fácil que encuentre dificultad con la ropa y que se ponga dos camisas encima del pijama, o que tienda a quitarse la ropa, o que no se duche o quiera ducharse como desearía el cuidador. Además de tener en cuenta la necesidad de acomodar la ropa a las características del paciente (ropa holgada, zapatos sin cordones, que se puedan lavar, cintura elástica, blusas que no haya que abrochar, etc.), no parece muy oportuno razonar mucho sobre estas cuestiones, cuanto intentar hacerlas con respeto.
- Al no control de esfínteres es necesario prestarle atención para asegurarse de que no hay causas asociadas a otras enfermedades o dificultades concretas (cama alta, ausencia de zapatillas para ir, oscuridad que produce miedo, etc.). En todo caso, más que reñir, lo propio es intentar animar para que la próxima vez se haga de otra manera, hablando en positivo, indicando el baño y cómo proceder para ir.
- Cuando el paciente se pone nervioso, es muy fácil que también el cuidador pueda perder el control y que la relación se convierta en un círculo vicioso. La agitación del paciente es necesario, antes que nada, intentar comprenderla. Detrás de ella puede haber calor, frío, suciedad, ropa incómoda, efectos secundarios de fármacos, estresares externos como ruidos, etc. Más que incitar con rabia a la tranquilidad (o reñir), es necesario intentar ayudar evitando situaciones estresantes y fomentando música, contacto físico relajante, masaje u otras cosas que el cuidador intuya que pueden contribuir a que se tranquilice.
- Si el paciente tiene ilusiones visuales, auditivas, táctiles, gustativas u olfativas, o bien alucinaciones (percepciones equivocadas de la realidad, viendo u oyendo lo que no existe), puede intentarse la distracción o la evitación de lo que creamos que le desencadena la ilusión o la alucinación. No es aconsejable enfrentarlo a la realidad.
- Las dificultades para comer pueden ser afrontadas disminuyendo los elementos distractores (televisión, muchas cosas encima de la mesa) y favorecidas mediante indicaciones directas: ayudar a coger la cuchara, acompañar en las primeras cucharadas, tocar la garganta o la mandíbula si no mastica, haciendo el cuidador los mismos gestos.
- Ante la falta de cooperación del paciente, la insistencia a veces no da resultado, de modo que intentar distraer con alguna otra cosa y probar de nuevo un poco más tarde, puede dar mejor resultado.
- Cuando el paciente invierte palabras o sustituye una por otra, más que corregirle continuamente, es más importante comprobar que el enfermo está comprendiendo lo que quiere se quiere comunicar y que el cuidador comprende lo que el enfermo quiere decir.
- Las dificultades para expresarse pueden ser acompañadas repitiendo las dos o tres últimas palabras que el paciente ha dicho. En ocasiones le ayudan a continuar.
- El tono de voz del cuidador es muy importante. Los sentimientos se contagian, de modo que un tono de voz modulado ayudará con mucha más facilidad que un tono agresivo. Del mismo modo, lo indicado es un tono de voz apropiado a un adulto, aunque éste se comporte con conductas regresivas y nos parezca un niño. A él le trataremos con el tono de voz indicado para un adulto y con las palabras apropiadas para un adulto, eliminando los excesos de ternura (mimos infantiles) o tonos acaramelados y llamando como era llamado normalmente (si era D. José, que lo siga siendo). Asimismo la personalización ayuda más que la

generalización. En lugar de “parece que hoy tenemos buen aspecto”, mejor “hoy tienes buen aspecto”.

- Es muy importante utilizar frases sencillas y cortas, con palabras familiares y conocidas. Las largas explicaciones generan confusión. Igualmente hablar claro y despacio, articulando bien, facilita la comprensión.
- De especial relevancia es la oportunidad de hablar en positivo en lugar de en negativo, diciendo mejor lo que el otro tiene que hacer que lo que no tiene que hacer. Por ejemplo, es mucho más fácil que el paciente comprenda “ésta es la cuchara”, que no “no cojas eso, que eso es el tenedor y tienes que coger la cuchara”; es más fácil que comprenda “ésta es tu silla” que no “ésta no es tu silla”. Es mucho más fácil de comprender “hoy es lunes” que “hoy no es martes, ya te lo he dicho”.
- Las preguntas conviene hacerlas, además de sencillas, muy concretas. Estaría más indicado decir: ¿quieres una manzana?, que ¿qué fruta quieres? Quizás en este caso ni siquiera haya que dar opción (dependiendo de la persona y el estado), sino animar a comer la fruta preparada para el momento. ¿Qué quieres hacer? es mucho más complejo que invitar a dar un paseo y abandonar si el otro no lo desea.
- Es útil y favorece la seguridad reduciendo la ansiedad informar sobre lo que se está haciendo o se va a hacer; algo así como “radiar un partido de fútbol”: “vamos a comer, te vas a sentar, vas a coger la cuchara... estamos dando un paseo por esta calle de...”. Este tipo de expresiones orientan a la realidad e infunden seguridad. Aunque pueda parecer ridículo hacerlo, es importante introducir las variables cómo, con quién, dónde y satisfacerlas en cuidador por propia iniciativa.
- Con frecuencia se utiliza la expresión “¿no te acuerdas?”, lo cual puede producir sufrimiento al paciente al caer en la cuenta de sus lagunas (hasta donde se dé cuenta). Fácilmente, si estuviera lúcido totalmente nos podría decir: “¿es que no te acuerdas tú de que yo tengo Alzheimer y eso impide acordarse?”. Lo mismo diríamos de las preguntas “¿no me conoces, sabes quién soy?”. Es mucho más oportuno decir: “buenos días, soy Susana, tu auxiliar de las mañanas” que decir: “¿Juan, a ver si te acuerdas quién soy yo?”.

En realidad se podría seguir haciendo una lista de indicaciones para la relación con la persona con Alzheimer, especialmente para el manejo de situaciones difíciles. Una clave puede ser la central de todas: personalizar en la relación, hacer el esfuerzo por comprender lo que el enfermo está viviendo y a partir de ahí buscar la estrategia más centrada en las necesidades del paciente, sin olvidar las características de su enfermedad.

#### **- Caso: una voluntaria recordando con Alfonsa.**

*Alfonsa tiene 87 años y está ingresada en una Residencia de mayores. Tiene signos de perder la memoria en algunas ocasiones, o al menos de olvidarse de muchas cosas. Quizás esté en la primera fase de una demencia, fácilmente Alzheimer. Como voluntaria la visito en su habitación y la conversación tiene lugar como sigue.*

A.1 Hola, ¿qué tal?

B.1 Hola, hija. Pues... bien. (Me mira y encoge la boca queriendo decir que no sabe).

- A.2 Parece que tienes buena cara. (Me siento en la cama; ella está tumbada porque dice que se mareaba un poco).
- B.2 No sé muy bien. Me mareaba... Casi me caigo sin darme cuenta. Estoy chaveta. Es que ya no sirvo para nada. (Lo dice mirando al techo, con tono triste). Soy demasiado vieja.
- A.3 Dices eso porque no tienes la misma fuerza que hace unos años, pero ahora no tienes que dedicarte a hacer cosas.
- B.3 Yo que limpiaba toda la casa sin esfuerzo... Aunque ya sabes que no es más limpia la que más limpia, sino la que menos ensucia.
- A.4 ...no es más limpia la que más limpia, sino la que menos ensucia... (recito al mismo tiempo mientras ella sonríe).
- B.4 Es que ahora no valgo ni para hacer la cama. Me cuesta andar, me olvido de las cosas. ¿Hasta dónde vamos a llegar?
- A.5 Entiendo que te sientas así. Pero el médico te ha dicho que tienes una salud de hierro.
- B.5 Pero en este caso se equivoca. Los médicos saben mucho, pero también se equivocan, ¿sabes?
- A.6 Pero en este caso no se equivoca. Tú estás bien. Ahora tienes que descansar, sobre todo si te has mareado un poco.
- B.6 Si no sé ni en qué día vivo. Aunque con vuestras visitas, se me pasa el tiempo mejor. Sois jóvenes y tenéis que disfrutar, pero el ratito que nos hacéis compañía viene muy bien.
- A.7 Me alegro, mujer. Además tú te entretienes mucho echándoles pan a los pájaros.
- B.7 Sí, siento como si me quisieran. Tienen confianza, porque se acercan mucho a mí. Se ponen contentos cuanto me ven. ¿Sabes? Cuando yo era joven como tú, íbamos al casino a bailar. Nos llevaba mi padre, ¿sabes? Porque entonces era distinto de ahora. Y llevaba un vestido muy bonito y lo pasábamos muy bien. (Comenzó a hablar sin parar y a contarme anécdotas de su pueblo, problemas de la guerra, cómo conoció a su marido, cómo crecieron su padre y los tíos... Y habló sin parar durante casi media hora mientras yo escuchaba y asentía con la cabeza. De vez en cuando se emocionaba y yo le agarraba de la mano. Otras sonreía y yo con ella. Mis intervenciones eran sobre todo monosílabos. Algunas historias ya las conocía, pero parece que tenía ganas de contarlas de nuevo, como si disfrutara recordando). Bueno, ya te he contado muchas cosas. Estoy algo cansada.
- A.8 Veo que tenías ganas de hablar. Me ha parecido interesante. Toda una vida, ¿verdad? Y algunas cosas bien divertidas.
- B.8 Hija, la vida... Y ¡mírame ahora! Ay, Señor, cuídame ahora. Y cuida a estos jóvenes que trabajan demasiado. Acércame mi virgencita. (Se la acerco y la da un beso. La devuelvo a su sitio, en la mesilla; mientras tanto se ha emocionado).
- A.9 Dios siempre nos cuida.
- B.9 (Le brillan más los ojos). Gracias, mujer. No sabes cuánto agradezco estas visitas. Ala, vete, que tendrás que hacer tus cosas.
- A.10 Que descanses, Alfonsa. Y ¡hasta otro rato!
- B.10 Adiós, hija, adiós.

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- Tras leer la conversación, resaltar algunos aspectos positivos e identificar algunos mejorables desde el punto de vista relacional. ¿En alguna intervención habría podido ser más empática efectivamente?
- Dejar “narrar” significa permitir reconstruir la propia identidad –la reminiscencia de crecimiento–, aunque lo narrado ya haya sido contado anteriormente. Constatar el efecto benéfico que esta conversación puede tener sobre Alfonsa; intentar describirlo.
- ¿Se siguen las indicaciones para la relación con personas en esta conversación con alguien que empieza a tener síntomas de demencia?

**- Caso: Hablando con María, una enferma de Alzheimer**

*María es una residente del Centro de Día a la que conozco porque la ayudo a comer todos los días. Padece demencia en un estado avanzado y ahora está deprimida.*

*María vivía con su marido, estaba diagnosticada de demencia pero sólo lo sabía él y se lo ocultaba a sus hijos. Cuando su marido murió, fue cuando sus hijos descubrieron la enfermedad de su madre. Ellos no podían atenderla durante todo el día por lo que decidieron llevarla a la Residencia en régimen de “Centro de Día”.*

*María es una persona muy tranquila, de esas que pasan desapercibidos para el personal a lo largo de todo el día. No habla con nadie, no demanda ninguna atención y nunca tiene quejas de nada.*

*El encuentro tuvo lugar alrededor de las 12:45 de la mañana. Todos los residentes a esta hora suben a la planta para comer. María, una hora antes, se había bajado con un compañero a dar un paseo. Cuando subió a la planta me la encontré en el medio del comedor y me dirigí hacia ella para acompañarla a su sitio para comer.*

- A.1 ¡Hola María!
- B.1 ¡Hola!
- A.2 ¿Has estado paseando?
- B.2 No lo sé.
- A.3 ¿No lo sabes?, hace un ratito ha venido “Dani” y te has bajado con él a dar un paseo, ¿no te acuerdas?
- B.3 Sí.
- A.4 ¿Y dónde has ido?
- B.4 No lo sé.
- A.5 No sabes si has ido a terapia.
- B.5 Sí.
- A.6 María, ya es la hora de comer ¿quieres que te acompañe a tu sitio?
- B.6 Sí.
- A.7 *(La cojo del brazo pero ella me da la mano y nos dirigimos hacia su sitio. Cuando la ayudo a sentarse me doy cuenta de que está llorando, entonces se sienta y yo me pongo en “cucullas” junto a ella. La cojo de la mano y la pregunto):* María ¿por qué lloras?
- B.7 No lo sé.
- A.8 ¿Te sientes mal?
- B.8 Sí.
- A.9 Y ¿cómo te sientes?
- B.9 No lo sé.
- A.10 ¿Estás triste?
- B.10 Sí.

- A.11 Te sientes muy triste y por eso lloras ¿no?  
B.11 Sí.
- A.12 ¿Quieres contarme algo más de lo que te pasa?  
B.12 No.
- A.13 ¿No te apetece hablar de ello?  
B.13 No lo sé.
- A.14 ¿Quieres que me quede aquí contigo?  
B.14 No te vayas (*sentí como me apretaba la mano*).
- A.15 Vale María, me quedo aquí contigo. (*Entonces percibí que dejaba de llorar. En ese momento traen la comida y comencé a dársela. Yo tenía que dar de comer a más residentes que no pueden comer ellos solos. A María si se la anima y se está pendiente de ella puede comer sola*). María, tengo que dar de comer a Mercedes porque ella no puede hacerlo sola, ¿sigues comiendo tú sola?
- B.15 Sí.
- A.16 Ahora vengo a prepararte el segundo plato ¿Vale?  
B.16 Sí. (*Al rato llegó otro auxiliar y la dio de comer. Cuando terminó de comer y yo ya me iba fui a verla*).
- A.17 María ¿qué tal has comido?  
B.17 No lo sé.
- A.18 ¿Estaba bueno?  
B.18 Sí.
- A.19 Yo me tengo que ir a comer y luego voy a clase, pasado mañana te veo ¿vale?  
B.19 Vale.
- A.20 Hasta luego María.  
B.20 Hasta luego. (*Yo me fui un tanto satisfecha por cómo había llevado la conversación pero esta opinión cambió al día siguiente. Estaba preparando la medicación y una de las veces que miré por la puerta vi a María parada frente al mostrador. Fui a saludarla y cuando me acerqué lo suficiente pude ver que tenía los ojos llorosos*).
- A.21 María, ¿qué te pasa? (*La acaricié la mejilla. Físicamente nos separaba el mostrador*).
- B.21 No lo sé. (*Breve pausa acompañada de un largo silencio*) Ayúdame. (*Mientras comenzaba a andar*).
- A.22 (*Di la vuelta al mostrador y cogiéndola del brazo me dejé llevar hacia donde ella se dirigía*). María ¿dónde vas?  
B.22 No lo sé (*Silencio*) No quiero que me vean.
- A.23 ¿Quién no quieres que te vea?  
B.23 No lo sé.
- A.24 ¿Damos un paseo?  
B.24 Sí. (*Tras pasear un largo rato en silencio la digo*):
- A.25 ¿Estás cansada? ¿Quieres que vayamos al comedor y te sientas un ratito?  
B.25 Sí.
- A.26 Vamos, que te acompaño. (*Llegamos al comedor y se sienta en una silla. Sus ojos ya no lloraban pero expresaban mucha tristeza*). María ¿quieres contarme algo?
- B.26 Sí.
- A.27 Y ¿qué me cuentas?  
B.27 Nada.
- A.28 Bueno quizá luego te apetece que venga y charlemos un poquito.  
B.28 Sí.

- A.29 Pues entonces hasta luego María.
- B.29 Adiós. (*Me sentí muy triste y la besé en la mejilla, entonces ella también me dio un beso y me dijo*): Gracias.
- A.30 De nada María. Hasta luego. (*Su conversación estaba llena de contradicciones. En realidad no sabía lo que quería. En muchas ocasiones sus “sí” no eran afirmaciones y sus “no” no eran negaciones. Ante la misma pregunta lo mismo podía decir que sí que podía decir que no*).

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- Esta conversación, al leerla, puede parecer que por estar impregnada de cordialidad (se percibe) es correcta desde el punto de vista de las habilidades y estilo relacional. Contrastar las pistas para la relación presentadas más arriba con las intervenciones del ayudante y verificar cuántas no se siguen.
- En concreto, valorar A.3, A.9, A.27 y constatar cómo efectivamente las indicaciones propias para la relación con personas como María no son seguidas, sino más bien al contrario.
- Reflexionar y comentar las expresiones inadecuadas que uno mismo suele utilizar con este tipo de pacientes con más frecuencia.

#### **- Cuento: El sabio Avicena**

Hace muchos siglos, Avicena, el renombrado médico árabe de la Edad Media, se vio abordado por los amigos de un rey anciano de un reino lejano, quien estaba enfermo. Los solicitantes deseaban que Avicena fuera allá a curarlo. Declararon que el rey estaba muy enfermo, que muchos médicos habían sido consultados, pero que todos habían fallado. Él, Avicena, era su última esperanza.

Cuando el famoso médico escuchó eso, se interesó grandemente y preguntó los síntomas del mal que aquejaban al rey. Los amigos de éste replicaron que el rey insistía en creer que se había vuelto vaca y por eso se había colgado un cencerro y a todas horas pedía que lo sacrificaran. Avicena accedió a visitar al infortunado rey.

Como el rey era muy querido por todos los súbditos, se había intentado todo lo humanamente posible antes de recurrir a Avicena y se le habían suministrado tratamientos de toda especie: píldoras, pócmas, ungüentos, inhalaciones, ventosas, sangrías, cataplasmas, descanso, ejercicio, alimentos opíparos, ayunos, todo ello sin el menor resultado. El rey, con su cencerro, seguía insistiendo en que era una vaca y, por tanto, en que debía de ser sacrificado.

Viajes a las más famosas capitales del mundo no habían mejorado el estado del rey. Sus amigos también habían empleado los más diversos métodos para ayudarle. Un amigo filósofo había estado quince días con sus quince noches disertando sobre la esencia metafísica del hombre y de la vaca para ayudarle a comprender las diferencias esenciales de ambos. Otros lo habían tenido encadenado a un diván un mes entero. Las muestras de conmiseración y pena por su triste condición tampoco habían servido de nada: ¡qué lástima tan bueno como es!, decían unos; otros se consolaban a sí mismos diciéndose: es indudable que el rey no es ninguna vaca, él mismo debe de saberlo, y si sufre esta manía, no tardará mucho en darse cuenta. Otros, finalmente, lo habían amenazado con destronarlo si no dejaba de insistir en esa ridícula tontería. Pero el rey se mantuvo firme: era una vaca y

debían de sacrificarlo. Últimamente, el rey había dejado también de comer, tampoco podía dormir, y tenía una gran ansiedad.

Avicena llegó: primero trató de comprender al rey tanto como le era posible, escuchando con todo cuidado a todos los que querían hablar con él, y eran muchos los que querían hacerlo. Luego trató de comprender al rey escuchándolo a él; puesto que todo lo que éste decía era "muuuu", tal cosa no sirvió de nada. Luego, tan enfáticamente como él sabía, trató de comprender con el rey ese su mundo extraño interior. Cuando ya le parecía tener reunidos todos los datos, Avicena le dijo al viejo rey:

- Perfectamente: comprendo ahora que sois una vaca y que habrá que sacrificaros. Pero estáis tan delgado, mi rey, que primero debemos engordaros un poquito.

Cuando el rey oyó hablar así a Avicena, sintió una gran alegría porque al fin alguien lo había comprendido; por eso empezó a comer algo, cosa que casi no hacía en los últimos meses, y a gozar poco a poco de sus comidas.

También perdió algo de su ansiedad: comenzó a tomar fuerzas y mejoró su aspecto. También recuperó y normalizó su sueño: alguna noche incluso lo vieron ir en busca de su amiga favorita sin el cencerro puesto. Y así, poco a poco, gradualmente, fue recobrando la alegría de vivir y se le fue olvidando el cencerro y su obsesión de sentirse vaca, con gran contento de su pueblo.

*Indicaciones para la reflexión individual y en grupo:*

- Reflexionar sobre en qué medida hay que “seguir la corriente” a la persona cuando tiene deterioro cognitivo y sus efectos sobre la misma, así como en qué medida es oportuno aplicar la razón y hasta cuándo.
- Plantearse si este tipo de estrategias son éticas. Hasta dónde el fin justifica los medios.
- Compartir experiencias semejantes de resistencia a indicaciones terapéuticas de personas con trastornos cognitivos y las estrategias adoptadas, así como sus resultados y reflexiones éticas.

## **2. Dignidad y Alzheimer**

No es infrecuente que algunas personas se pregunten por si vivir con el deterioro cognitivo que supone el Alzheimer en fase avanzada especialmente, es digno o no. Algunos expresan claramente su deseo de no llegar a esa situación, de morir antes, no sólo “para no dar guerra” –como nos solemos expresar popularmente- sino también porque, como añadimos alguna vez, “eso no es calidad de vida”, o bien “no es digno”.

Son términos éstos, tanto el de calidad como el de dignidad difíciles y con diferentes significados. En realidad la dignidad se puede entender como lo que fundamenta todos los derechos de una persona (hablaríamos de dignidad ontológica, del ser), y de dignidad de las conductas (no es digno del ser humano ciertas conductas no éticas; hablaríamos de dignidad ética).

Ambas están en juego al reflexionar y vivir de cerca cuanto significa cuidar a una persona con Alzheimer. De ello se ocupa la reflexión bioética, que intenta estudiar los problemas éticos relacionados con las ciencias de la salud.<sup>28</sup>

No falta quien cuestiona la dignidad ontológica de las personas con Alzheimer por el gran deterioro de muchas de las capacidades específicamente humanas. Sin embargo, nos parece que la dignidad intrínseca de todo ser humano es el fundamento de los derechos universales, tal como lo refiere la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. El no reconocimiento de tal dignidad daría paso no sólo a la posibilidad de no sentir la responsabilidad de cuidarles, sino a otros muchos problemas éticos y de sentido relacionados con las personas que no tienen desarrollada o tienen perdida las capacidades cognitivas.

Quizás la dignidad, como gustan referir algunos bioeticistas, nos venga dada también por el reconocimiento de la vulnerabilidad de la condición humana. No podemos ser sin los demás. Lo mismo que el niño no puede vivir sin ser cuidado ni puede llegar a ser lo que está llamado a ser sin ser acompañado en sus conductas erráticas o no desarrolladas, así también otras personas se encuentran en la misma situación aunque anteriormente hayan gozado de autonomía psicológica y moral.

En el fondo, a una persona también le hace digna el modo como es cuidada por los demás. La dignidad ética de los cuidadores, el modo digno de relacionarse con una persona cuyo sentido de la vida es difícil de percibir, habla de quiénes somos no sólo los cuidadores, sino las personas cuidadas.

Pero el gran deterioro cognitivo y el descontrol de las propias conductas de la persona con Alzheimer nos interpelan y nos hacen plantearnos si una vida así vale la pena ser vivida. Sin duda estamos ante el misterio y somos retados a definirnos con nuestras actitudes y nuestros actos a dar la talla de nuestra condición humana. Una sociedad puede ser juzgada por el modo como trata a los más vulnerables. Incluso hay que reconocer que para algunas personas el sentido de su vida pasa a ser precisamente el cuidado de éstas. No falta quien consagra su vida a este tipo de necesidades de personas o colectivos.

“El otro vulnerable, la vida frágil y la fragilidad de la vida constituye quizá un importante referente antropológico que demanda humanización”.<sup>29</sup> Quizás la gloria del hombre no se escribe sólo cuando este es capaz de pensar, decidir, amar, como facultades supremas, sino también cuando un semejante piensa “en el que”, y “por el que” no es capaz de hacerlo por sí mismo. Cuando alguien decide para y por aquel que no es autónomo psicológica o moralmente y ama a aquel que, si bien conscientemente no es sujeto de afectos, es destinatario del amor y amable por sí mismo, por su semejanza al amante y por su vulnerabilidad y pertenencia a la comunidad humana, está desplegando lo más noble de la dignidad humana y está reconociendo la dignidad humana de toda persona.

---

<sup>28</sup> Cfr. GARCIA FEREZ J., “¿Cómo debemos tratar y cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer?. Perspectiva bioética”, Madrid, AFAL, 2001.

<sup>29</sup> BERMEJO J.C., “Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana”, Madrid, San Pablo, 2003, p. 53.

El *hombre lábil* como dijera Paul Ricoeur expresando de manera precisa la naturaleza de la realidad humana, fundamenta una ética humanizadora. La capacidad de ser amado no se pierde nunca. Los seres humanos capaces de ejercer su libertad tienen la responsabilidad ética de hacerse cargo de los que no pueden hacerlo por sí mismos

#### - **Cuento: Cachorros para la venta**

El dueño de una tienda estaba clavando un letrero sobre la puerta que decía "Cachorros para la venta". Letrero como ese atraen a los niños y tan es así, que un niño apareció bajo el letrero.

- ¿Cuánto cuestan los cachorros?
- Entre 30 y 50 euros, replicó el dueño.

El niño buscó en sus bolsillos y sacó unas monedas.

- Tengo 2,37-dijo-. ¿Puedo verlos, por favor?

El dueño sonrió y dio un silbido, y de la perrera salió Lady, quien corrió por los pasillos de la tienda seguida de cinco diminutas bolas plateadas de pelaje. Uno de los cachorros se retrasaba considerablemente detrás de los demás.

- ¿Qué pasa con ese perrito?, dijo el niño señalando al cachorro que cojeaba rezagado.

El dueño de la tienda le explicó que el veterinario lo había examinado, y había descubierto que no tenía la cavidad del hueso de la cadera. Siempre sería cojo. El niño se emocionó.

- Ese es el cachorro que quiero comprar.
- No tienes que comprar ese perrito, le dijo el dueño de la tienda. Si realmente lo quieres, te lo daré.

El niño se molestó un poco. Miró directamente a los ojos del dueño de la tienda y señalándolo con el dedo dijo:

- No quiero que me lo regale. Ese perrito vale tanto como los demás, y pagaré todo su valor. En efecto, le daré 2,37 euros ahora, y cincuenta céntimos mensuales hasta que lo haya pagado completamente.

- No creo que quieras comprar ese perrito, replicó el dueño. Nunca va a poder correr ni jugar ni saltar contigo como los demás cachorros.

En ese momento, el pequeño se agachó y arremangó su pantalón para mostrar una pierna malamente lisiada, retorcida y sujeta por una gran abrazadera de metal.

- Bien, replicó suavemente el niño mirando al señor, yo tampoco corro muy bien y el cachorrito necesitará a alguien que lo entienda.

#### *Indicaciones para la reflexión individual y en grupos:*

- ¿Qué solemos entender por "dignidad" cuando nos expresamos espontáneamente?
- ¿Hasta dónde reconocemos la misma dignidad a todas las personas, incluidas las que no tienen capacidad de gobernar su vida por tener Alzheimer?
- ¿Distinguimos entre dignidad ética y dignidad ontológica y sus implicaciones en la relación con las personas más vulnerables? ¿Cuáles serían estas implicaciones?

### 3. La codependencia

Uno de los posibles problemas que pueden encontrar las personas que cuidan a pacientes con Alzheimer u otras demencias, así como las personas que cuidan a otros con alto grado de dependencia o discapacidad es lo que se conoce como codependencia.

El cuidador de la persona grandemente dependiente tiene el riesgo de terminar dependiendo del dependiente, es decir, de “necesitar de la persona ayudada para sentirse bien”, en lugar de al revés. Cuando un cuidador –esposo/a, hijo/a o cualquier relación que exista- dice que la persona a la que cuida no puede estar ningún momento sin él o ella, cabe la sospecha de si no es al revés; si no es que el cuidador ha puesto tanto de su sentido en el cuidado que si no cuida se queda vacío de sentido y sin saber qué hacer o cómo manejar la culpa que le generaría.

Algunos indicadores de la codependencia son el creerse indispensable, el no estar dispuesto a delegar algunos cuidados, el no fiarse de otros cuidadores, la no aceptación de los límites propios y del otro; la no comprensión de que es normal cansarse y hartarse de manejar situaciones difíciles; el no aceptar a otros cuidadores que puedan hacer algunas horas o algunos días para descansar y airearse, el poner todo el sentido de la vida en el cuidado o asegurar que tiene que estar las “24 horas” del día y que ninguno otro podría hacer lo que hace él.

Estos u otros indicadores nos pueden alertar de la dificultad de manejar el grado de implicación y cuidado y la necesidad de mantener la distancia sana. Sana para ambos: para el cuidador para no caer en el agotamiento o *bur-out*, y sana para la persona cuidada para que pueda efectivamente ser cuidada por alguien que no está quemado, sino que se “refresca” tanto física como emocionalmente.

Aprender a delegar, dejar a otros participar en los cuidados, ventilar las emociones con libertad, aceptar la propia impotencia y rabia, hacerse cargo de la naturaleza de las cosas que reclaman aceptación de muchos límites y no sueños de ideales, son algunas pistas para no ser víctima de la codependencia.

En realidad, el problema de la codependencia no se limita al modo cómo se cuida a una persona próxima y necesitada, perdiendo la propia libertad en el fondo, sino que va más allá. La persona codependiente prepara el terreno para una mala elaboración del duelo y se procura un caldo de cultivo ideal para una infelicidad posterior al fallecimiento del ser querido. Cuando esto ocurre fácilmente la vida no tiene sentido, las relaciones significativa se han abandonado, las aficiones no cultivado y, en último término se produce un vacío existencial difícil de manejar o de colmar. De ahí la necesidad de prevenir o de “curar” el síndrome de la codependencia.

#### - Testimonio:

"Isabel... ya he conseguido darte de comer con esa jeringuilla... no sufras más. Tranquilízate, que ahora te sentaré y pasaremos la tarde juntos. Hace ya tres años que no

puedes hablar, ni moverte. Últimamente te siento lejos... Por eso continuo hablándote, aunque nunca sepa hasta qué punto me entiendes...

Ahora ya no están todos los proyectos de futuro que compartimos, ese universo propio que nos mantenía unidos. Estás conmigo, pero a veces me siento perdido: eras mi confidente, mi apoyo, el motor de mis ilusiones. Sí... aquel día de enero -hace ya tres años y medio- en que me preguntaste quién era yo, ese universo nuestro estalló en mil añicos. Tú sabes que nunca he sido un hombre débil, pero lloré. Ese día comprendí que no podía dejar que te fueras poco a poco...

Todo empezó aquel mes de mayo de 1990 en que estabas tan rara, ¿te acuerdas? Se te olvidaban los recados, te perdías en la calle, no traías las vueltas de la compra, cruzabas los semáforos en rojo... Estabas muy nerviosa, pero hacías esfuerzos por ocultarnos todos estos despistes que te humillaban. ¡Claro! A tus 55 años eras una de las secretarias mejor consideradas de aquella multinacional alemana. Una mujer inteligente, con carácter, siempre perfectamente arreglada desde las ocho de la mañana, con esos tacones que a mí me parecían altísimos para ir a trabajar. Nuestros hijos, Alvaro y Manuel, me decían que podrías tener alguna carencia vitamínica, o la menopausia, o algo así. Estábamos un poco preocupados, pero se acercaba el verano, y queríamos comprar aquella casita en la playa. ¡Tenías tanta ilusión! Por las noches, cuando nos metíamos en la cama, me decías que querías soñar que paseábamos los dos, cogidos de la mano, playa arriba, playa abajo... (...)

En septiembre todo se precipitó: había que renovar tu carnet de conducir y no querías ir. Te resistías como gato panza arriba. Al final, te llevamos casi arrastras, y cuando tocó firmar, con la mano temblorosa, no podías apenas cerrar un círculo. Me miraste asustada... Tú lo sabías. Por eso no querías ir a la comisaría. No querías que lo notáramos. (...)

Recuerdo -como si fuera ayer- que la segunda vez que te llevamos al scanner dijiste con voz triste: "¿Y para qué? Yo sé que cada día estoy peor. Me doy cuenta de que no me han dado tratamiento ni medicación".

Sé que sufrías y te humillaba que tus amigas te vieran en ese estado, en silla de ruedas. Llegó el momento en que no querías salir a la calle porque sentías vergüenza de que te vieran así. ¡Siempre has sido tan presumida!"

Fue aquella semana de noviembre cuando mis oídos registraban por primera vez la palabra Alzheimer y el mundo se me venía encima. No quise decírtelo para no preocuparte, pero me hundí. El médico no me dio ninguna solución, ningún tratamiento, sólo me dijo una palabra: paciencia, hijo. (...) Era como si los médicos me dieran el pésame. (...)

Desde muy al principio tuve que dedicarme a las tareas del hogar. No podía hacer un huevo frito sin que se rompiera, ni sabía planchar y me daba vergüenza tender la ropa: lo hacía a las cuatro de la mañana para que no me vieran los vecinos... ¡Qué estúpido! Las vecinas me decían que tenía que tender las camisas por el bajo y yo hacía como si no fuera conmigo. Y todo eso además de bañarte, peinarte y vestirte. Aquello era mucho para mí e intenté contratar a una enfermera, pero era más de la mitad de mi sueldo y ni siquiera te trataban bien. Entonces comprendí que con nadie estarías mejor que conmigo y con tu hijo Alvaro, porque el mayor estaba destinado en Canarias. (...)

Isabel, perdona porque no consigo meter en cintura esta casa, que las labores del hogar me superan. Pero los besos, los abrazos y las caricias que yo te doy no te los va a dar nadie. La única idea que me atormenta es que estés sufriendo. Tus gemidos de dolor, o de nerviosismo, me atormentan y se me clavan en el corazón.

Esta mañana me he dado cuenta de que llevo tres días sin salir de casa y de que nadie me ha visitado. Te sigo teniendo, pero esta enfermedad tan terrible que atrapó tu cerebro desintegrándolo ha hecho que perdiéramos muchos amigos, una gran parte de la familia, las diversiones, las ilusiones... A veces me cuesta. Sé que tienes la capacidad de recibir la ternura que Alvaro y yo te damos. Quizás estés haciendo acopio de ese cariño, para cuando sufres más. (...)

Hay quien me dice que tengo que vivir mi vida, pero después de pensarlo mucho, siempre llego a la misma conclusión: mi vida está aquí contigo. Los dos, de la mano, todas las tardes. Los dos, juntos por las noches. Mi vida eres tú, estés como estés. Lo único que quiero hacer es estar aquí contigo y pasar las tardes juntos cogidos de la mano. (...)

Lo único que pido a Dios es que me deje morir después de ti. No quiero dejarte sola en este mundo sin ayuda, sin ternura. Nuestro hijo no aguantaría este peso solo. Así que hazme un sitio cuando llegues al cielo. ¡Tengo tantas cosas que contarte!"<sup>30</sup>

*Indicaciones para la reflexión individual y en grupos:*

- Reflexionar sobre la sobre-implicación. ¿Hasta dónde la lectura de este testimonio entenece por un lado y alarma por otro por la posibilidad de sobre-implicación.
- Identificar casos de sobre-implicación de la propia experiencia o entorno y buscar estrategias de afrontamiento sano.
- Reflexionar sobre el fenómeno de la culpa y su influjo en las relaciones de codependencia.

---

<sup>30</sup> Cfr. "Testimonio. Un marido habla con su mujer, enferma de Alzheimer", en: Telva, p. 98-100.

# CAPITULO V

## CONFLICTOS ETICOS EN LA ASISTENCIA A LOS MAYORES

### Introducción

Los conflictos éticos en el cuidado a los mayores existen. No se dan cita sólo en el mundo de la investigación genética o donde la alta tecnología hace pensar sobre la bondad y justicia de su uso, sus costes, su proporcionalidad. No se dan sólo donde las células madre parecen prometer nuevos tratamientos y donde los confines de la vida plantean cuestiones espinosas y difíciles de argumentar.

Los conflictos éticos se dan también en el cuidado a las personas mayores en situaciones tan sencillas como la que presentamos a continuación<sup>31</sup>.

*Carmen es una señora de 87 años, que padece la enfermedad de Paget, una patología de los huesos, degenerativa, que le produce unos dolores tremendos en la espalda. Lleva mucho tiempo sin poder moverse de la cama debido a esos dolores.*

- A.1 ¡Hola, Carmen! ¿Cómo estás hoy?
- B.1 Mal. Muy mal. No soporto más los dolores. No puedo más.
- A.2 Carmen, te voy a sacar sangre para una analítica.
- B.2 Por favor te lo pido: no me hagáis más perrerías. Estoy muy cansada. Dejarme morir en paz.
- A.3 Carmen, es por tu bien...
- B.3 No quiero más sufrimiento. ¿Te parece poco lo que llevo pasado?
- A.4 Los médicos creen que hay que hacértela.
- B.4 No, por favor. No me hagas más. Tú precisamente, que me conoces... Sabes lo que he sufrido durante estos años. Déjame ya...
- A.5 (No podía casi hablar, el nudo que tenía en la garganta impedía expresarme. Le saqué sangre y salí de la habitación. Al rato volví para ponerle una sonda nasogástrica. Los médicos lo habían ordenado.)  
Carmen, tengo que ponerte una sonda. Me cuesta hacerlo. Lo siento, pero la necesitas y tengo que hacerlo. (Mientras se la ponía, intenté contener mis sentimientos, pero mis ojos se humedecieron. Con mis palabras intentaba animarla diciendo que ella lo estaba haciendo muy bien y que a mí me estaba resultando muy fácil).
- B.5 Me estoy muriendo. ¿Por qué no me dejáis? Estoy preparada.
- A.6 No digas eso. Nadie sabe el tiempo que te queda.
- B.6 Sí lo sabéis. No me engañes. Sabes que no puedo aguantar días...

---

<sup>31</sup> Este caso lo hemos presentado ya en BERMEJO J.C., CARABIAS R., "Relación de ayuda y enfermería. Material de trabajo", Sal Terrae, Santander 1998, pp. 22-23.

- A.7 Las dos sabemos cuántas situaciones difíciles has superado: un infarto, una pancreatitis aguda, neumonías...
- B.7 Sí, es verdad, pero antes tenía fuerzas. Ya no me quedan.
- A.8 (Se me empañaron de nuevo los ojos. Ella lo percibió.)
- B.8 (Cogiéndome la mano) La única satisfacción que tengo es teneros a vosotras...
- A.9 Tienes mucho dolor, ¿verdad?
- B.9 Sí, quitarme estos dolores y dejarme. Quiero morir ya.
- A.10 Voy a ponerte un calmante y ya verás cómo descansas.
- B.10 Yo quiero otro descanso. Es el único descanso que deseo.
- A.11 Ahora vengo... (Voy a por el calmante. A la vuelta me dice:)
- B.11 Ana, cuida mucho a tus hijos. Quiero que los veas crecer, que seáis muy felices y cuida mucho tu espalda, que no tengas que pasar este sufrimiento que estoy pasando yo.
- A.12 Lo haré, de verdad.

(Carmen murió esa misma tarde)

Por extraño que pudiera parecer, no es infrecuente que, analizando esta entrevista con cuidadores de personas mayores, auxiliares, enfermeras, médicos, estudiantes... no identifiquen como problema ético cuanto se encuentra en esta conversación. Más fácilmente se suele considerar como un problema de “deber de seguir las consignas del médico”, olvidando el reclamo de la paciente de su autonomía para decidir y oponerse a una indicación supuestamente terapéutica. Por eso es de crucial importancia familiarizarse con la bioética para detectar y analizar racionalmente los conflictos de cara a humanizar la asistencia a las personas mayores.

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- A la vista del caso anterior, identificar los posibles problemas éticos presentes.
- Constatar cómo resulta fácil inclinarse a opinar sobre “lo que se debe” o “no se debe” hacer movidos por los sentimientos que nos suscita la lectura, antes incluso de un análisis racional de los elementos en juego.
- Verificar si la propia experiencia en situaciones semejantes puede influir favorablemente para debatir sobre la negativa a la indicación terapéutica y el no haber hablado con el médico ni, en el fondo, haber escuchado atentamente cuanto Carmen comunica. Reflexionar sobre si esto influye positiva o negativamente.

## **1. Introducción a la bioética**

Históricamente la bioética surge de la llamada ética médica tradicional, centrada en la relación médico-paciente (desde el Juramento de Hipócrates, s. V a.C.), aunque su expresión data de la década de los setenta. En 1971, por primera vez, Rensselaer Van Potter, acuña la palabra “bioética” en su libro titulado: “Bioética, un puente hacia el futuro”.

La bioética se presentaba entonces como una rama del saber que se sirve de las ciencias biológicas para mejorar la calidad de vida y que reflexiona en torno a los retos que plantea el desarrollo de la biología a nivel medioambiental y de población mundial, pero también como ciencia que combina el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos. Potter entendía la bioética como una disciplina

punto entre dos esferas del saber tradicionalmente separadas: las ciencias y las humanidades.

Seis meses después, André Hellegers utilizó el mismo término para dar nombre al primer instituto universitario dedicado al estudio de la bioética (The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics), inaugurado seis meses después de la aparición del libro de Potter.

Desde el punto de vista etimológico, el término bioética, se refiere a la reflexión y acción ética sobre la vida en sus diversas manifestaciones. Reich (1978), en la Enciclopedia de Bioética define la bioética como *“el estudio sistemático de las dimensiones morales –incluyendo la visión moral, las decisiones, las conductas y las políticas– de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario”*.

La nueva disciplina nace en el contexto cultural de la segunda mitad del siglo XX caracterizado por dos acontecimientos: el progreso científico y tecnológico en el campo de la biomedicina, y los grandes cambios sociales y políticos: los movimientos pacifistas, la preocupación por la justicia y la igualdad, la lucha contra la discriminación racial, los movimientos de liberación de América Latina o la revolución Cubana. En concreto, en Estados Unidos, la tradición liberal proporciona que la bioética nazca bajo el respeto por el principio de autonomía, por encima de todos los demás.

Los abusos en la investigación científica tras los horrores nazis promueven el deseo de que tales situaciones no se repitan y da lugar a la proclamación de normativas para proteger a los sujetos de las investigaciones. Así nace el Código de Nuremberg (1946), y posteriormente otras como las Helsinki (1964) o Tokio (1975). En Estados Unidos, el estudio Tuskegee (1932–1972), en varones de raza negra para investigar la historia natural de la sífilis, empujó la aparición de una Comisión de bioética que publicó el Informe Belmont.

Es de destacar la aportación de bioeticistas como Daniel Callahan que, junto a la publicación de *“La Teoría de la Justicia”*, de John Rawls (1971), y las obras de Hans Jonas, iniciaron en los años 70 una nueva era de contribución de la filosofía moral a los problemas sociales y políticos. Hoy día, fenómenos como la irrupción del SIDA, la distribución de los recursos médicos y sanitarios, la globalización, y las cuestiones transculturales, han provocado una mayor atención al principio de justicia, que había pasado a segundo término ante la autonomía. La justicia y la dimensión comunitaria y social pueden ser, sin duda, la preocupación más importante de la bioética del nuevo milenio.

El informe de la Comisión, conocido como el Informe Belmont, antes citado, publicado en 1978, identificó tres principios fundamentales: 1) respeto por las personas, 2) beneficencia y 3) justicia. El principio de beneficencia incluiría tanto la obligación de no hacer el mal (la no maleficencia), como la de promover el bien ajeno.

Beauchamp y Childress, en 1979, elaboran la *“teoría de los cuatro principios”*, inspirada en el Informe Belmont y recogida en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, sin el cual es imposible entender la historia de la bioética.

## **El principio de respeto de la autonomía**

Se refiere a la *capacidad que tienen las personas para autogobernarse*, libres tanto de influencias externas que los controlen como de limitaciones personales que les impidan hacer una verdadera opción. El individuo autónomo obra libremente según un plan de acción que él mismo ha elegido.

Aplicado a nuestro campo, este principio obliga a respetar la libertad y los valores de la persona mayor y a no imponer las propias decisiones.

Beauchamp y Childress intentan definir las *acciones autónomas*, que son aquellas en las que el agente moral obra: 1) intencionalmente, 2) con comprensión y 3) sin influencias externas que determinen o controlen su acción.

El respeto por la autonomía de las personas exige que las acciones autónomas de las personas no sean sometidas por otras personas a controles externos que las limiten o las impidan. Pero también implica en positivo, es decir, el principio nos obliga a favorecer y promover el ejercicio de la autonomía personal. (Revelar información necesaria para tomar decisiones, obtener el consentimiento, etc.)

El principio ha de respetarse cuando la persona mayor reúne una serie de condiciones mínimas de competencia. En los casos en que no es factible la asunción de responsabilidad personal, será necesario contar con un tutor o representante legal que vele por los intereses del mayor de la manera lo más ética posible.

La autonomía se define según la capacidad o incapacidad que tiene la persona para obrar y según la competencia para decidir responsablemente de sus actuaciones y de las consecuencias que se derivan de las mismas. La evaluación de la autonomía es compleja y requiere distinguir entre competencia y capacidad.

La *capacidad* es la aptitud, la cualificación o habilidad que tiene una persona para hacer una cosa y la *competencia* es la capacidad que tiene para decir o hacer algo por sí misma con suficiencia y pericia. Una cuestión compleja es la valoración de la capacidad y de la competencia para dar el consentimiento, que es una de las implicaciones más importantes de este principio.

Según el informe Belmont antes citado, este principio encierra dos convicciones éticas básicas: que todos individuos, mientras no se demuestre lo contrario, deben ser tratados como seres autónomos, y que las personas cuya autonomía esté mermada o disminuida deben ser objeto de protección. Así, cuando no es factible la asunción de una responsabilidad personal, será necesario contar con un tutor o representante legal que vele por los intereses del mayor de la manera más ética posible.

## **El principio de no maleficencia**

Este principio consiste en la afirmación esencial de la obligación de no hacer daño intencionalmente. Recoge la máxima “no hagas a los demás lo que no desearías que te hicieran a ti” o “no dañes a los demás como no te gustaría que te dañaran a ti”. La no maleficencia significa, pues, el deber ético de no dañar (*Primum non nocere*). Obliga a

abstenerse de causar daño a otra persona. Para Adela Cortina es un principio absoluto, puesto que obliga a evitar una acción intrínsecamente mala.

Este principio es el básico de todo sistema moral, desde la tradición medieval que dice “haz el bien y evita el mal”. Y el Juramento hipocrático lo recoge así: “Haré uso del régimen de vida para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender. Del daño y de la justicia le preservaré”.

El principio de no maleficencia se refiere a los daños “injustos”, es decir a aquellos que son atribuibles a la voluntad humana y que implican una violación de los legítimos derechos e intereses de una persona. No puede referirse a una enfermedad o a un terremoto, por ejemplo.

Diego Gracia habla de la “no lesión”, o de la “no agresión” en relación a este principio y tiene como referentes máximos: evitar la negligencia, la impericia, la ignorancia, no romper la confidencialidad, evitar el mal físico propio o ajeno.

Surgen conflictos cuando una acción que redunde en beneficio de una persona implica una lesión de derechos y una violación del principio de no maleficencia (ocultar información, por ejemplo). Además una acción puede hacer daño a alguien y estar justificada (juez que impone una condena justa).

### **El principio de beneficencia**

Significa “hacer el bien”. Con este principio afirmamos que la vida moral va más allá de las exigencias del respeto a la autonomía ajena y de la no maleficencia. La beneficencia nos exige que pongamos *actos positivos para promover el bien y la realización de los demás*, más allá de no hacerles daño y de respetar sus decisiones autónomas. Por tanto, este principio implica poner los conocimientos, habilidades y valores al servicio de los destinatarios del trabajo profesional.

Beauchamps y Childress examinan dos principios bajo el título de beneficencia: el *principio de la beneficencia positiva*, que nos obliga a actuar benéficamente a favor de los demás, y el *principio de utilidad*, que nos obliga a contrapesar los beneficios e inconvenientes, estableciendo el balance más favorable posible. Este último no se refiere al clásico principio de la tradición utilitarista. Para no confundirlo podemos llamarlo *principio de proporcionalidad*.

Los autores antes citados distinguen entre *beneficencia* (cualquier acción hecha para beneficio de otras personas); *benevolencia* (la virtud que dispone a obrar benéficamente a favor de otros), y el *principio de beneficencia* en sí, que se refiere a la obligación moral de obrar para beneficiar a otros.

Muchos actos de beneficencia son no son obligatorios, pero existe una obligación general de ayudar a los demás a promover sus intereses legítimos e importantes.

Se plantean conflictos cuando el bien que consideramos exigible actúa en contra de la voluntad o la autonomía del interesado; esto es hacer su bien, no nuestro bien. Al mismo tiempo, el bien no es químicamente puro ni absoluto, pues nunca podremos hacer todo el bien esperado o deseable. El peligro del principio de beneficencia es el llamado

paternalismo que no es otra cosa que hacer el bien sin el consentimiento expreso de la persona mayor.

## **El principio de justicia**

Este principio tiene que ver con *lo que es debido a las personas, con aquello que de alguna manera les pertenece o les corresponde*. Cuando a una persona le corresponden beneficios o cargas en la comunidad, estamos ante una cuestión de justicia. La injusticia supone denegar o quitar a alguien aquello que le era debido, que le correspondía como suyo.

El principio de justicia en un primer sentido atañería al ámbito del derecho y del Estado y, por tanto, al de la legislación, jurisprudencia y autoridad legítima. La justicia es, pues, la medida de la justificación de unas mínimas reglas de convivencia y moralidad, o mejor, trata de las *obligaciones y responsabilidades que tenemos los unos con los otros para construir una buena comunidad*. El segundo modo de entender la justicia designaría que la *persona debe hacer lo que es justo*, por el simple hecho de que así es, no por sanción jurídica o reprobación social.

El principio de justicia tiene su origen en el reconocimiento expreso de la dignidad de todo ser humano en cuanto tal, sin mediar motivos como raza, inteligencia, nivel cultural o económico, edad, etc. Obliga, pues, a tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto.

La justicia que más interesa en el campo de la biomédica es la *justicia distributiva*, que se refiere a la distribución equitativa de derechos, beneficios y responsabilidades o cargas en la sociedad. Los problemas de distribución surgen porque los bienes son escasos y las necesidades múltiples.

Aristóteles entendía este principio como “*casos iguales se deben tratar igualmente y casos desiguales se deben tratar desigualmente*”.

Algunos autores sostienen que todos los principios tienen la misma importancia. Adela Cortina y otros hablan de *ética de mínimos* y ética de *máximos*, o de obligaciones perfectas y obligaciones imperfectas. Hay unas obligaciones que tienen un mayor peso y pueden verse reflejadas en los principios de no-maleficencia y justicia, pues aceptan que no es lícito hacer mal a nadie y que todos los hombres son iguales en dignidad y merecen, por lo misma, igual respeto. Estos principios conforman los mínimos morales a los que se nos puede obligar desde fuera con un alto grado de exigibilidad y conforman en nivel del derecho.

Los otros dos, el de beneficencia y el de autonomía dependerán siempre del propio sistema de valores de cada uno y tiene un carácter primordialmente subjetivo.

Los primeros son públicos y pueden ser llamados perfectos o de justicia y los otros imperfectos o de caridad. Jorge Ferrer establecería esta escala de mayor a menor exigibilidad: No maleficencia – Justicia – Autonomía – Beneficencia.

## **2. Afrontamiento de los conflictos éticos en Residencias**

En el cuidado a las personas mayores en Residencias surgen conflictos éticos, como el que hemos presentado más arriba, en el que claramente están en conflicto el principio de autonomía y el principio de beneficencia o, según se plantee, el de no maleficencia.

Algunos de los conflictos que podemos encontrar, por ejemplo, pueden ser los relacionados con las directrices anticipadas o testamento vital, la eutanasia, el encarnizamiento terapéutico, los malos tratos, las restricciones físicas, las cuestiones relativas a la incapacitación, la tutela y la curatela, la negativa a tratamientos o indicaciones terapéuticas y la oportunidad o no de la persuasión (distinta de la manipulación y la coerción), así como cuanto tiene que ver con las actitudes en los cuidados y la formación adecuada de los cuidadores.

En el mundo hospitalario es fácil encontrarse con ámbitos a los que acudir a la búsqueda de ayuda en situaciones difíciles. Se trata de los conocidos Comités de Bioética Asistencial. En cambio, en el mundo residencial éstos aún no existen. Como tampoco está difundido el hábito de afrontar los conflictos mediante el diálogo y la deliberación. En muchos casos, a mi juicio, ni siquiera son identificados como tales conflictos éticos, reduciéndose su consideración a problemas sociales que requieren una estrategia particular.

### **Los Comités de Bioética**

El ideal de afrontamiento de los conflictos éticos en Residencias es reconocer la autoridad del diálogo en la búsqueda del bien cuando éste no se vislumbra con mediana claridad en la praxis asistencial. Por eso, los Comités de Bioética constituyen un foro ideal para dar espacio al diálogo deliberativo.

Un Comité de Bioética es una “Comisión consultiva e interdisciplinar, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen durante la práctica clínica en las Instituciones sanitarias, a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo final es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria.” (INSALUD-1995). Así es definido en una circular que el INSALUD en su momento hizo llegar a los hospitales. En realidad la voluntad de que estos Comités existan en centros residenciales ha sido puesta de manifiesto en diferentes momentos en el seno del IMSERSO, reconociendo que éste es un modo saludable de afrontar los conflictos cuando éstos presentan dificultades en la toma de decisiones.

Las funciones de dichos Comités son:

- Promover la formación bioética tanto de los propios miembros del Comité como de los trabajadores de la institución.
- Proteger los derechos de los enfermos y familiares.
- Analizar casos particulares para facilitar la toma de decisiones.
- Formular orientaciones, directrices y protocolos.

Los Comités de Bioética han de tener estas características:

- Composición interdisciplinar.
- Miembros formados.
- Decisión voluntaria de sus miembros para pertenecer al mismo.
- Perfil de los miembros: apertura al diálogo, prudencia, competencia profesional, capacidad de trabajar en grupo como iguales.

- Miembros: médicos, enfermeros, profesionales no sanitarios (trabajador social, atención al paciente, asistencia religiosa), experto en derecho, un externo.
- Siempre que sea posible, los miembros es preferible que no tengan responsabilidad directiva en el Centro.

No es fácil en las Residencias crear Comités con todas estas características, al menos en todas. Sin embargo, esperamos que en los próximos años se creen en aquellas que sea posible y se vaya difundiendo el trabajo deliberativo en grupo en todos los casos, aún allí donde no haya comités.

### **- La deliberación**

La deliberación es un procedimiento de diálogo, un método de trabajo a la hora de abordar en grupo un conflicto ético. Se parte de los supuestos de que nadie tiene la verdad moral y de un talante racional: cada uno da sus razones y está abierto a que las razones de otro vayan modificando el propio punto de vista.

Algunas condiciones para que se produzca la deliberación son: ausencia de restricciones externas, buena voluntad, capacidad de dar razones, respetar a los otros por en el desacuerdo, deseo de entendimiento, cooperación y colaboración, compromiso.

Detrás de la actitud deliberativa hay un modo de concebir el conflicto ético no sólo como dilema, sino como problema. El que ve en los conflictos sólo dilemas, al dialogar parte de un punto de partida inamovible (creencias, preferencias...), considera las cuestiones éticas como algo que tiene que ser siempre respondido y hay *una* solución correcta, puesto que se plantea un dilema entre dos posturas, defendiéndose aquella que se cree correcta. En cambio, el que ve en los conflictos éticos *problemas* más que *dilemas*, se sitúa de manera abierta en el debate ético, considera que la solución no se tiene desde el principio, que se puede cambiar de punto de vista, que el punto de llegada serán decisiones prudentiales, no a certezas ni soluciones únicas (la ética no es matemática).

Para proceder a analizar un caso problemático en un grupo, como un Comité de Bioética, por ejemplo, el procedimiento propuesto es el siguiente:

#### 1. RECOGIDA DE DATOS

- Historia del conflicto por problemas
- Recogida o solicitud de informes: social, psicológico, jurídico, espiritual, enfermería, otros servicios.
- Entrevistas: Ayudado, agente social, familiares...

#### 2. DISCUSIÓN DE PROBLEMAS

- Comprensión de los problemas y su lenguaje: Sociales, psicológicos, de salud, espirituales.

#### 3. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS ETICOS

- Diferenciar, enumerar y definir todos.
- Problemas: pasados, presentes y futuros.
- Árbol de problemas.

#### 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE CADA UNO SEPARADAMENTE

- Árbol de cursos de acción.

### 3. JUICIO MORAL

Cuando hay un conflicto entre principios, hay que tener en cuenta primero el momento “deontológico”, es decir los principios de no maleficencia y de justicia, que establecen lo que se debe hacer. Y después los principios de beneficencia y autonomía, analizando las consecuencias (o momento “teleológico”). Cualquier juicio ético será rechazado si no respeta el sistema de referencia moral (o canon) según el cual todo ser humano es persona y en tanto que tal, tiene dignidad y no precio y en tanto que personas merecen igual consideración y respeto.

En realidad, la deliberación moral es compleja, pero se puede adquirir el hábito de discernir porque creemos que para dar un trato de calidad y calidez tenemos que hacer siempre autocrítica de cómo mejorar nuestra atención, porque no queremos caer en verdades fundamentalistas ni en el mero subjetivismo, porque creemos que la búsqueda ante todos de la verdad vale la pena. Lo importante tal vez no sea tanto la meta, sino el camino que recorreremos.

Queremos ir más allá de la “ética de mínimos” o del cumplimiento del mero deber. Queremos tratar a los demás con excelencia profesional y humana. Los desafíos éticos que nos plantea nuestra cultura merecen ser reflexionados y tenemos una palabra que decir.

Algunas indicaciones prácticas para analizar un caso y debatirlo en grupo son las siguientes:

1. Lectura detenida del caso.
2. Esclarecimiento de los problemas: solicitar información para aclarar dudas.
3. Identificación de los problemas manifiestos o latentes.
4. Selección de uno de los problemas bioéticos enumerados. Puede hacerse a partir de varios criterios.
  - a. Porque es un problema considerado más grave o de mayor incidencia en la práctica.
  - b. Porque es el que más angustia a la persona, a la familia o al equipo.
  - c. Porque es el problema que ha motivado la consulta al Comité o al equipo.
5. Análisis bioético del problema elegido mediante:
  - a. La jerarquización de los principios bioéticos que entran en juego.
  - b. Según el criterio de la distinción entre la ética de mínimos y la ética de máximos.
6. Conclusión.

Juicio bioético consistente en la decisión que se recomienda tomar, como la más adecuada ante el problema analizado. Juicio que debe ir fundamentado en valores objetivos, para no caer en el puro casuismo.

#### **- Caso: Juana no quiere ir al hospital**

Juana tiene 86 años. Su familia más cercana está formada por dos nietos y una nuera que de vez en cuando le visitan. Está ingresada en una residencia de ancianos. Ingresa tras sobrevivir a un intento de suicidio planeado junto con su marido y en el cual ella sobrevivió por volverse atrás en el último momento.

Padece una cirrosis hepática, tiene varices esofágicas, y -según el médico psicoterapeuta- síndrome depresivo. En su estancia en el Centro ha tenido otros episodios depresivos, tras los cuales mostraba interés por la vida. Está siendo atendida por el equipo de la residencia, en el cual hay varios médicos que examinan diariamente los casos más agudos. Hace un mes tuvo un episodio que requirió, a juicio de los médicos, ser trasladada a un hospital especializado en el que le pudiesen trasfunder sangre y hacer otros tratamientos específicos. Además, Juana tiene una pierna amputada y diabetes.

La experiencia del traslado no fue de su agrado. Ya desde hacía tiempo venía diciendo que si le sucedía algo, (conociendo la práctica de la residencia en estos casos), que no le llevasen a ningún hospital. En aquel caso se hizo y a su regreso insistió de nuevo en que no deseaba ser trasladada. La residencia -confiesa ella- es su casa y allí quiere morir.

### Situación actual

En el momento presente el cuadro se vuelve a repetir y de nuevo tiene hemorragias. La *situación clínica*, descrita por el médico, es la siguiente:

- precisa transfusión sanguínea a la vista del hemograma
- reactivación del síndrome depresivo.

A la vista de este cuadro, el juicio de los médicos es que hay que trasladarla al hospital de nuevo. Ella se niega. Manifiesta su deseo de quedarse en la Residencia. El doctor señala que la paciente tiene deseos de morir por su depresión.

La opinión de *enfermería* no coincide totalmente con la valoración que se hace de la situación anímica de la paciente, argumentando que:

- conociendo a la paciente, ella está capacitada para decidir en el momento actual
- había tenido otra experiencia anterior y su decisión estaba en línea con las manifestaciones anteriores al respecto, tomadas con serenidad y lucidez.

También la *trabajadora social*, conocedora de la paciente afirma que Juana es consciente de su estado y de sus expectativas de vida y que su voluntad de morir serenamente y en el Centro está por encima de que sea ahora o después del tratamiento que sería vivido como agresivo por parte de ella.

El *agente de pastoral*, conocedor del agravamiento de la situación de Juana, se hace presente en su habitación como lo venía haciendo de forma asidua los últimos días. Juana reitera su deseo de no ir al hospital. El agente de pastoral habla con el médico y se informa exactamente de las posibles consecuencias de una tal decisión. Es muy probable de que fallezca en breve si no se le traslada. El agente de pastoral entonces vuelve a hablar con Juana y le explica abiertamente la situación: "*Estás mal. Como ves, has perdido sangre. El médico cree que deberías ir al hospital para que te traten con medios que aquí no hay. Si no vas, es posible que te mueras*". Juana insiste en que no desea ser trasladada. Habla también abiertamente. Dice que ella sabe perfectamente lo que le está sucediendo, que sabe que ha llegado el final, que lo acepta, que ella misma se las verá con Dios y arreglará sus cosas. El agente de pastoral le asegura que hablará con el equipo.

En el equipo se habla sobre la situación y parece no haber acuerdo, de manera que se determina hablar con el *director* como último responsable de la institución. El director habla de nuevo con la paciente y recibe el mismo mensaje: desea quedarse aceptando que muy probablemente morirá y que si fuera trasladada cabría alguna posibilidad de superar el momento actual. El director decide que no sea trasladada a no ser que Juana cambie de opinión.

*Indicaciones para la reflexión individual y en grupo:*

- ¿Es un conflicto muy raro o hay otras situaciones semejantes en las Residencias?
- ¿Qué valores están en conflicto en este caso?
- ¿Cómo se actuó y cómo se cree que se debería actuar en esta u otras situaciones semejantes?
- Esta situación, ¿lanza algún reto a los Centros Geriátricos ante los problemas éticos? ¿Es necesario que en los Centros Geriátricos exista un Comité de Bioética?
- ¿Qué informes se solicitarían antes de hacer un juicio ético mediante la deliberación en grupo?

#### **- Caso: el afilador de la Plaza de España**

El siguiente caso está basado en el testimonio recogido por un agente social, psicóloga trabajadora del Centro de Atención Integral de Personas Sin Hogar, perteneciente a una Cáritas Diocesana. Y lo transcribe así:

Noviembre

*“A Fernando lo habéis visto, seguro, por la Plaza España, con su bicicleta de afilar, sentado al sol o afilando algún cuchillo de cualquier familia. Es, según me dicen los de aquí, los que han vivido tantos años en esta pequeña ciudad, el Afilador (con mayúscula de nombre propio) del Bar Madrid. Y que el Bar Madrid es el Bar (también con mayúscula de nombre propio) de toda la vida. Y tiene su personaje de toda la vida, al que nadie conoce por Fernando, que es el Afilador de la Plaza España.*

*Analfabeto, aunque nació en Madrid (aquello fue por casualidad). El es de aquí, también de toda la vida. Vivió en esta ciudad con sus padres y su único hermano, siempre de alquiler. Ya lleva años solo, soltero, no tiene a nadie. Pero no ha dejado un solo día de acudir a su “trabajo”, donde le esperan a diario, y a “estar con los amigos”. Pocos días afila. A veces unas tijeras, otras unos cuchillos, otras nada. Pide 400, pero luego le dicen que se quede con las vueltas, así que suelen ser 500. Ahora con el euro habrá tenido que redondear, y no creo que haya sido a la baja.*

*Hace tres meses salió de su casa, como siempre, temprano, para ir al Bar Madrid a plantarse con su bicicleta de afilador. Y volvió, como siempre, por la tarde. Su casa se había quemado, se había dejado la estufa encendida y se prendió el colchón. Lo llevaron a un albergue a pasar la noche. Y son ya las noches de tres meses las que ha pasado en ese albergue.*

*Fernando no ve. El dice que el médico le dijo una vez que tenía “la vista muy chica” y que no le pueden hacer nada. El oído también anda bastante perdido, aunque la comunicación es posible y no muy complicada si uno se sitúa en el ángulo adecuado y utiliza el volumen y la entonación justas. Al principio de estar en el albergue no le dejaban salir de allí, y no entendía bien por qué. El caso es que tuvo más de una semana su trabajo abandonado. En realidad en el albergue no conocían bien su historia, ni sus capacidades, tenían miedo de que le pasara algo si salía solo, que le atropellara un coche, que se perdiera, que se fuera y no quisiera volver. Hasta que llamaron a sus amigos del Bar Madrid, y entendieron que Fernando no podía faltar a su cita diaria con su bicicleta de afilador, y que había que ingeniárselas para que él pudiera continuar con su rutina y con su vida cotidiana.*

*Y es que Fernando sabe muy bien lo que quiere. Es cierto que no tiene hábitos de higiene, que su casa se encontraba en muy mal estado a pesar de que tiene un auxiliar de ayuda a domicilio que le hacía la limpieza, pero él no ha querido nunca que nadie se inmiscuya en su vida y mucho menos que le obligue a lavarse o a mantener la casa en orden. Y él dice que se las apaña solo perfectamente. Los vecinos no opinan lo mismo, especialmente cuando se deja los grifos abiertos y les inunda la casa, cuando se deja la radio puesta a todo volumen toda la noche, cuando huele mal. Y cuando temen que del próximo incendio no puedan salir como esta vez.*

*Fernando nos lo ha dicho bien claro. Al asilo no quiere ir, que ya estuvo dos veces y allí no dan de comer ni se está bien. Además, ¿qué va a pasar con su trabajo? Si deja de ir le van a decir todos que dónde anda. El está muy bien solo, se compra su fruta (porque los médicos dicen en la tele que tiene muchas vitaminas), come por ahí, a veces le dan algo en el Bar Madrid, a veces se paga él un cocido barato, y su tabaco, que con lo poco que le dan de pensión ya no le llega para más. Y es que es un misterio en qué se gasta el dinero, pero eso no lo sabremos nunca porque todos sus tesoros los lleva enterrados en el fondo de su eterno gabán, que solo se quita para dormir, y lo mete debajo de la almohada. Aunque a veces en el albergue se lo quitan y se lo lavan, y a él se le llevan los demonios porque ya está bien de empeñarse en lavarle la ropa que está limpia.*

*Este es Fernando, un personaje en su pequeña ciudad. Cualquiera día se lo lleva un coche, o se cae, o se coge una infección comiendo lo que deja por casa días y días... El sabe muy bien lo que quiere y, quiere seguir viviendo como hasta ahora, solo, sucio, organizado a su manera, a gusto en su desorden.*

*¿Tiene impedimentos para vivir solo? Muchísimos. No ve. No oye. No sabe mantener la higiene. Probablemente esté mal alimentado. Pero le ilusiona salir cada mañana camino de “su trabajo”, aunque la mayoría de los días vuelve diciendo que no ha afilado nada. Le ilusiona volver por la noche a “su casa”. Probablemente estaría mejor en una residencia perdida en cualquier pueblo. Pero no sería feliz. ¿Estaría mejor? ¿Quién puede decidir el valor de las cosas? ¿Vale más la seguridad física o la emocional? ¿Vale más un cuarto aseado y una buena alimentación o la seguridad que da la rutina conocida y amada? ¿Vale más morir bien atendido en una cama limpia que atropellado por un coche camino de lo que uno siente como “Suyo”?”*

Junio siguiente

*“Pasan los meses y Fernando sigue en el mismo Albergue a donde lo llevaron a pasar dos noches, hace ya casi seis meses. En realidad su casa ya está arreglada, pero a él no se lo han dicho. Su situación se ha presentado al juzgado y la fiscalía, para que lo declaren incapaz, le nombren un tutor y le ingresen en un Centro de Mayores donde pueda estar bien atendido. Y está esperando, porque dentro de unos días tiene el juicio para que se acabe de decidir si es capaz o incapaz. ¿De qué?. Él ya le dijo al juez que se apaña mal sol, pero que al asilo no piensa ir.*

*Han ocurrido nuevos acontecimientos que nos vuelven a plantear más dudas sobre la capacidad de obrar de Fernando. Le iban a llevar a la Comisaría a hacerse el carnet de identidad. Para hacerse el carnet hacen falta fotografías. Un día volvió con las fotos hechas, pues ya se había molestado en preguntar dónde se hacía eso. Otro día les explicó a los del albergue que no le llevaran a hacerse el carnet, que él ya se lo había hecho. No había manera de que se lo creyeran, así es que les tuvo que enseñar el resguardo. ¡Como si él no supiera que la Comisaría está en la calle Mayor y que hay que ir por las mañanas!, y que luego, esperando unos días, tenía que volver a recogerlo. Como así hizo.*

*La cartilla de la Seguridad Social tampoco la tenía, y le dijeron dónde se la podía hacer, lo que pasa es que es un edificio muy grande, con muchos pisos, y hay que coger un ascensor, y él no sabía dónde era. Un día se acercó un voluntario al Bar Madrid a acompañarle a hacerse la cartilla. No le creía cuando Fernando le dijo que un funcionario muy amable le había arreglado todo, no le creyó hasta que se la enseñó.*

*Y además, Fernando ha sido acompañado al oculista desde el centro. El médico le dijo que un ojo lo tiene perdido, pero que del otro le pueden operar, y además que le iban a poner preferente en la lista de espera. Y él está contento, porque quiere que le operen y ver. Y esto me anima a mí también, porque lleva una temporada que está cada vez peor, como si estuviera perdiendo facultades. Y pienso si a Fernando no le ocurre como a otras personas mayores que les sacan de su entorno y que ya tienen “al límite” la capacidad de adaptación.*

*Lo cierto es que Fernando se siente cada vez menos autónomo, al menos así lo interpreto yo cuando él acepta mejor la ayuda, y cuando se queda en el Centro en vez de salir a la calle si el día amanece más frío o más nublado.*

*Dentro de unos días tendrá que volver al Juzgado para ver cómo se resuelve su expediente de incapacidad. Aún no se sabe nada de la operación. En el Centro han preferido no remover nada de la operación, para que no llegue el día del juicio con su vista mejorada y el juez pueda pensar que ahora sí puede manejarse solo. Tampoco se ha hecho nada para trasladarle a su casa por el mismo motivo. Y Fernando no pregunta ni por su casa, ni por cuándo va a salir de aquí. Y parece realmente estar peor que cuando vino.*

*Todo esto me plantea mil preguntas en torno a lo que es éticamente más correcto, en cuanto a lo más justo, en cuanto a lo mejor para Fernando y a su incapacidad, en cuanto a nuestras actuaciones... preguntas que se quedan sin resolver en mi interior y que necesito contrastar con otros”.*

### *Indicaciones para la reflexión individual y en grupo*

- En este caso, el inicio del análisis podría proceder así:

1. Ordenar la información:

- Datos personales.
- Datos sociales.
- Datos de salud.

2. Solicitar información.

- Edad.
- ¿El incendio afectó a los vecinos?
- ¿Cuánto no ve?
- ¿Qué problemas reales ha generado a sus vecinos?
- ¿Cómo funciona el asilo realmente?
- Situación económica concreta.
- ¿Quién ha arreglado la casa?
- ¿Quién ha solicitado la incapacidad?
- ¿Se le ha ofrecido la institucionalización expresamente, intentando persuadirlo?
- ¿Cuánto dura el proceso de incapacidad?

3. Identificar problemas.

- a. Ocultamiento de información: su casa.
- b. Peligro público para los vecinos. Necesidad de proteger a los vecinos (seguridad).
- c. Incapacitación.
- d. Institucionalización en un lugar que no tiende a ser definitivo y el proceso de institucionalización en Residencia.
- e. Seguridad, salud, deterioro y descuido. Prevención y hábitos saludables.
- f. Prejuicios: no sabe DNI... Duda sobre su competencia sin verificarla.

4. Elegir un problema: Se podría elegir el de la oportunidad o no de la incapacidad, por su relevancia e implicaciones en el resto.

### *Indicaciones para la reflexión individual y en grupo:*

- En grupo, suponiendo que se tienen los informes pertinentes –imaginarlo-, establecer posibles cursos de acción para el conflicto de la incapacidad.

- Analizar las ventajas e inconvenientes de cada uno de los posibles cursos de acción, es decir, las consecuencias de los mismos.
- Tomar conciencia y compartir sobre la complejidad de la vida moral y la oportunidad de deliberar en situaciones difíciles como ésta.

**- Caso: María José querría estar en su casa:**

*María es una señora de 86 años. No tiene hijos y hace unos seis meses que su marido murió. La encuentro recostada en un sillón, arropada con una manta. Hace un año fue operada de un cáncer de colon y en la actualidad sufre grandes dolores de pierna de causa desconocida que le impiden prácticamente pasear. Además tiene altos niveles de glucosa en sangre, pero ella se niega a ser tratada por ese motivo. Está en la Residencia donde no se siente bien.*

- A.1 ¡Hola! ¿Qué tal?
- B.1 Hola. Pues... mira, aquí estoy. Me he echado un rato y me acabo de levantar a ver un poco la tele.
- A.2 Muy bien; ahora habrá alguna película española que seguro que le gustará ver a usted. (Hace un gesto con la cara queriéndome decir que no tiene mucho ánimo).  
¿No ha salido al sol un ratito?
- B.2 ¡Qué va! No he tenido ánimo. Además hoy me duele mucho la pierna.
- A.3 ¿Le han puesto algo?
- B.3 No, esta tarde no he visto a nadie. Yo creo que no me la quieren poner. Llevaba sin dolores por lo menos tres días, pero hoy...
- A.4 No se preocupe que yo voy a hablar con la enfermera ahora.
- B.4 Gracias, mujer. (Comienza a llorar. Me acerco a ella y me siento en el brazo del sillón).
- A.5 Venga, no llore. ¿Qué le pasa?
- B.5 ¡Cómo no voy a llorar! No me quieren mis hijas en su casa. Por eso me han traído aquí. Yo no se lo pedí. (Llora) Cuando vienen a verme casi ni me hablan. Me tendrían que acompañar al Centro de Salud a consultas que me piden aquí, pero no vienen conmigo. Parece que les moleste que esté viva. Y no es que yo no aporte nada, que bien que les he ido dando; todos los meses les doy la propina. Hasta mi sobrino. Yo le crié y ahora eso no me lo tiene en cuenta. Si aquí estoy prácticamente sola.
- A.6 Ya, pero tiene que comprender que ellos trabajan y no pueden estar siempre aquí con usted. No piense que no la quieren. Seguro que están muy ocupados.
- B.6 (Me interrumpe) Si yo me querría ir a mi casa. Podría pagar a una chiquita que me ayudara a hacer las cosas y que me hiciera compañía.
- A.7 Pero aquí va a estar mejor, más calentita, y no tiene que preocuparse de nada.
- B.7 Ya. (Con ironía) No quieren más que deje el dinero cuando yo me muera. Por eso vienen lo poco que vienen, para que no me olvide de dejarles el dinero. Pues a lo mejor no se lo lleva nadie y se lo doy a la Residencia, o para los pobres.
- A.8 Bueno, eso lo tiene que decidir usted. Ahora debe preocuparse por usted y o pensar esas cosas. No creo que la dejen tirada, ¿no cree?
- B.8 Más tirada que estoy... No, no les intereso, me metieron aquí a la fuerza y yo no quiero estar aquí. Quiero estar en mi casa. Bueno, anda, gracias por escucharme.
- A.9 De nada. Lo haré siempre que quiera. Hasta luego.

*Indicaciones para la reflexión individual y en grupo:*

- Hacer una lista de problemas éticos que se detectan e identificar cuál podría ser el prioritario para debatir en un grupo emitir un juicio ético.
- ¿Qué principios están en juego en el hecho de que esté ingresada involuntariamente?
- Analizar el estilo relacional del agente de salud y valorar si es oportuno en relación a la situación en que se encuentra María José.

### **- Directrices anticipadas y testamento vital**

En los últimos años se está tomando conciencia creciente de la necesidad de respetar la autonomía de las personas al final de la vida. El problema es que algunas veces los propios criterios o deseos no pueden ser manifestados. Por eso se habla de directrices anticipadas o testamento vital mediante el cual se puede dejar por escrito el deseo de que cuando no se pueda expresar la propia opinión respecto al tratamiento o curso a seguir, los profesionales del cuidado no caigan en el encarnizamiento terapéutico.

En diferentes lugares se está legislando al respecto y creemos que es un indicador de humanización por lo que tiene de promoción del respeto a la autonomía de la persona mayor. Lejos de temer la eutanasia, por este camino promovemos un trato digno y cualificado, adecuado a la situación de la persona en cada momento. En la década de los 70 el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española trabajó sobre este tema y difundió una fórmula interesante de testamento vital. El texto dice así:

“A mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario:

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como si se tratara de un testamento.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo y absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que suscribe ....., pido que, si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irreparable, o se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta declaración.

Firma.      Fecha.”

En algunos casos, la existencia de testamento vital por parte de las personas mayores evita o anula el malestar de los cuidadores. Por eso, sería adecuado promover que las personas mayores expresaran sus directrices previas o voluntades anticipadas, por ejemplo en el momento del ingreso, siempre sujetas a ser cambiadas y revisadas.

### **3. La persuasión**

*“En este tiempo solicitó don Quijote a un labrador vecino suyo, hombre de bien (si es que este título se puede dar al que es pobre), pero de muy poca sal en la mollera. En resolución, tanto le dijo, tanto le **persuadió** y prometió, que el pobre villano se determinó de salirse con él y servirle de escudero. Decíale, entre otras cosas, don Quijote que se dispusiese a ir con él de buena gana, porque tal vez le podía suceder aventura que ganase en quitame allá esas pajas alguna ínsula, y le dejase a él por gobernador della. Con estas promesas y otras tales, Sancho Panza (que así se llamaba el labrador) dejó su mujer e hijos, y asentó por escudero de su vecino.”<sup>32</sup>*

En el cuidado a las personas mayores, con frecuencia es necesario persuadir, particularmente ante las negativas a indicaciones terapéuticas y especialmente cuando tal negativa tiene repercusiones indeseables sobre terceros o serias consecuencias sobre la salud o por el carácter irreversible de la negativa. Puede ser el caso tan sencillo como que la persona mayor no se deje ayudar a higienizarse o no quiera comer o ir al hospital a hacer una prueba...

Si es cierto que el acompañamiento al mayor a adoptar estrategias constructivas, adaptativas, favorables a los procesos terapéuticos y de integración es importante, no se nos escapa la dificultad que tiene la persuasión por el directivismo que puede contener y por la proximidad entre ella y la manipulación.

El diccionario dice, al definir “persuadir”, dice: "Inducir, mover, obligar a uno con razones a creer o hacer una cosa". (Espasa) Por su parte, un diccionario de *counselling*<sup>33</sup> dice: "Persuasión: acto de influir; inducir una determinada respuesta o convicción a otro. La mayor parte de los ayudantes evitan el intento de persuadir a los ayudados, dando mayor importancia a los procesos de toma de decisión autónomos individuales. Se ha defendido, de todas formas, que el *counselling* contiene inevitablemente al menos una parte de persuasión, tanto a nivel de relación ayudado-ayudante como a nivel de formación y profesionalización.

Algunos autores, presentan los siguientes límites a la persuasión y a las técnicas sugestivas:<sup>34</sup>

- Suele ocuparse directamente de suprimir los síntomas sin ofrecer ninguna comprensión de la base emocional que los sustenta y existe el peligro de que la curación se reduzca a un fenómeno transitorio de alivio psíquico, ya que las defensas del ayudado se mantienen y no se inicia una reeducación en orden a que tome actitudes más responsables ante sus problemas y dificultades personales.

- Sabemos que los síntomas, a veces no son más que simples elementos de compensación utilizados para defenderse. Suprimir el síntoma, entonces, tiene el peligro de dejar a la persona sin defensas frente a su derrumbamiento interior.

---

<sup>32</sup> Miguel de Cervantes, “Don Quijote de la Mancha”, cap. VII. La negrita es mía.

<sup>33</sup> FELTHAM C., DRYDEN W., "Dizionario di counseling", Roma, Sovera, 1995.

<sup>34</sup> Cfr. JIMENEZ J., PINZON H., "Técnicas psicológicas de asesoramiento y ayuda interpersonal ("counseling")", Madrid, Narcea, 1983, p. 110-112.

- Los métodos persuasivos que infravaloran delante del interlocutor la importancia de los síntomas, pueden impulsarle, como reacción, a acentuar los fenómenos neuróticos por un mecanismo elemental de autojustificación.

- Los métodos que no actúan sobre la falta de madurez radical de la persona, tienen el peligro de crear nuevas actitudes de dependencia con relación al ayudante, alimentando así su inmadurez psíquica.

En la relación entre agente de salud o social y la persona mayor, hay situaciones en las que podemos hablar claramente de persuasión.

Está claro que ante un paciente que no se quiere lavar, ante una persona que no quiere abandonar conductas antisociales o que no decide afrontar situaciones de exclusión, el agente social o de salud tendrá que adoptar estrategias de persuasión, pero con algunos criterios, entre los cuales:<sup>35</sup>

\* con la prudencia y la humildad de quien no quiere conducir la vida del otro ni se considera poseedor de la verdad;

\* en clave de acompañar a tomar decisiones responsables y saludables para sí mismo y para los demás;

\* promoviendo al máximo la responsabilidad;

\* facilitando que las conductas sean adoptadas por razones que el ayudado encuentre dentro de sí como válidas o descubra su validez, aunque inicialmente vengan de fuera;

\* el secreto está:

- en el peso de los argumentos en sí

- en la bondad de la intención

- en el modo de inducir al otro (los medios utilizados)

- en los valores que conducen a quien persuade

- en el objetivo de la persuasión, no centrado en la ley ni en la norma, sino en la persona y sus posibles repercusiones sobre terceros.

Aquí la relación de ayuda tiene que entrar en diálogo abierto con los planteamientos éticos de respeto a la autonomía de la persona mayor, en posible conflicto con los demás principios éticos.

Pero la línea divisoria entre la persuasión, la manipulación y la coerción es muy sutil. Diego Gracia ha estudiado el tema a propósito del consentimiento informado necesario en la relación terapéutica. A él acudimos:

“Un acuerdo de participar en un experimento constituye un consentimiento válido si ha sido dado voluntariamente. Este elemento del consentimiento informado exige unas condiciones libres de coerción e influencia indebida. Se da coerción cuando se presenta intencionadamente una exageración del peligro de la enfermedad con el fin de obtener el consentimiento. La influencia indebida, por contraste, ocurre cuando se ofrece una recompensa excesiva, sin garantía desproporcionada o inapropiada o cualquier ofrecimiento con el objeto de conseguir el consentimiento. Del mismo modo, incentivos

---

<sup>35</sup> Cfr. BERMEJO J.C., CARABIAS R., “Relación de ayuda y enfermería”, Santander, Sal Terrae, 2001<sup>2</sup>, pp.160-162. Ver también BERMEJO J.C. (Ed.), “Salir de la noche. Por una enfermería humanizada”, Santander, Sal Terrae, 1999, pp.189-201.

que ordinariamente serían aceptables pueden convertirse en influencia indebida si el sujeto es especialmente vulnerable.

Se dan presiones injustificadas cuando personas que ocupan posiciones de autoridad o que gozan de influencia –especialmente cuando hay de por medio sanciones posibles- urgen al sujeto a participar. Sin embargo existe siempre algún tipo de influencia en este tipo y es imposible delimitar con precisión dónde termina la **persuasión justificable** y dónde empieza la influencia indebida. Pero la influencia indebida incluye acciones como la manipulación de las opciones de una persona, controlando la influencia de sus allegados más próximos o amenazando con retirar los servicios médicos a un individuo que tiene derecho a ellos.”<sup>36</sup>

La relación entre autonomía y ausencia de influjo externo es presentada por Diego Gracia, a la vez que distingue entre tres términos para referirse a los tres modos más importantes de ejercer la intencionalidad: la coerción, la manipulación y la persuasión.

“La coerción existe cuando alguien intencional y efectivamente influye en otra persona amenazándola con daños indeseados y evitables tan severos, que la persona no puede resistir el no actuar a fin de evitarlos. La manipulación, por el contrario, consiste en la influencia intencional y efectiva de una persona por medios no coercitivos, alterando las elecciones reales al alcance de otra persona, o alterando por medios no persuasivos la percepción de esas elecciones por la persona. La persuasión, finalmente, es la influencia intencional y lograda de inducir a una persona, mediante procedimientos racionales, a aceptar libremente las creencias, actitudes, valores, intenciones o acciones defendidos por el persuasor”.<sup>37</sup>

Cutlip y Center enumeran cuatro principios de la persuasión:

El primero es el de la *identificación*. La gente, por lo general no hace caso de una opinión, de una idea o un punto de vista si no ve ninguna relación con sus propios miedos y deseos, con sus esperanzas y aspiraciones. Por eso, nuestro mensaje debe construirse de modo que suscite interés en el interlocutor.

Según el principio de la *acción*, la gente difícilmente compra ideas que estén desligadas de la acción. Por tanto, si no ofrecemos consejos o sugerencias acerca de cómo hacer operativa una idea, nuestra interpelación no será escuchada.

Según el principio de la *familiaridad* o de la *confianza*, estamos dispuestos a comprar ideas sólo a las personas en las que confiamos. La credibilidad es la mejor credencial ante quien ha de recibir nuestro mensaje (es típico de algunos publicitarios mostrar testimonios de clientes satisfechos).

Por último, según el principio de la *claridad*, dado que la gente tiende a ver las cosas o blancas o negras, conviene no crear confusión; hay que usar conceptos claros y unívocos, utilizando palabras, símbolos o estereotipos que el destinatario comprenda y pueda reconocer.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> Informe Beltmon, p. 7.

<sup>37</sup> GRACIA D., “Fundamentos de bioética”, Madrid, Eudema, 1989, p. 185.

<sup>38</sup> Cfr. S. M. CUTLIP- A.H. CENTER, “Nuovo manuale di relazioni pubbliche”, Angeli, Milán, 1993, citado por: MAJELLO C., “El arte de hablar en público”, Madrid, San Pablo, 1998, p.28.

Aplicado a la persuasión con personas mayores, estas indicaciones reclaman la importancia de ser concretos y prácticos para convencer, generar confianza con la persona mayor para que se fíe de la bondad de la propuesta, y ser claro en aquello a lo que se incita, con las palabras más comprensibles para la persona mayor.

Hay tres momentos claves en los que surgen las discrepancias entre ayudante y ayudado: cuando el primero da explicaciones, cuando propone una medida concreta, o cuando ambos evalúan los resultados de un determinado consejo o medida recomendada. En estos momentos el profesional desearía tener dotes persuasivas, y envidia secretamente a los colegas provistos de tal cualidad.

Las personas persuasivas generan confianza, seguridad, y son vistas como “creíbles” y “desinteresadas”. ¿Cómo lograr crear esta imagen? Y, sobre todo, ¿cuáles son las características de sus mensajes, de su manera de comunicarse?

La persona persuasiva es casi siempre una persona asertiva, que sabe moverse de manera armoniosa, con una reactividad más bien baja y cierta dosis de cordialidad. En cuanto a los mensajes “persuasivos” es preferible que éstos sean argumentados (es decir, que expliquen los motivos que aconsejan tal o cual recomendación) pero sin exponer los pros y contras de otras alternativas, a menos que nuestro interlocutor tenga un elevado nivel cultural. Si prevemos oposición a nuestro consejo resultará más persuasivo que lo iniciemos con los argumentos que lo apoyan para, a la postre, introducir la recomendación. Si no es éste el caso preferiremos siempre iniciar nuestra intervención directamente por las conclusiones, y después argumentarlas de manera conveniente.

Los llamamientos al miedo (“si no hace esta dieta puede cogerle un infarto”, etc.), suelen tener un grado moderado de eficacia, pero lo pierden completamente si se perciben tintes dramáticos. En tal caso, el ayudado experimenta un rechazo global al mensaje, y prefiere “no pensar en ello”, olvidando por igual la recomendación y la amenaza. También evitaremos un énfasis repetitivo y excesivo, pues puede dar a entender que estamos “demasiado interesados” y que, consecuentemente, puede haber algo deshonesto en todo ello.

Cuando la opinión de la persona mayor es radicalmente divergente a la nuestra y no le convencemos, nuestra imagen sufrirá cierta devaluación. El anciano no puede aguantar la contradicción de creernos mejores que él (o más informados), y a la vez pensar que es él quien tiene razón. Por consiguiente disminuye esta contradicción devaluando la imagen que tenía de nosotros: “lo creía muy bueno/a, pero la verdad es que de mi caso no sabe nada; es más, yo mismo estoy mejor informado y sé mejor que nadie lo que en realidad me conviene”.

¿Cuándo no somos persuasivos?
Al advertir a la persona: “voy a decirle algo en lo que probablemente no va a estar de acuerdo”. Cuando no argumentamos nuestras decisiones. Al insistir reiteradamente “en la necesidad de hacer lo que le digo”.

---

Cuando las llamadas al miedo son excesivas y dramáticas.  
Cuando dispersamos la atención del ayudado impidiendo que asimile los razonamientos de fondo.  
Cuando impedimos o intimidamos al ayudado en la exposición de sus argumentos.  
Al convertir el diálogo en una fuerte discusión que sólo puede saldarse con un deterioro en la autoimagen del ayudado.<sup>39</sup>

### - Caso: Claudia no quiere andar

*Claudia es una mujer que vive con su hija en casa y viene de lunes a viernes al Centro de Día. Tiene 75 años. La conversación tiene lugar en el salón de rehabilitación-terapia ocupacional.*

- A.1 ¡Hola, Claudia! ¿Qué tal?
- B.1 Mal. Muy mal. (Llorosa y con su mirada triste).
- A.2 ¿Qué le pasa?
- B.2 Llévenme a casa, por favor. Me quiero ir a casa. A este paso me dejan aquí día y noche, día y noche. (Se tapa los ojos con la mano y llora).
- A.3 Cree que se va a quedar aquí, pero por la tarde va a volver a casa con su hija.
- B.3 Ya, pero a este paso me dejan aquí siempre. (Lo dice con rabia y llorando).
- A.4 Y usted no quiere quedarse, ¿verdad?
- B.4 No quiero, pero me van a dejar aquí porque no puedo andar.
- A.5 Tiene miedo de que la dejen aquí porque no puede andar.
- B.5 Mi familia me quiere mucho. En casa me hacen andar, pero no puedo. (Se queja y llora). Me duele mucho la pierna. Me operaron hace muy poco. (La expresión de la cara sigue reflejando tristeza).
- A.6 Parece que en casa se preocupan por usted y la hacen andar porque la quieren y no desean que tenga que quedarse para siempre en una silla de ruedas; por eso han pensado que venga al centro de Día unas horas. Esto le puede ayudar a caminar antes y mejor.
- B.6 Pero me moriré aquí, en una silla. No puedo andar. (Llora)
- A.7 Le duele mucho la pierna y cree que no puede andar. Yo la he visto caminar y pienso que puede mejorar mucho. ¿Quiere que probemos a andar un poquito?
- B.7 No. Me duele. (Empieza a quejarse más fuerte)
- A.8 Ya sé que le duele, pero si lo intenta todos los días un poquito, cada vez le costará menos. Si no lo hace, su cuerpo se acostumbrará a no moverse y después le será más difícil hacerlo, tendrá menos fuerza para andar si no lo practica, y usted no quiere que eso ocurra, ¿verdad? ¡Vamos, Claudia! ¡A intentar andar un poquito!
- B.8 No, por favor, no me hagan andar. (Voy a buscar a una compañera y cuando vio acercarnos a las dos empezó a quejarse más fuerte).
- A.9 ¡Venga, Claudia! De aquí a las paralelas como el otro día. Si no puede la volveremos a sentar. Irá bien apoyada en nosotros dos. Ya verá qué alegría le da a su hija cuando le cuente que esta tarde ha estado andando. (Mientras le retiro los posapiés de la silla de ruedas. Ella seguía quejándose, pero se incorporó como con intención de levantarse. La levantamos y empezamos a andar un poco con ella. Se quejaba de dolor y temía caerse, pero colaboraba. Al caminar le reforzábamos verbalmente y le asegurábamos que estaba bien cogida por nosotros).

*Indicaciones para la reflexión individual y en grupo:*

---

<sup>39</sup> BORRELL i CARRIÓ F., "Manual de entrevista clínica", Madrid, Haracourt Brace, 1998(4), p. 172-173.

- Constatar en qué medida el estilo visiblemente empático y reforzador cumple las condiciones señaladas más arriba para la persuasión.
- Reflexionar y debatir sobre hasta qué punto es lícito persuadir cuando se encuentra clara resistencia –como en este caso- a seguir las indicaciones. ¿Se respeta así a la persona?
- Pensar y compartir sobre las situaciones más frecuentes en que se encuentran dificultades para persuadir y analizar el modo cómo son afrontadas y si pueden mejorarse.

# CAPITULO VI

## ACOMPañAMIENTO A LOS MAYORES

### AL FINAL DE LA VIDA

#### 1. La muerte hoy

Afrontar el tema de la muerte resulta a la vez difícil y sugestivo. Difícil sobre todo por nuestra dificultad a aceptarla como parte integrante de la vida. Diferentes mecanismos de defensa se suscitan en nosotros para intentar evadirla y exorcizar, de alguna manera, la angustia que produce en nosotros.

Esta tendencia habitual a negar la muerte tiene encuentra alguna de sus manifestaciones en la evacuación de la misma fuera de los ambientes familiares, domésticos, como si se tratara de algo que produce vergüenza o algo impuro. Aunque conceptualmente no lo consideremos así, comportamentalmente obramos como tal.

Quizás podamos comprender la tendencia a ocultar la muerte como una consecuencia de la inaceptabilidad a nivel inconsciente de nuestra propia muerte. No hay manera de que aceptemos estar muertos. Podemos hasta imaginar nuestro cadáver, pero muertos y no existiendo, no es posible. Incluso a los cadáveres tenemos una cierta tendencia creciente a tratarlos de modo que se nos presenten “más agradables” a la vista, que parezca que el muerto está “menos muerto”, mediante el tratamiento (más o menos extendido) del maquillaje por parte de los profesionales de la gestión de la muerte y del ocultamiento: los tactanopractas.

Pero a la vez que constatamos esta tendencia, tenemos que reconocer que existe otra de otro signo, una “nueva ola cultural” que se traduce en la existencia de abundante bibliografía sobre la muerte, en la creación de centros y programas de asistencia especializada, particularmente cuanto relacionado con los cuidados paliativos.

Por su parte, los medios de comunicación, con frecuencia, hacen un tratamiento morboso de la muerte, hasta poderse hablar de “pornografía” de la muerte, de violación de la sacralidad de los momentos tan personales e íntimos propios del sujeto que muere o acaba de fallecer y de las reacciones de los seres queridos. A veces las cámaras buscan la reacción más fuerte, el charco de sangre más visible y cuanto pueda impactar más, no respetando siempre la privacidad de estos momentos.

En parte podemos decir que se ha perdido la muerte “domesticada”, en casa; ha cambiado escenario, produciéndose una muerte “clandestina” del hombre-masa que consiste en salir furtivamente, sin provocar fuertes emociones y sin causar trastornos.

Simultáneamente a esta tendencia a negar, se produce también una creciente conciencia de la importancia de los problemas éticos que se dan cita al final de la vida. Crece el interés social por los mismos: eutanasia, encarnizamiento, testamento vital, transplantes, verdad al enfermo, suicidio...

En el fondo, podríamos decir que ante la muerte podemos situarnos considerándola como problema, y entonces se reduce una realidad a algo que está “fuera de nosotros” que se consigue negar o controlar hablando mucho de ella y con frecuencia se queda en problema médico. Pero, al hilo de la reflexión de Gabriel Marcel, el misterio es algo que está dentro de mí (no fuera como el problema) y que he de vivirlo porque me envuelve (y no tiene solución como el problema). Considerada la muerte como misterio, se abren nuevas perspectivas en torno a la responsabilidad ética en el modo de vivirla y acompañar a vivirla.

Si en el siglo XV se promovió el *Ars moriendi*, ha habido que esperar al siglo XIX para que se fundaran los primeros “hospicios” (1842, Mme. Eanne Garnier, Lyon; 1905, St. Joseph’s Hospice, Londres). Es a finales del XIX cuando Berard Glüber acuña la frase “curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”, y en 1967 cuando Cicely Saunders, en Londres, St. Christopher’s Hospice, se convierte en un referente importante promotor de los Cuidados Paliativos.

En España, en 1982 se creó la primera Unidad de Cuidados Paliativos en España en el hospital Marqués de Valdecilla de Santander, reconocida por la Sanidad Pública. Después Santa Creu (Vic) y en 1992 surge la SECPAL, Sociedad Española de Cuidados Paliativos, que promoverá en el año 2000 el Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

La medicina paliativa tiene como objetivo la atención integral del enfermo (aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales) incorporando a la familia en su estudio y estrategia, promoviendo el principio de autonomía y dignidad de la persona enferma y promoviendo una atención individualizada y continuada.

Sus instrumentos básicos son:

1. Control de síntomas: saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los síntomas que inciden sobre el bienestar de los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, disnea, etc.) en otros será preciso promocionar la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.).
2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.
3. Cambios en la organización que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.
4. Equipo interdisciplinar, con espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.

Y las bases de la terapéutica paliativa pueden recogerse en los siguientes puntos:

1. Atención integral. Aspectos físicos, psíquicos, emocionales, sociales y espirituales. Atención individualizada y continuada.
2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo y requiere medidas de ayuda y educación.

3. Promoción de la autonomía y dignidad del enfermo.
4. Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleva a superar el “no hay nada que hacer”.
5. Importancia del “ambiente”. Respeto, confort, soporte y comunicación. La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales, de la familia y de medidas organizativas.

Mientras que la medicina paliativa tiene mucho más clara su identidad en oncología, la tiene menos en geriatría, donde la esperanza de vida ya es limitada por la propia edad (aunque también esta variable es poco indicadora). En todo caso, es posible hacer cuidados paliativos geriátricos<sup>40</sup>. Los cuidados paliativos se pueden aplicar a cualquier paciente con enfermedad terminal sea éste oncológico o no, cuando la finalidad del equipo sanitario es proporcionar confort al paciente; y entre la población geriátrica encontramos un gran número de pacientes con enfermedad pulmonar, cardíaca, neurológica, hepática o renal, que cumplen los criterios de terminalidad, sobre los que hay que plantearse calidad de vida y alivio de síntomas, independientemente del probable tiempo de supervivencia.

Sin duda, uno de los rostros más humanos de la medicina al final de la vida lo constituyen los cuidados paliativos. Su filosofía ha de inspirar mucho del hacer en el cuidado de las personas mayores terminales, aunque no estén en una unidad de cuidados paliativos o no sean cuidadas por un equipo de asistencia paliativa a domicilio. Ello contribuye a humanizar el final de la vida de estas personas.

## **2. Diálogo en la verdad**

La comunicación con las personas mayores en el final de la vida es un elemento fundamental para procurar calidad de vida. Este puede presentar problemas, algunos a causa de alteraciones auditivas, visuales o de lenguaje, pero todas las personas necesitan ser escuchadas de alguna manera.

Uno de las dudas que suelen experimentar las familias y los profesionales y cuidadores de las personas mayores en el proceso del morir es hasta dónde es oportuno comunicar la verdad al paciente. Algunos estudios muestran que el 60% de los ancianos consultados desean conocer la verdad en caso de enfermedad grave con muerte prevista a corto plazo, frente a un 21% que dijo que no y un 10% que no se planteó el tema.<sup>41</sup> En realidad, las personas mayores tienen más facilidad a integrar la verdad por una cuestión natural: han experimentado más pérdidas, se han familiarizado más con la finitud de la vida, son más conscientes de la proximidad de la muerte. El ocultamiento de la verdad, si no es solicitada o como resultado de una decisión deliberada de manera ponderada, no deja de ser una estrategia que habla más de las dificultades de los cuidadores que del propio paciente.

---

<sup>40</sup> Cfr. “Terminalidad en geriatría”, en UNIDAD DE MEDICINA PALIATIVA, “La medicina paliativa, una necesidad sociosanitaria”, Hospital de San Juan de Dios, Santurce, 1999, pp. 227-276. Nuestra propia Residencia Asistida San Camilo ha abierto en el año 2001 una Unidad de Cuidados Paliativos destinada preferencialmente a personas mayores y su buen funcionamiento muestra que se responde adecuadamente a una necesidad.

<sup>41</sup> Cfr. ASTUDILLO W., MENDINUETA C., ASTUDILLO E., “Cuidados paliativos en fase terminal y atención a su familia”, Pamplona, EUNSA, 1995<sup>2</sup>, p. 348.

“Algunas mañanas lloro mucho y estoy de duelo por mí mismo. Algunas mañanas estoy muy enfadado y muy amargado,”<sup>42</sup> escribe un paciente. El drama de cuanto refleja esta frase es la imposibilidad de comunicar esta experiencia abiertamente con quienes le cuidan.

Por eso, antes y más importante que *comunicar la verdad* relativa al diagnóstico o pronóstico, es *hablar en verdad*. Hablar en verdad constituye una exigencia ética para cualquier persona en cualquier momento de su vida, pero con más motivo –si cabe– en la terminalidad. Los juegos de mentiras, silencios (que terminan siendo elocuentes) y extrañas conductas alrededor de una persona que fallece o vive sus últimos días o meses, constituye un atentado a la posibilidad de ser protagonista de su propia historia.

Hablar en verdad comporta desterrar todas las frases hechas que suponen una evasiva ante el enfermo terminal mayor. Significa liberarse de la tendencia a generar conspiración de silencio, a hablar delante del paciente como si éste no fuera el protagonista, hablando de él sin su participación, llegando incluso a hablar en pasado (“qué bueno era”) cuando aún está vivo y ante nosotros.

El juego de mentiras en torno a una persona mayor que muere no es más que esperpéntico y reclama a voz en grito una ayuda para los cuidadores. Ellos también tienen su vulnerabilidad y necesitan formación y soporte emocional y espiritual para manejar con autenticidad estos momentos delicados que tendrán repercusión también en el modo cómo vivirán posteriormente el duelo.

**- Caso: No me dicen lo que tengo pero yo me muero.**

*El encuentro tiene lugar en el hospital y se produce con Francisco. Tiene cáncer hepático. Francisco tiene una hija y cuando el médico se lo diagnosticó decidió decírselo a ella, la cual manifestó que no se lo dijeran a él por ser muy mayor. Francisco tiene 89 años, pero está perfectamente a nivel mental.*

- A.1 Buenas tardes, Francisco. ¿Qué tal está?
- B.1 Hola, Lorena. La verdad es que en este hospital no se puede estar muy bien porque no hay más que cosas desagradables.
- A.2 ¡Hombre, Francisco, no diga eso! Eso le ocurre porque está enfermo y todo le sienta mal, pero cuando se encuentre mejor ya verá como todo lo ve de otra manera.
- B.2 Llevo 20 días aquí y no noto mejoría. Además no hacen más que hacerme pruebas y no me dicen qué es lo que tengo. Yo no hago más que preguntar y salen siempre con evasivas.
- A.3 Los médicos hacen lo que pueden. Tienen que atender a muchos pacientes y no tienen demasiado tiempo.
- B.3 Me da igual los pacientes que tengan. Somos seres humanos y tenemos derecho a que nos traten bien.
- A.4 ¿Le tratan mal, Francisco?
- B.4 No me maltratan; pero son ariscos y se irritan por cualquier cosa. Además no me escuchan; les da igual lo que yo diga.

---

<sup>42</sup> ALBOM M., “Martes con mi viejo profesor”, Madrid, Maeva, 1998, p. 36.

- A.5 No creo que eso sea así. Es que tienen poco tiempo.
- B.5 No sé. Yo ya no confío en ellos.
- A.6 No pierda la confianza. Seguro que quieren curarle. (Pongo mi mano en su mano, aunque siento que le estoy mintiendo).
- B.6 Yo ya no quiero que me curen. Lo único que quiero es irme a mi casa o a casa de mi hija. Aquí se me está escapando la vida sin poder hacer nada. (Se echa a llorar). Si me da igual lo que tenga, porque yo ya sé que me muero.
- A.7 Tranquilo, Francisco. Seguro que sale pronto de aquí. (Yo sabía que no se iba a curar y que difícilmente saldría de allí).
- B.7 Bueno, bueno. Eso lo crees tú. Aquí se me escapa la vida. Entre los médicos y mi hija me tienen secuestrado. Si yo ya sé que estoy muy mal y lo que tendrían que hacer es dejarme en paz, que Dios me llevará cuando quiera. ¿No ves los años que tengo?
- A.8 Venga, hombre, hay que animarse. Con esos ánimos no se repondrá fácilmente. Le dejo, que me están esperando.
- B.8 Adiós, adiós, pero yo ya tendría que estar en casa. Aprovecharía a vivir en paz los días que me queden.

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- La conversación precedente es paradigmática sobre cómo se habla con muchos ancianos sobre la muerte. Reflexionar y compartir las motivaciones que suelen llevar a hacerlo así y el argumento que se da: “porque es muy mayor”.
- Leer cada una de las intervenciones del visitante e intentar sustituirla por otra que refleje un diálogo en la verdad y en la autenticidad.
- Uno de los argumentos que suelen utilizarse es “no le vamos a decir que le queda poco”, como si esto constituyera una sentencia de muerte o “la puntilla” agresiva y dañina. ¿Qué estrategias caben entonces para no hacer daño ni con el ocultamiento ni con frases apocalípticas?
- Reflexionar y compartir sobre ¿en qué sentido el morir puede enseñarnos a vivir? ¿Qué requisitos son necesarios para que la muerte compartida pueda constituirse en experiencia humanizadora?

### **3. El duelo en los mayores**

Los sentimientos de dolor en las personas mayores ante la pérdida de un ser querido suelen ser más sostenidos y durar más tiempo debido a las dificultades para ajustarse a los cambios, al sufrimiento, la soledad y la inseguridad del futuro. “Los mayores experimentan más cambios físicos por el duelo, con un mayor porcentaje de mortalidad en el primer año de viudedad. Las experiencias con el duelo no disminuyen el dolor de las pérdidas subsiguientes, siendo particularmente severo tras la muerte de un adulto joven”.<sup>43</sup> Sin embargo, es probable que seamos menos sensibles ante el dolor por la pérdida de un ser querido de una persona mayor que por el vivido y expresado por una persona joven. Como si el grado de tolerancia o el deber de integrarlo fácilmente tuvieran que darse más cita en las personas mayores o como si “ser más natural” que los mayores mueran, disminuyera el dolor de los supervivientes cuando los pierden.

---

<sup>43</sup> ASTUDILLO W., MENDINUETA C., ASTUDILLO E., o.c., p. 311.

En realidad, cada persona reacciona a su manera, pero la observación de las consecuencias de algunas pérdidas en los ancianos supervivientes nos lleva a tomar conciencia de la seria repercusión que ésta supone a todos los niveles de la vida, desde las alteraciones físicas a las emocionales, a las mentales, al sentido de la vida experimentado. Por eso el acompañamiento ha de ser también personalizado, centrado en el modo único como cada uno elabora su dolor.

El hecho de ser una muerte anunciada la de muchas personas mayores debido al progresivo deterioro, facilita la elaboración del duelo anticipatorio, generando ya así una disposición favorable a la adaptación de la situación en que el mayor difunto no estará. Quien no tiene tiempo para elaborar el duelo anticipatorio, lo necesitará después y la energía a invertir en el duelo será mayor.

No es infrecuente que en el cuidado a las personas mayores se plantee la duda de si comunicar la muerte de un familiar a un anciano, particularmente cuando éste tiene también sus achaques de salud o incluso puede padecer Alzheimer en diferente grado o alguna otra patología psiquiátrica. En este último caso será bueno discernir con la ayuda del terapeuta, pero no compartimos la tendencia a ocultar sistemáticamente la muerte de seres queridos argumentando la debilidad de los mayores. En realidad los mayores tienen sus recursos para adaptarse a la nueva situación. No podemos pretender una vida en la que se nieguen el sufrimiento y la muerte. Tiene que haber razones serias sobre las que se pueda argumentar, a mi juicio, para que a una persona mayor se le niegue el fallecimiento de un ser querido por el hecho de que ésta se encuentre débil, sea mayor, no conviva con el ser querido o cualquier otro argumento de poca monta.

Acompañar a las personas mayores en las pérdidas implica mantener y cultivar la esperanza. Pero ésta pasa por ofrecer la oportunidad de compartir lo que se vive, expresar los sentimientos, liberarse de la angustia, hacer la paz con el pasado, confiar en que uno no será abandonado en ningún caso.

Algunas creencias erróneas fomentan una visión equivocada del duelo en los ancianos. Entre ellas, se cree que los ancianos tienen menos tiempo para poder recuperarse del duelo estableciendo nuevas relaciones y objetivos; se asume que los ancianos tienen menos recursos internos y fuerzas para trabajar en la reconstrucción interior. Asimismo muchos ancianos son reacios a reconocer la importancia de sus sentimientos, aprendiendo así a guardar su angustia personal para ellos mismos y subestimando el poder de sus sentimientos; muchos de ellos consideran que “ya han vivido sus vidas” y no deberían preocupar a otras personas con sus duelos, como si esto no fuera ético o estético hacerlo.<sup>44</sup>

En realidad, las pérdidas ocurren a todas las edades, por lo que el duelo no es específico de una etapa de la vida y en los ancianos no es especialmente distinto del de los jóvenes. Los ancianos en duelo responden al apoyo y al cuidado de las personas cercanas a ellas de igual modo que lo hacen las personas de otras edades. Son tan inoportunas las reacciones de infraconsideración como la superprotección. Quizás el mayor dolor producido por la pérdida sea el inducido posteriormente por la soledad, sea

---

<sup>44</sup> Cfr. ASTUDILLO W., CLAVÉ E., MENDINUETA C., ARRIETA C., “Cuidados paliativos en geriatría”, San Sebastián, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2000, p. 576.

emocional o relacional, soledad que tendría su tratamiento mediante adecuadas y cualificadas relaciones significativas, familiares, voluntarias o profesionales.

Con frecuencia las prácticas religiosas (liturgia, oraciones) y la visita al cementerio (cuando esto es posible) son recursos que facilitan la aceptación y la integración de la muerte. Suponen un modo de tomar conciencia de la realidad tal cual es y un modo concreto de hacer tangible lo que es misterio: allí está su marido, o su mujer; Dios acoge, comprende, escucha, es confidente y conforta en esa serenidad que la oración frecuentemente procura a las personas mayores en duelo.<sup>45</sup>

### **- Caso: Una conversación con la Sra. Lola**

(Le visita un estudiante de medicina)

*Es jueves por la mañana, alrededor de las 10. Estoy en el hospital, en la habitación de la Sra. Lola, una mujer de 72 años. Esta señora está sola en la habitación; las otras dos camas llevan desocupadas dos días. Es una habitación soleada y amplia. Siempre que he ido a verla estaba acompañada de su nieta, pero en esta ocasión me ha extrañado verla sola. Le han diagnosticado una endocarditis por S. agalactiae de difícil tratamiento y bastante mal pronóstico.*

- A.1 Buenos días, Lola; no veo a su nieta por aquí hoy...
- B.1 Buenos días. No, no la toca venir. Además está de exámenes.
- A.2 Muy bien.
- B.2 Me voy a morir, ¿verdad? Me hacen un montón de pruebas, unos médicos, otros médicos... y todavía no me han mandado tomar nada.
- A.3 ¿Usted piensa eso? Pero, físicamente ¿cómo se encuentra?
- B.3 Mal del todo no me encuentro; pero no hago más que darle vueltas a la cabeza... mi marido, mi familia...
- A.4 Puedo llegar a entenderla...
- B.4 ¡Uuuuy! Hay que estar tumbado aquí para saber lo que es esto, y Dios quiera que no te veas en el caso (me dice en tono irónico).
- A.5 (No sé qué responder) Bueno, usted tiene que tener en cuenta que su familia está ahí.
- B.5 Ya, pero mi Pablo, ¿qué será de él si yo falto? Va a estar muy desvalido. El pobre está un poco mal de las caderas y no se vale bien en casa.
- A.6 O sea, que usted por quien sufre es por su marido...
- B.6 ¡Claro! (Le brilla la mirada).
- A.7 Sabe que es una pieza clave en la vida de su marido Pablo, y creo que él será más consciente todavía de ello. Pero quizás a él le gustaría más que usted pusiera todas sus energías en ponerse bien en lugar de pensar en que le va a dejar solo.
- B.7 Sí. El ya me lo dice, pero cuando una está mala piensa y piensa...
- A.8 Y parece que no somos dueños de nuestra cabeza, ¿verdad?
- B.8 Eso pasa... (Lo dice con resignación).
- A.9 Bueno, Sra. Lola, me voy, que tengo clases. ¡Animo!
- B.9 Ala, hijo, que te vaya bien. Buenos días.

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

---

<sup>45</sup> Cfr. BERMEJO J.C., "La soledad en los mayores", en: BERMEJO J.C. (Ed.), "Cuidar a la persona mayor dependiente", Santander, Sal Terrae, 2002, p. 60.

- La Sra. Lola está siendo consciente de la proximidad de su muerte y elabora el duelo anticipatorio, dando significado a su dolor centrándose en las implicaciones que tiene para su marido. Esta elaboración consciente de las consecuencias de lo que siente como próximo –su fallecimiento- ayudan a prepararse y a despedirse de la vida; a veces ayuda también a poner orden en lo que queda. Reflexionar sobre estos beneficios de la explicitación de los significados de la propia muerte prevista próxima.
- El visitante no recoge los significados de la expresión del duelo anticipado. Releer de nuevo A.7 y comentar la posible connotación moralizante y voluntarista que se puede identificar. ¿Cómo sería vivido un comentario así si nos fuese dicho a nosotros? ¿Qué consecuencias puede tener esta reflexión para el acompañamiento a los mayores al final de sus vidas?
- Reconstruir la conversación sustituyendo algunas intervenciones del ayudante por otras que resulten más adecuadas para el acompañamiento, más empáticas, más auténticas, que recojan expresamente los sentimientos compartidos.

#### **4. Acompañar en el duelo**

Aprender a despedirse es preparar el duelo.<sup>46</sup> Despedirse es un verbo que todos conjugamos en la vida. Acompañar en las despedidas ha sido siempre un signo de solidaridad y de apoyo recíproco de los seres queridos cuando alguien pierde a otro y se duele. Todas las culturas muestran de diferente manera esta solidaridad en el dolor por la separación. Consolar al afligido es considerado como una obra de caridad, un gesto de virtud. Pero no siempre se ha realizado de la misma manera. O quizás no siempre va armonizada la intención con lo que efectivamente se hace.

La intención del acompañamiento en el dolor suele ser la de consolar, sujetar, ofrecerse como apoyo, mostrar la proximidad, combatir la soledad que la pérdida genera, a la vez que reunirse para mostrar socialmente el vínculo significativo que se mantenía con el fallecido o con los supervivientes más próximos.

Quizás, en nuestro entorno, lo más arraigado sea el acompañamiento en los ritos de despedida. La tendencia al ocultamiento de la muerte o su desocialización producida por el mundo urbano quizás disminuya la intensidad de acompañamiento en el duelo a las familias, pero no cabe la menor duda de que el bien que se puede hacer en esta situación de “carne viva” es mucho.

La literatura griega y romana clásicas desarrollaron el consuelo como un conjunto de argumentos que se ofrecían al doliente en forma de simples cartas o de tratados filosóficos. La línea que se seguía era muy racional y de ahí muchas de las frases que aluden a que todos los hombres son mortales, lo importante no es haber vivido mucho sino virtuosamente, el tiempo cura todas las heridas, lo perdido era sólo prestado, el fallecido ya no sufre, etc. Todavía hoy muchos estilos de acompañamiento en el duelo son deudores de planteamientos semejantes, existiendo un conjunto numeroso de frases hechas con las que se pretende consolar al que sufre la pérdida de un ser querido.

---

<sup>46</sup> Cfr. BERMEJO J.C. (Ed.), “La muerte enseña a vivir. Vivir sanamente el duelo”, Madrid, San Pablo, 2003, p. 188.

Sin embargo, la experiencia del que sufre en su propia piel este dolor es que estas frases llegan poco o nada a consolar efectivamente porque no tocan al corazón. No conectan directamente con la experiencia personal y el significado concreto vivido por el individuo mientras le duele la pérdida. De ahí que cada vez más se subraya la importancia de no acudir a estos lugares comunes a la búsqueda de consuelo, sino mucho más al valor de la escucha, del desahogo, de la acogida de los sentimientos sin negarlos ni moralizarlos, de la narración del pasado, de la importancia del contacto corporal y del permitir drenar mediante las lágrimas.

Nunca será suficiente lo que insistamos en la importancia de la actitud empática en el acompañamiento. Esta supondrá escuchar para comprender de manera personalizada cuanto vive el otro y lo que para él significa y vehicular la comprensión a través del lenguaje verbal y no verbal para que aquél experimente que ha sido acogido y comprendido en el máximo de posibilidades.

La escucha atenta de la persona en duelo puede permitir ventilar emociones. Algunas son particularmente dolorosas, como la culpa y la tristeza. De todos es sabido que algunas personas mayores van al médico en tiempo de duelo (no es exclusivo de los mayores, pero sí más frecuente) porque necesitan ser atendidos. La realidad es que necesitan ser considerados y ventilar emociones que, por no hacerlo, se expresan en síntomas desagradables a nivel físico. Es claro que no es suficiente un tratamiento farmacológico, si bien necesario en numerosas ocasiones. La existencia de grupos de autoayuda y de acompañamiento personal profesionalizado (*counselling*) o el que puedan ejercer algunas personas que voluntariamente entreguen un poco de compañía en estos momentos, son diferentes recursos para satisfacer algunas necesidades de las personas mayores en duelo.

#### **- Caso: Hablando con Petra. Su marido falleció ayer**

*Petra tiene 90 años recién cumplidos, aunque se mueve con mucha soltura. No tiene grandes problemas de salud. Su marido ha muerto ayer y la visita tiene lugar en su habitación de la Residencia.*

- A.1 Hola, Petra (cojo su mano). ¿Cómo estás? (Ella me mira y veo cómo sus ojos se inundan de lágrimas; se tapa la cara con las manos y se echa a llorar. Yo la cojo del brazo).
- B.1 Ay, mujer... Se ha ido. Se ha marchado... (Sigue llorando un poco hasta que se va calmando y yo permanezco callada apretándole el brazo y apoyando su cabeza en mi hombro. No sé qué decir).
- A.2 Si él estaba mal.
- B.2 Yo ya lo sé, pero no me esperaba que fuera tan de repente; no me esperaba que se muriera ya. El 7 de abril cumplía 92 años, yo esperaba que llegara a ese día.
- A.3 Sí, ninguno nos esperábamos que se muriera ya, pero es verdad que estaba muy mal y que cualquier día podía pasar esto. Supongo que estas cosas pillan por sorpresa.
- B.3 El sábado, cuando celebramos mi cumpleaños ya estaba muy mal, ¿verdad?
- A.4 Sí; luego lo estuvimos hablando nosotros. Nunca le habíamos visto tan decaído. A mí también me duele que haya fallecido.
- B.4 ¡Malditos 90 años! Ojalá no los hubiera cumplido nunca. El otro día de celebración y hoy de entierro...

- A.5 Venga, mujer. No te sientas culpable por haber hecho la fiesta el otro día, porque tú no tienes la culpa. Esto son cosas que pasan. Nadie se lo podía imaginar. Y además estoy segura de que él estaba muy feliz el otro día por tenerte a ti y a nosotros celebrando el cumpleaños. Sabes que le encantaba que se hiciera fiesta.
- B.5 Sí, es verdad. ¡Qué orgulloso se sentía de ser el centro de la atención! (Suspira hondo y vuelve a echarse a llorar mientras mira el sillón de su marido en la habitación). Y ahora ya no está. ¿Qué voy a hacer yo ahora? Me he quedado sola...
- A.6 No estás sola, mujer. Ya verás cómo sales adelante.
- B.6 Sí lo estoy. Toda la vida con él y ahora... ¿Sabes cuántos años llevábamos juntos? 62 años casados y 7 de relaciones. ¿Qué te parece? Casi 70 años juntos; toda la vida, y ahora me he quedado sola. ¿Qué voy a hacer yo? Yo no sé vivir sin él.
- A.7 Entiendo cómo te sientes. Habéis compartido muchas cosas, buenas y malas. Y ahora no te puedes imaginar la vida sin él.
- B.7 Setenta años (lo dice despacio) juntos... (Tiene la mirada perdida. Supongo que le vienen a la mente muchos recuerdos. Se me pone la piel de gallina al imaginarme lo que está sufriendo. Llevar tantos años con alguien y perderlo de repente; debe ser horrible).
- A.8 Sí, setenta años... Pero ahora no te tienes que sentir sola. Nos tienes aquí a nosotros, a tus sobrinos... Sabes que vamos a estar contigo, que nos vas a tener a tu lado. Ya sé que no es lo mismo, que las cosas van a cambiar mucho. Pero él ya no puede volver y tú tienes que seguir adelante. Y nosotros te vamos a ayudar, ¿vale?
- B.8 Sí, gracias, gracias. Le doy gracias a Dios por cómo me cuidáis. Seguro que él está tranquilo porque sabe que estoy atendida.
- A.9. Venga, ánimo mujer. ¡Hasta luego!
- B.9 Adiós, adiós.

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- Tras la lectura de esta conversación reflexionar y compartir sobre las reacciones espontáneas que se producen dentro de uno mismo al ver este modo de acompañamiento.
- Releer el paréntesis de B.7. ¿No habría sido mejor que lo que el visitante está pensando lo hubiera dicho expresamente? ¿Cómo se intuye que lo hubiera vivido ella?
- Releer A.5 y A.8. ¿Se han acogido los sentimientos de culpa y de soledad? Imaginar que en A.5 se hubiera intervenido sólo con la segunda mitad: “Nadie se lo podía imaginar. Y además estoy segura de que él estaba muy feliz el otro día por tenerte a ti y a nosotros celebrando el cumpleaños. Sabes que le encantaba que se hiciera fiesta.” ¿No sería éste un modo más explícito de acoger el sentimiento. Probar a imaginar que en A.8 se hubiera respondido solamente: “Sí, setenta años... Nosotros te vamos a ayudar, ¿vale?”.

**- Caso: Hablando con Pablo, viudo desde hace una semana**

*Pablo tiene 70 años y acaba de enviudar hace 7 días. Ha vivido 50 años con su mujer y los últimos 4 en la Residencia. Ella estaba en una silla de ruedas, pero bien de*

*la cabeza. Aunque Pablo hacía su vida social con otros compañeros, pasaban los dos muchos ratos juntos. Entro en su habitación para ver cómo se encuentra.*

- A.1 ¡Hola, Pablo! Buenas y calurosas tardes, por lo que se ve, ¿verdad?  
B.1 Buenas tardes, ¡hombre!  
A.2 (Se produce un silencio. No sé qué decir). Bueno, Y ¿qué?, ¿has jugado hoy tu partida a las cartas como todas las tardes?  
B.2 No. (Mira al suelo).  
A.3 ¿Por qué, Pablo? Te vendría bien; te despejarías.  
B.3 Desde que murió Dionisia no me apetece demasiado ponerme a jugar.  
A.4 Ya, Pablo. Si yo comprendo que ahora no tenga muchos ánimos, pero debes sobreponerte.  
B.4 Sí, pero para lo que me queda de vida...  
A.5 ¿Para lo que le queda de vida, dices? Pues anda que no tienes que dar guerra todavía. ¡Quién sabe, hombre! Eso no se sabe nunca.  
B.5 No. Yo ya sólo quiero morirme e irme con mi mujer.  
A.6 No digas eso, por favor, Pablo.  
B.6 Es la verdad. ¿Qué pinto yo ya en esta vida? Nada.  
A.7 Pues, por ejemplo, gracias a ti algunos tienen conversación, porque tú se la das y eso les gusta.  
B.7 (Sonríe). Sí, eso sí, es verdad. Pasamos momentos de tertulia agradables. Es cierto.  
A.8 Venga, Pablo, ¡hay que animarse! La vida sigue y hay que vivirla. Hay que volver a jugar a las cartas y seguir como antes.  
B.8 No. No es lo mismo. Me cuesta mucho. Le doy muchas vueltas a la cabeza...  
A.9 Venga, que hay que animarse, hombre. (Dándole una palmada en la espalda). Te dejo. Hasta otro rato.  
B.9 Hasta luego. Gracias.

*Indicaciones para la reflexión individual o en grupo:*

- Reflexionar y compartir sobre la expresión “hay que animarse”, repetida varias veces. ¿Realmente hay que animarse siete días después del fallecimiento de la esposa, o es más propio y saludable estar “desanimado”? ¿Es conveniente utilizar este estilo exhortatorio o es un modo de “pasar de largo” de la experiencia del doliente?
- Pablo está triste. Su vida en este momento se oscurece, como si no tuviera sentido. ¿No es normal que esto suceda ante la pérdida de una persona con la que se ha compartido tanto? ¿Se podría haber acogido esta experiencia sin “prohibir” experimentarla, sin negarla y compartiendo su significado?
- Probar a reconstruir una conversación sustituyendo las intervenciones no empáticas de este diálogo por otras que acojan y expresen comprensión de los significados.

## A MODO DE CONCLUSION

Dice un proverbio que cuando una persona mayor fallece muere una biblioteca. No lo será, ciertamente, porque hubiera leído muchos o pocos libros o por la cantidad de cosas que supiera en algún ámbito de la ciencia, sino porque su vida era oportunidad de aprendizaje para otros.

Aprender de los mayores es un reto para la vida. Ellos han vivido antes que nosotros, han recorrido caminos semejantes a los nuestros, han hecho experiencias parecidas, han saboreado encuentros y desencuentros, éxitos y frustraciones, han soñado y han compartido sueños. Su experiencia y la de quienes aún nos creemos o nos consideramos jóvenes, no es tan distinta. Sólo que la de ellos tiene solera, está reposada y, al caer de la tarde de la vida, puede convertirse en maestra. Lo será si es considerada por los demás como valiosa, si es escuchada y de ella se quiere aprender.

Los mayores pueden ser maestros. Lo pueden ser si utilizamos nuestro maestro interior que nos indique qué podemos aprender de ellos. Este último será eficaz si reconoce la autoridad de la escucha en el aprendizaje. En efecto, escuchar empáticamente a quien cuidamos no es sólo un servicio prestado, sino también un servicio que nos prestamos. Nos hacemos a nosotros mismos a la vez que desplegamos lo mejor que tenemos para los demás.

Nuestra relación será efectivamente de ayuda si considera al otro en la globalidad de su ser, si pone en el centro sus necesidades, si promueve al máximo la autonomía y respeta incondicionalmente la dignidad intrínseca de todo ser humano.

En el fondo, el modo como cuidamos a los mayores se convierte en un indicador del grado de humanidad de una cultura o de un colectivo. Cuando ya no producen, cuando ni siquiera pueden ser los cuidadores ocasionales de los nietos, cuando temen ser un estorbo, incluso cuando dicen que ya querrían morir, son sujetos del amor. Porque amar se conjuga en todas las formas, en activa y en pasiva. Y reconocer la capacidad de querer y dejarse querer que tienen, es ser fieles a nuestra condición de seres humanos que, además de serlo siempre, queremos vivir y comportarnos humanamente.

Desde el Centro de Humanización de la Salud de los religiosos camilos, donde promovemos una cultura humanizadora en el ámbito de la salud y de los servicios sociales, pretendemos que los mayores pueden contar no sólo con más vida, sino también con “vida en abundancia”, es decir, vida cualificada por los valores genuinamente humanos que encontramos en el Evangelio. San Camilo, patrono de los enfermos y hospitales, constituye un excelente referente para quien busca un modo digno de cuidar en medio de la vulnerabilidad humana. Una de sus frases que nos inspiran a modo de lema, será siempre clave para humanizar: “Más corazón en esas manos”.