

Acompañamiento a los ancianos en situación de dependencia o enfermedad

XXXII JORNADAS DE TEOLOGIA
Valladolid, 4-6 de noviembre de 1999

- Introducción.
- 1. Relación de ayuda, cuidados paliativos y personas mayores enfermas o dependientes.
- 2. Objetivos generales de la relación de ayuda a los mayores enfermos o dependientes.
- 3. Algunas consideraciones específicas del acompañamiento a la persona mayor dependiente o enferma:
 - 3.1. Procurar soporte emocional.
 - 3.2. Acompañar a leer la propia historia y recapitular.
 - 3.3. Acompañar a manejar las preguntas sin respuesta
 - 3.4. Ser testigo de la esperanza.
 - 3.5. Acompañar a tomar decisiones responsables en los casos de conflicto ético
 - 3.6. Promover el diálogo en la verdad y la autenticidad.
 - 3.7. Promover la responsabilidad en la tarea evangelizadora.
- Conclusión.

José Carlos Bermejo
-Religioso camilo-

ACOMPañAMIENTO A LOS ANCIANOS

EN SITUACION DE DEPENDENCIA O ENFERMEDAD

“Ningún lazo une tan estrechamente dos corazones humanos como la compañía en el dolor”.
(Southey)

“¿Qué razones tengo yo para esperar? Me lo diga usted. Usted que me conoce, dígame qué puedo esperar yo todavía. Pero sinceramente; no me tome el pelo como todos los demás que no saben decir más que: "Ya verás que las cosas irán mejor". ¿Qué significa "mejor" para mí? Tengo la cabeza que... Nadie puede imaginar cómo tengo la cabeza... No puedo ni estar sentado, ni leer. Ya no me queda nada. No me queda nada. Y aún así tengo que esperar. Así lo quieren. Además de estar desesperado, tengo que disimular que no lo estoy. Dígame qué hago yo con este mal. ¡A veces ya no puedo más! Tengo miedo, pero deseo morir de una vez. Dígame usted ¿qué tengo que hacer, qué tengo que esperar?”¹

Así se expresaba una persona al agente de pastoral. En sus palabras percibimos la interpelación a un acompañamiento a las personas que sufren basado en la autenticidad y que pueda ser calificado de competente desde el punto de vista relacional, emocional y ético.

En efecto, parece que estamos asistiendo a un progresivo interés por el cuidado a los mayores en los últimos años, quizás, entre otros motivos, porque el progreso tecnológico y su aplicación a la medicina hace que la esperanza de vida aumente, con lo que aumenta también la posibilidad de convivir con patologías asociadas a la edad avanzada.

Piénsese por ejemplo en las estimaciones hechas en torno a la evolución de la enfermedad de Alzheimer que lanza numerosos y delicados retos a todas las profesiones sanitarias y socio-sanitarias, así como al acompañamiento espiritual y pastoral. El Parlamento Europeo lamentaba recientemente que en la Unión no hubieran dedicado suficientes esfuerzos a combatir esta enfermedad y arbitró medidas específicas contra la misma. En la sesión del 10 de marzo de 1998 se lanzaban cifras como éstas: unos 8 millones de personas se verán afectadas por el Alzheimer de aquí al año 2000.²

En los últimos años, por otra parte, percibimos también una creciente sensibilidad en los programas de la Administración y en las convocatorias de ayudas, que contemplan una particular preferencia ante los “programas dirigidos a personas dependientes especialmente enfermos de Alzheimer y otras demencias”³.

¹ Son las palabras de un enfermo citadas por: G. Colombero, *La enfermedad, tiempo para la valentía*, (Santafé de Bogotá 1993) 42.

² Datos del comunicado de prensa (de la noche) del martes 10 de marzo de 1998.

³ BOE viernes 12 de febrero 1999.

Quienes desde instituciones de Iglesia y organizaciones no gubernamentales, así como desde la Administración pública (particularmente desde el IMSERSO) nos interesamos por los cuidados los mayores dependientes o semidependientes, especialmente aquellos que padecen enfermedades y deterioros físicos y cognitivos que merman sus capacidades, estamos realmente empeñados en diseñar programas y definir criterios que humanicen las relaciones con los mayores y que puedan ser calificados de modelos de intervención holísticos, en los que sean consideradas todas las dimensiones de la persona, desde la física a la intelectual, a la emotiva, a la social y a la espiritual y religiosa.

Dentro de la Iglesia, diferentes iniciativas en el ámbito de la reflexión nos hacen pensar también en que estamos asistiendo a un momento de particular atención al mundo de la ancianidad que va más allá del significado de la declaración del año 1999 como año de los mayores por parte de la ONU. Citemos por ejemplo la dedicación al tema “La Iglesia y la persona anciana” del Congreso anual promovido por el Pontificio Consejo para la Pastoral de a Salud del Vaticano en 1998, o al documento “La dignidad del anciano y su misión en la Iglesia y en el mundo” emanado a finales del 1998 del Pontificio Consejo para los laicos.

Y no olvidemos el difundirse de las sociedades de Cuidados Paliativos y la creación de Unidades especiales en Centros sanitarios y socio-sanitarios, donde la mayoría de los usuarios son personas mayores y donde avanza la reflexión sobre los cuidados paliativos en geriatría. En estos espacios de asistencia, de reflexión y de generación de cultura, se está dando también una creciente importancia al valor terapéutico de la comunicación y de la interacción en los procesos de salud-enfermedad-muerte. Quizás sea progresiva la conciencia de que el desarrollo de la medicina y de las competencias científico-técnicas no son suficientes para ofrecer calidad en los servicios sanitarios y añadir valor salud a las personas que hacen uso de dichos servicios. El fenómeno del envejecimiento no se ha reducido a un mero objeto de asistencia, sino, más bien se ha convertido, en objeto de estudio de numerosas ciencias y disciplinas.⁴

Este creciente interés por ambos temas (los mayores y la enfermedad y la dependencia) nos lleva ahora a ponerlos en relación para indicar algunos criterios para un sano acompañamiento a la persona mayor en situación de dependencia o enfermedad. Somos conscientes de que ancianidad y enfermedad o muerte no necesariamente se reclaman, o al menos hasta caer en el error de considerar la vejez como una enfermedad, pero nuestro interés se centra ahora específicamente en aquellos mayores en que efectivamente se encuentran en situación de enfermedad, de dependencia y de proximidad a la muerte. La experiencia de tal situación es particular y los retos son específicos. Estamos en el momento de “dejarse querer”, “dejarse cuidar”. Y “hay personas para quienes recibir y no estar en condiciones de retribuir es una lección muy dura de aprender”⁵, haciendo que la dependencia sea vivida como un fantasma terrorífico.

Nos centraremos en el aspecto espiritual por ser tan vasto el tema del acompañamiento en general, entendiendo que el acompañamiento espiritual no es monopolio de los sacerdotes, ni siquiera de los agentes de pastoral en sentido estricto, sino de todo creyente o no creyente que tenga una visión integral del hombre.

⁴ Cf. A. AUER, *Envejecer bien. Un estudio ético-teológico* (Barcelona 1997) 244.

⁵ F. ALVAREZ, *Salud y ancianidad en la vida religiosa ¿Ocaso o plenitud?* (Vitoria 1998) 19.

1. Relación de ayuda, cuidados paliativos y personas mayores enfermas o dependientes

En los últimos años estamos asistiendo también a un particular interés por la relación de ayuda, así como por el tema de la muerte y los enfermos terminales. Y hablar de acompañamiento a los mayores en situación de dependencia y de enfermedad es hablar de muerte, bien entendido que la muerte es el proceso de continuas pérdidas experimentadas en cualquiera de las dimensiones de la persona. No queremos caer en la negación, pues, de la muerte en el sentido al que nos estamos refiriendo, aún a sabiendas de que “muerte y envejecimiento están, con frecuencia inconscientemente, estrechamente asociados”⁶.

En el contexto de los cuidados paliativos, parece que el acompañamiento o la *ayuda mediante la relación* tiene una particular importancia, puesto que el concepto de “ayudar” y el de “cuidados paliativos” parecería que se encuentran muy próximos. Como si la situación que nos presentan los cuidados paliativos nos permitieran fácilmente acomodar el concepto de ayuda mediante la relación.

Es justamente en la fase terminal de la vida cuando la técnica es muy útil, particularmente para controlar el dolor y procurar *confort*, pero es también la hora de la verdad de la relación y cuando la vida que se presenta en su fragilidad extrema, solicita el sentido en el encuentro con un semejante que esté dispuesto a cubrir la fragilidad cuando él no puede, para aliviarlo en el sufrimiento, procurándole calor, consuelo y apoyo. Y este es el significado de paliar. Allí donde no se puede anular la raíz del sufrimiento porque procede en su gran parte de la dependencia o de la proximidad de la muerte, se puede aliviar, cubrir con el “pallium” o manto de la relación interpersonal.

En este sentido, se puede decir con Spinsanti, que estamos ante la dimensión femenina de la medicina que no se limita a curar, sino a cuidar y que recurre a los instrumentos terapéuticos más antiguos: la palabra y la mano.⁷

Cuando hablamos de *relación de ayuda* estamos aludiendo al arte de acompañar a otra persona a afrontar sus dificultades, a resolver conflictos, a vivir lo más sanamente posible en medio de la enfermedad,⁸ promoviendo al máximo la libertad y la responsabilidad del destinatario de la ayuda y ofreciéndole como recursos de ayuda precisamente los elementos de la comunicación interpersonal, hechos sobre todo de actitudes y habilidades de interacción personal.

En efecto, como dice el documento de la SECPAL sobre los cuidados paliativos, “la comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. También permite la imprescindible coordinación entre el equipo cuidador, la familia y el paciente. Una buena comunicación en el equipo sanitario reduce ostensiblemente el estrés generado en la actividad diaria. Una familia con accesibilidad fácil a la información de lo que está sucediendo es más eficaz con el enfermo y crea menos problemas”.⁹

⁶ L. Sandrin, *Aspetti psicologici della persona anziana* (Roma 1994) 4.

⁷ Cf. S. Spinsanti, “Quando la medicina si fa materna” en O. Corli, (a cura di), *Una medicina per chi muore* (Roma 1988) 14.

⁸ Cf. AAVV., *Vivir sanamente el sufrimiento* (Madrid 1994).

⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo, *Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos* (SECPAL) (Madrid 1993) 33.

Y es que cuando hablamos de relación de ayuda nos estamos refiriendo precisamente a ese tipo de interacción que pretende, en el fondo, los objetivos de la filosofía de los cuidados paliativos, si bien, en otros ámbitos, los objetivos específicos podrán ser otros más relacionados con la toma de decisiones o el crecimiento humano referido a una esperanza de vida más amplia.

La literatura actual, cuando habla de *relación de ayuda* en los ámbitos de salud, está haciendo uso sobre todo de la psicología humanista. También cuando se habla de *relación pastoral de ayuda* o de *teología pastoral o práctica* son muy frecuentes las referencias y las relaciones de las reflexiones hechas con la psicología humanista, particularmente con Carl Rogers y, más recientemente, con su discípulo Robert Carkhuff, que se caracterizan, especialmente por el interés y apreciación por la dignidad y el valor del hombre y su tendencia a desarrollar todo el potencial inherente a cada persona, cuya centralidad y concepción holística está en la base de toda interacción.¹⁰

Carl Rogers presenta un modelo de relación de ayuda que apoya en tres pilares fundamentales: la triada actitudinal. Dice el mismo Rogers: “Los estudios con diversos clientes muestran que, cuando el psicoterapeuta cumple estas tres condiciones (autenticidad, aceptación incondicional, comprensión empática), y el cliente las percibe en alguna medida, se logra el movimiento terapéutico: el cliente comienza a cambiar de modo doloroso, pero preciso, y tanto él como su terapeuta consideran que ha alcanzado un resultado exitoso. Nuestros estudios parecen indicar que son estas actitudes, y no los conocimientos técnicos o la habilidad del terapeuta, los principales factores determinantes del cambio terapéutico”.¹¹

Los trabajos de su discípulo R. Carkhuff, introdujeron elementos más prácticos para el adiestramiento en habilidades o destrezas, elaborando un modelo de enseñanza pensado especialmente en “paraprofesionales”¹², prestando así un gran servicio en la aplicación de los estudios previos de Rogers para el campo de la psicoterapia al mundo de los diferentes profesionales de la ayuda. En este sentido, se han promovido mucho últimamente las iniciativas de formación dirigidas a profesionales de la salud en general, a los agentes sociales y a los agentes de pastoral.¹³

En concreto, al modelo utilizado por los profesores del Centro de Humanización de la Salud, se presenta con las tres actitudes fundamentales de Carl Rogers y una serie de destrezas, habilidades o técnicas en las que dichas disposiciones interiores se despliegan y concretan, aunque algunas de ellas Carkhuff las llamaría actitudes. Nos estamos refiriendo a la escucha activa, la respuesta empática (particularmente la reformulación), la personalización, la asertividad, la confrontación, la persuasión, la autorrevelación, la intención paradójica, la inmediatez, la destreza de iniciar...

¹⁰ Cf. B. Giordani, *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff* (Bilbao 1997) 42-44.

¹¹ C.R. Rogers, *El proceso de convertirse en persona* (Barcelona 1986) 65-66.

¹² Cf. B. Giordani, op.cit. 147.

¹³ En este contexto se sitúan las recientes publicaciones: J.C. Bermejo, *Apuntes de relación de ayuda* (Santander 1998); *Relación de ayuda, acción social y marginación. Material de trabajo* (Santander 1998); *Relación de ayuda y enfermería. Material de trabajo* (Santander 1998).

Si tuviéramos que definir el modelo de relación de ayuda que queremos aplicar a la interacción con la persona mayor dependiente o enferma¹⁴, diríamos que dos características fundamentales son la centralidad de la persona, considerada en sentido holístico y la fuerte tendencia facilitadora –no directiva- del ayudante, aún dando espacio a la directividad que pudiera contenerse en la confrontación y la persuasión.

2. Objetivos generales de la relación de ayuda a los mayores enfermos o dependientes

Con la formación necesaria en relación de ayuda para los agentes de pastoral y de salud en general, que trabajan con mayores dependientes y enfermos, se pretendería lo mismo que para quienes trabajan con otros grupos de enfermos, si bien sabemos que la especificidad de la experiencia del mayor cuando se encuentra al final de la vida y la especificidad de la experiencia del ayudante cuando interacciona con una persona que va a morir, hacen que la relación de ayuda pueda definir objetivos específicos.

En principio se trata, como gustamos decir, de que los profesionales de la salud se doten de competencia relacional¹⁵, emocional¹⁶ y ética.

Queremos que las multiprofesiones que concurren en los servicios socio-sanitarios sean capaces de ofrecer *calidad* en los servicios.

Por todos es sabido cómo hay competencias profesionales que no proceden de la calidad científico-técnica, como hay competencias pastorales que no proceden de la calidad de la formación teológica teórica, cuanto de la calidad humana de los agentes de salud y de los agentes de pastoral. Nos estamos refiriendo precisamente a la integración de los profesionales de las actitudes fundamentales para la relación de ayuda y del adiestramiento en las habilidades en las que se concretan, así como el trabajo sobre sí mismo para integrar la propia experiencia –incluidos la experiencia del límite¹⁷ y de la propia muerte.¹⁸

Se trata, pues, de que las multiprofesiones que concurren en el acompañamiento al mayor enfermo o dependiente integren las actitudes¹⁹ que, brevemente podemos presentar así, tal como está insistiendo cada vez más la psicología pastoral:

La **empatía** o disposición del ayudante en virtud de la cual consigue hacer un proceso cognitivo y afectivo que le permite comprender y transmitir comprensión de la experiencia específica del mayor dependiente o enfermo, sin caer en la identificación emocional (riesgo de burn-out).

¹⁴ J.C. Bermejo, *Apuntes de relación de ayuda*, op.cit. 15-23 y J.C. Bermejo, R. Carabias, *Relación de ayuda y enfermería. Material de trabajo*, op.cit. 15-18.

¹⁵ Cf. J.C. Bermejo, *Apuntes de relación de ayuda*, op.cit. 9.

¹⁶ Cf. J.C. Bermejo, *Relación de ayuda y enfermería. Material de trabajo*, op.cit. 104.

¹⁷ Cf. R. Peter, *Conocer los propios límites. Para una terapia de la imperfección*, (Madrid 1995).

¹⁸ J.C. Bermejo, *Asistencia integral al enfermo terminal en los hospitales y en los domicilios* (San Sebastián 1994) 30-31. Dice Kübler-Ross: “Lo más importante es nuestra propia actitud y nuestra capacidad de afrontar la enfermedad mortal y la muerte. Si éste es un gran problema en nuestra vida y vemos la muerte como un tema tabú, aterrador y horrible, nunca podremos ayudar a un paciente a afrontarla con tranquilidad (...). Si no podemos afrontar la muerte con ecuanimidad, ¿cómo podemos ser útiles a nuestros pacientes? Entonces esperamos que nuestros pacientes no nos hagan esa horrible pregunta. Damos rodeos y hablamos de trivialidades y del maravilloso tiempo que hace fuera”. Cf. E. Kübler-Ross E., *Sobre la muerte y los moribundos* (Barcelona 1975) 51.

¹⁹ Cf. I. Baumgartner, *Psicología pastoral. Introducción a la praxis de la pastoral curativa* (Bilbao 1997) 487-503.

La *aceptación incondicional o consideración positiva*, disposición del ayudante en virtud de la cual se omiten interna y externamente los juicios de connotación moralizante, se cree en el ayudado y en su capacidad de ser autónomo y responsable (mientras no se demuestre lo contrario), se presta una particular atención al mundo de los significados y sentimientos que las cosas tienen para el paciente, y se impregna la relación de cordialidad y calor humano.

La *autenticidad o congruencia*, disposición interior que hace que el ayudante trabaje sobre sí mismo para manifestarse en la relación tal como es, sin esconderse detrás de una fachada que le despersonalice. La autenticidad, pues, requiere un trabajo intrapersonal e interpersonal para conocerse y aceptarse y ser dueño de la comunicación con los demás en sintonía con el fondo del propio ser.

La integración de las actitudes ha de ir acompañada de un adiestramiento en las habilidades, las cuales se concretan en su dimensión conductual.

A *escuchar* se aprende. A escuchar a la persona mayor que padece deterioros se aprende adiestrándose y también trabajando sobre sí en la integración del *silencio*²⁰. A manejar la *mirada* en el encuentro se aprende²¹, como se aprende a *responder*, sin que existan respuestas hechas, sino centrando bien la respuesta en lo que la persona mayor necesita y vehiculando comprensión. A aprovechar al máximo el inmenso poder del *contacto corporal*²² se puede igualmente aprender liberándose de las tensiones que éste puede producir si no se consiguen manejar bien los sentimientos.

Así mismo, se puede aprender a *personalizar*, a evitar las generalizaciones en el diálogo de ayuda, a evitar las frases hechas, a acompañar al mayor enfermo o dependiente a que tome conciencia de sus posibilidades y sus recursos, a que tome el máximo de responsabilidad sobre la situación en la que se encuentra.

Es delicada la destreza de *confrontar*, más aún la de *persuadir*, pero es posible interiorizar el arte de acompañar a tomar conciencia de posibles desconocimientos, de posibles contradicciones que pueda haber en el ayudado (en sus pensamientos, en sus actitudes, en sus valores, en sus sentimientos...) y, con extrema delicadeza, persuadir con todas las condiciones que pondríamos a esta habilidad, para acompañarle a buscar juntos el bien, particularmente cuando él se niega y su escala de valores entra en conflicto con las indicaciones terapéuticas procedentes de los valores de los profesionales.²³ Particularmente delicada se presenta la confrontación ética, sobre la que hablaremos después.

También la *autorrevelación* y la *inmediatez*, habilidades particularmente útiles en el manejo de las relaciones transferenciales que pudieran surgir con el mayor enfermo o dependiente y con la familia, sobre todo cuando consideran al cuidador como quien no es en realidad, presentándose dificultades en el manejo de los roles y de las emociones suscitadas en cada una de las personas que interaccionan.

²⁰ J.C. Bermejo, *Relación de ayuda. En el misterio del dolor* (Madrid 1996) 11-14. "El mayor castigo, en estos momentos, es condenarlo al silencio en el que, con tanta frecuencia, queda sumergido". E. López Azpitarte, *Envejecer: destino y misión* (Madrid 1999), 184.

²¹ *Ibidem.*, 23-26.

²² *Ibidem.*, 19-22.

²³ Cf. J.C. Bermejo, "La relación de ayuda en enfermería" en J.C. Bermejo, (ed), *Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería* (Madrid 1997) 27-28.

Si es necesario adiestrarse en la competencia relacional, tanto más lo es el manejo de los sentimientos, la competencia emocional. E. Mansell Pattison dice: “Es nuestra obligación asimilar e identificar todos estos sentimientos en nosotros mismos y en los demás; establecer un modelo de no negación; reconocer que esta diversidad de emociones forma parte de la experiencia humana; fundir los sentimientos negativos y positivos y, en fin, no actuar en base a las emociones puras, sino filtrar nuestros sentimientos a través del Yo consciente y actuar según un sentido de responsable coherencia hacia nosotros mismos y hacia los demás”.²⁴ El grado de implicación emotiva y la integración de la propia muerte están en estrecha relación con la integración de la propia vulnerabilidad y el reconocimiento de uno mismo como sanador herido.

Digamos también que la adquisición de *competencia relacional y emocional* tienen como objetivo no sólo el acompañamiento personalizado a la persona mayor y a la familia, sino también el trabajo interdisciplinar. No es posible entenderse sanamente y afrontar los conflictos que surgen en los equipos de trabajo si no se maneja bien la relación con los compañeros del equipo interdisciplinar. Decimos bien: interdisciplinar y no multidisciplinar. Trabajar de manera interdisciplinar significa dejarse ayudar y ayudar a los compañeros de otras profesiones, significa desplegar las actitudes también con ellos, significa reconocer e integrar la propia vulnerabilidad en el encuentro de trabajo con quien, en más de una ocasión, piensa de manera diferente, significa aprender a escuchar y a manejar las emociones que también pueden resultar complejas y crear conflicto en el equipo. Servir unos a otros de soporte emocional es también objetivo de este camino de crecimiento personal que creemos debe hacer el agente de salud para acercarse humanamente al paciente y a la familia. Más aún, podemos decir que “el apoyo psicoemocional lo da el equipo cuidador que, además, enseña a darlo. Lo da la familia y lo da el paciente. Lo reciben los mismos que lo dan.”²⁵

3. Algunas consideraciones específicas del acompañamiento a la persona mayor dependiente o enferma

Más allá del hecho de que la relación de ayuda tiende a centrarse en las necesidades concretas y reales del destinatario de la misma, cuando éste es una persona mayor enferma o dependiente, dada la especificidad de la experiencia conviene hacer algunas anotaciones que pueden ser útiles para el agente de salud.

3.1. Procurar soporte emocional

Este constituye uno de los objetivos específicos del acompañamiento en general, pero particularmente cuando la persona mayor elabora las pérdidas asociadas a la dependencia y a la enfermedad: ofrecer soporte emocional a la persona mayor enferma o dependiente, a la familia y, como decíamos antes, entre los mismos miembros del equipo interdisciplinar.

Efectivamente, una de las funciones importantes de la relación de ayuda es la función catártica. Por medio de ella el individuo tiene la capacidad de liberarse de una serie de tensiones emotivas que le han sido generadas por su situación de malestar.²⁶

²⁴ Citado en B. Manrique De Lara y Del Río, “Apoyo psicoemocional. Los miedos del enfermo terminal” en M. Gómez Sancho, op.cit. 340.

²⁵ Cf. Ibidem., 340.

²⁶ M Ojeda Martín, M. Gómez Sancho, “La comunicación en la relación de ayuda”, en M. Gómez Sancho, op.cit. 271.

Ofrecer la oportunidad de drenar las emociones, compartir los miedos, hablar espontáneamente de la muerte cuando el paciente o la familia lo desea, dar nombre a los sentimientos, acompañar a utilizar la energía de los mismos y hacer la paz con que éstos han de colorear la experiencia de sucesivas pérdidas en el proceso de morir, constituye uno de los retos más importantes del ejercicio del rol de facilitador y de intermediario propio del agente de salud.²⁷

En este sentido, es importante constatar que la relación de ayuda puede disminuir el riesgo de duelo patológico entre familiares y amigos. Sabemos que una de las causas más frecuentes de que los familiares tengan problemas en la elaboración del duelo, son los sentimientos de culpa ante la idea de no haber hecho todo lo posible por su ser querido.²⁸

Susana Tamaro, en su novela “Donde el corazón te lleve”, ha escrito: “Por haber vivido tanto tiempo y haber dejado a mis espaldas tantas personas, a estas alturas sé que los muertos pesan, no tanto por la ausencia, como por todo aquello que entre ellos y nosotros no ha sido dicho”.²⁹

El soporte emocional comporta también acompañamiento a elaborar el dolor por las pérdidas. Un interesante enfoque ha sido hecho por Sandro Spinsanti, que plantea una cuestión de radical importancia: “La tarea principal de un profesional de relación de ayuda, ¿consiste en acallar, con los medios a su disposición, el dolor de la separación para hacerlo tolerable? Y si queremos dar a la cuestión la forma de un dilema: ¿Debe tenderse a eliminar el dolor de la separación o a elaborarlo en sentido psicológico/espiritual? Las separaciones son sinónimos de sufrimiento. Separarse de alguien o de algo hace sufrir. (...) La tentación del acercamiento humanista consiste en dulcificar las separaciones, especialmente la más angustiada de todas, la muerte, con una especie de nueva religión, la del acercamiento psicológico, filosófico, que niega la angustia existencial”.³⁰ El autor aclara que en el antagonismo entre esperanza de vida y angustia de muerte, implícito en todo proceso de separación, el acercamiento humanista se apoya en la concepción filosófica que sabe ver en la muerte no el escándalo o el fracaso, sino la realización del destino humano en sentido trascendente. La separación pierde así su aspecto más dramático y hasta puede ser integrada en un proceso de crecimiento y de autorrealización. Pero ¿no corremos así el riesgo de vernos sumergidos en un consuelo barato que quita al dolor de la separación su aguijón? Este dolor que puede tener la capacidad de producir beneficios (sin caer en el dolorismo), no los producirá si se le ahuyenta demasiado solícitamente mediante una práctica consolatoria desarrollada por los profesionales de las relaciones de ayuda.

En último término, si es necesario acompañar con soporte emocional, es necesario también desarrollar la capacidad de dejar al otro solo. Quien es capaz de encontrarse sabrá también separarse, del mismo modo que la separación es el requisito de todo encuentro.

²⁷ Particularmente importante cuando éste es una persona cuyo rol viene definido –parcial o totalmente- por esta función. Pensamos en los psicólogos y los agentes de pastoral, sin menoscabo de la importancia de este rol en todos los agentes sanitarios. Cf. A. Pangrazzi, *Creatividad pastoral al servicio del enfermo* (Santander 1988).

²⁸ E.D. García Rodríguez, “Asistencia domiciliaria. La muerte en casa. Coordinación entre los distintos niveles asistenciales”, en M. Gómez Sancho, op.cit. 233.

²⁹ S. Tamaro, *Donde el corazón te lleve* (Barcelona 1996) 17.

³⁰ S. Spinsanti, “Le relazioni di aiuto nelle situazioni di separazione” en AAVV., *Le separazioni nella vita* (Assisi 1985) 9.

El objetivo, pues, de la relación de ayuda al mayor enfermo o dependiente no es evitar las separaciones o el dolor que producen, ni esconderlo como la basura bajo la alfombra, sino acompañar a elaborar el dolor: enseñar mediante la misma relación de ayuda (el modo de relacionarse ha de ser modelo para vivir el encuentro y la separación) el arte de separarse y el arte de encontrarse.

3.2. Acompañar a leer la propia historia y recapitular

En estrecha relación con lo que entendemos por “soporte emocional”, está el acompañamiento a leer la propia historia y recapitular. En efecto, una de las experiencias más comunes en la etapa final de la vida es la mirada hacia atrás, que permite tomar conciencia del propio pasado. Se dice que el modo de morir depende en no poca medida de lo que una persona siente que ha conseguido en su vida: una vida llena y sensata o vacía y sin sentido.³¹ Acompañar a rumiar la historia, quizás rumiar las penas no de forma estéril, sino en un intento de volver sobre los propios pasos para llegar a asumir y a dominar todo lo que se ha vivido puede contribuir a “curar las propias llagas”.³² “Recordar el pasado puede ayudar a los mayores a dar un nuevo sentido al presente.”³³

Sabemos que hay personas mayores que justo en el momento de la enfermedad, la dependencia, ven pasar por delante de sus ojos, una vez más, toda la vida, como si estuviese escrita en un texto desconocido y advierten, dentro de ellas, la dureza que les ha inundado, así como la satisfacción en el afrontamiento de las dificultades.³⁴ En este sentido, “la ancianidad constituye una etapa importante en el crecimiento espiritual: se trata de dar un sentido a la edad que se está viviendo, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte para poder vivir tranquilamente este momento de la vida, y permitir una relectura del pasado, superando toda pantalla-barrera y todo sentimiento de desilusión”.³⁵

Argullol ha escrito: “cercana la hora, deberíamos aún tener dos días, el primero, para reunirnos con quienes hemos odiado y, el segundo, para hacerlo con quienes hemos amado. Y a los unos pediríamos perdón por nuestro odio, y a los otros, por nuestro amor, de modo que, aliviados de ambos pesos, pudiéramos dirigirnos, ligeros, a la frontera”.³⁶

La mirada reconciliadora hacia el pasado, acompañada y facilitada por el agente de salud, permite, además, encontrar en él el maestro personal que ha ido enseñando en la vida a ir muriendo las pequeñas muertes que se han vivido ante la necesidad de elaborar cada una de las pérdidas personales que acompañan el proceso del morir.³⁷

La elaboración sana del propio pasado, con frecuencia, pasa a través del proceso conocido y descrito por la doctora E. Kübler-Ross. “Aunque la curación de un recuerdo puede obtenerse con una sola oración, como la muerte puede ser aceptada inmediatamente, el

³¹ Cf. N. Elias, *La solitudine del morente* (Milano 1985) 77-78.

³² Cf. J. Vimort, *Solidarios ante la muerte* (Madrid 1990) 98-99.

³³ W. Astudillo, C. Mendinueta, “El sufrimiento en los enfermos terminales” en W. Astudillo, C. Mendinueta, E. Astudillo, *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (Pamplona 1995) 272.

³⁴ Cfr. W. Nigg, *La morte dei giusti. Dalla paura alla speranza*, (Roma 1990) 87.

³⁵ M. Petrini, *Anziano. Approccio pastorale* in *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria* (Torino 1997) 79.

³⁶ R. Argullol, *El cazador de instantes* (Barcelona 1996) 44.

³⁷ Dice Nigg: “Quien no muere antes de morir, se corrompe cuando muere”. Cf. W. Nigg, op.cit. 116.

método normal para afrontar los recuerdos y la muerte es pasar poco a poco por las cinco fases”.³⁸

La mirada al pasado en las personas mayores, la reminiscencia, constituye también una oportunidad para restablecer la crisis de identidad. Ya decía Aristóteles que “los ancianos viven más de la memoria que de la esperanza, porque el tiempo que les queda por vivir es muy corto en comparación con su largo pasado... Esta es la causa de su locuacidad. Hablan continuamente del pasado, porque gustan acordarse”.³⁹ Acompañar en el sano manejo de la reminiscencia es un verdadero arte de discernimiento entre su significado de autoafirmación y los posibles deterioros cognitivos o tendencias a la fabulación como estrategia de supervivencia.⁴⁰

Entendemos que acompañar con la *escucha* tiene un valor nunca suficientemente subrayado. Acompañar a quien *narra su vida* está cargado de contenido simbólico, porque narrar la propia vida supone un verdadero esfuerzo: “Es poner en perspectiva acontecimientos que parecen accidentales. Es distinguir en el propio pasado, lo esencial de lo accesorio, los puntos firmes. Contar su vida permite subrayar momentos más importantes, e igualmente, minimizar otros. Se puede, en efecto, gastar más o menos tiempo en contar un acontecimiento que en vivirlo. Para contar, es necesario escoger lo que se quiere resaltar, y lo que se quiere poner entre paréntesis. El relato crea una inteligibilidad, da sentido a lo que se hace. Narrar es poner orden en el desorden. Contar su vida es un acontecimiento de la vida, es la vida misma, que se cuenta para comprenderse.”⁴¹ Narrar no es fabular. Contar los acontecimientos que se han sucedido en la vida permite unificar la dispersión de nuestros encuentros, la multiplicidad disparatada de los acontecimientos que hemos vivido. Malherbe no duda en decir que, “relatar la vida, le da un sentido”.⁴²

Efectivamente, “aquellos que tienen el privilegio de acompañar a un semejante en sus últimos momentos saben que entran en un espacio de tiempo muy íntimo. La persona, antes de morir, tratará de confiar a quienes le acompañan lo esencial de ella misma. Por un gesto, a través de una palabra, a veces sólo con la mirada, intentará transmitir aquello que de verdad cuenta y que no siempre ha podido o sabido decir”.⁴³ Sabemos que para la mente los muertos mueren una vez; para el corazón mueren muchas veces.

3.3. Acompañar a manejar las preguntas sin respuesta

Uno de los objetivos específicos del acompañamiento a personas mayores enfermas o dependientes es precisamente el acompañamiento a manejar la angustia.⁴⁴ Esto significa, sobre todo, dar espacio a la formulación del impacto cognitivo, emotivo y espiritual de la evocación de la muerte producida por la dependencia y la enfermedad.

³⁸ D.E.M. Lill, *Come guarire le ferite della vita* (Milano 1992) 21.

³⁹ Aristóteles, *Retórica*, citado por R.N. Butler, *The life review: an interpretation of reminiscence in the aged* en B.L. Neugarten (dir.) *Middle age and aging* (Chicago 1968) 486.

⁴⁰ Cf. J. Laforest, *Introducción a la gerontología* (Barcelona 1991) 105-108.

⁴¹ M. Gómez Sancho, “El sacerdote: necesidades espirituales” en M. Gómez Sancho, op.cit. 801.

⁴² J.F. Malherbe, *Hacia una ética de la Medicina* (Santafé de Bogotá 1993) 73.

⁴³ M. De Hennezel, *La muerte íntima. Los que van a morir nos enseñan a vivir* (Barcelona 1996) 13-14.

⁴⁴ Alonso Fernández habla de la angustia “metafísico-religiosa”, sentida como culpa o posible condenación; de la angustia existencial, como amenaza de la afirmación del ser ante la muerte, y de la angustia espiritual, como amenaza de absurdidad de la existencia. Cf. F. Alonso-Fernández, *Psicología médica y social* (Barcelona 1989) 33 y 668.

Hay una situación que presenta particular dificultad, que es el manejo de las preguntas sobre el sentido. El planteamiento correcto, a mi juicio, es el que hace González Núñez en la introducción de su libro “Antes que el cántaro se rompa”: “Hay preguntas que no se plantean para ser contestadas, sino para que ellas interroguen a la persona que las plantea. Le alertarán sobre incertidumbres, incógnitas y misterios que –acompañantes inseparables y huéspedes familiares de la vida de cada día- alberga oficiosamente en su casa. (...) Las preguntas existenciales, vitales y trascendentes no son para ser contestadas, sino para ser vividas. Una respuesta objetiva, universal, definitiva, nadie puede esperarla: sería pretenciosa y vulgar, vana y deshumanizadora. La duda y la pregunta, la incógnita y el misterio, el temor y la esperanza son ingredientes irrenunciables de la vida humana. (...) Nos interesa su arte de plantearlas, su talante para asumirlas, su sabiduría para vivirlas con temor y respeto. Es quizá el mejor modo de humanizarlas y de que ellas nos humanicen”.⁴⁵

Acompañar a vivir las preguntas que no tienen respuestas, a compartirlas, quizás sea el modo más sabio de elaborarlas. Como decía el poeta Rocki: “Sé paciente con todo lo que queda sin resolver en tu corazón. Trata de amar tus mismas preguntas. No busques las respuestas que no se pueden dar, porque no serás capaz de vivirlas. Vive tus preguntas porque tal vez, sin notarlo, estás elaborando las respuestas”.⁴⁶ Esta máxima llevaría, en el acompañamiento al mayor dependiente o enfermo a evitar todo tipo de frases hechas y a personalizar en el diálogo. Ninguna respuesta racional serviría.

Quizás aquí serviría también aquella máxima: “Nunca hables a menos que pienses que puedes mejorar al silencio”.⁴⁷

La reflexión hecha por Viktor Frankl nos será siempre útil, aunque no dé razón del sufrimiento. En medio de la búsqueda del sentido, podemos tomar conciencia de que podemos vivir sanamente la pregunta y quizás traducir la pregunta ¿por qué? en ¿cómo? vivirlo.⁴⁸

“Dejar de buscar el porqué, no hay nada que comprender. Preguntarse más bien “para qué”, por la finalidad del sufrimiento, es lo que parece la única forma de darle un sentido. ¿Para qué? ¿Cuáles son los caminos, la experiencia vital, la conciencia hacia donde me llevan mi enfermedad o mi sufrimiento? ¿Puedo hacer del dolor un hogar para la luz y el amor?”⁴⁹

Lejos del agente de salud el deseo de anestesiar la pregunta, incluso cuando ésta incomoda a los que la comparten. El reto permanente será también el de evitar todo tipo de frases que tenemos listas para ser dichas sin que estén centradas en la experiencia única de quien comparte la pregunta por el sentido. Kaye dice: “Deme 10 minutos de escucha interesada, no interrumpida y le diré a Vd. todo lo que necesita saber para ayudarme”.⁵⁰ Quizás sea también ésta la pista para comprender qué hay detrás de cada persona que plantea las preguntas que nos parecen difíciles de responder.

⁴⁵ A. González-Núñez, *Antes que el cántaro se rompa. Sobre la salud, la enfermedad, la muerte y la vida*, (Madrid 1993) 9-11.

⁴⁶ Citado por A. Pangrazzi, *La pérdida de un ser querido* (Madrid 1993) 107.

⁴⁷ D. Stoter, “Spiritual Care” en D. Person J. Fisher, *Palliative care for people with cancer* (London 1991) 196.

⁴⁸ Cf. V Frankl, *Homo patiens* (Varese 1979) 96-109.

⁴⁹ M.De Hennezel, *La muerte íntima. Los que van a morir nos enseñan a vivir* (Barcelona 1996) 170.

⁵⁰ P. Kaye, “Symptom Control” en “Hospice and Palliative Care. Hospice Educ. Inst. Essex” (USA 1990) 74-77, citado en *Atención al enfermo en fase terminal* (Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos 1994) 22.

3.4. Ser testigo de la esperanza

Infundir esperanza es otro de los objetivos del agente de salud con los mayores enfermos o dependientes. Pero lejos de nosotros la idea de esperanza como una fuga de la realidad dolorosa. La esperanza, como dice Laín Entralgo, es ese “constitutivum de la existencia humana”⁵¹ que trasciende el mero optimismo en situaciones como las de los mayores enfermos o dependientes.

El agente de salud se siente llamado a ser hombre de esperanza en una encrucijada de sufrimiento y oscuridad, una esperanza que permite mirar más allá del dolor y de la muerte.

La esperanza, pues, no consiste en la ilusión de superar todas las dificultades, hasta el punto de no morir. Sería no sólo una vana ilusión, sino que no entra dentro de la razonabilidad de las personas y de las verdaderas expectativas. Escribe el teólogo Turolto, en “La muerte del último teólogo” una interesante reflexión bajo forma de cuento: “Se trata de aquella isla, donde los hombres no mueren nunca; hombres que vivían setecientos años, ochocientos años, continuando la vida envejeciendo, transcurriendo el tiempo, marchitándose los sentimientos, como sucede normalmente en todo el universo, y, también, enfermando, pero sin morir. Lo único que no sucedía desde hacía siglos es que alguien muriese. Podemos imaginarnos lo que era aquella isla. ¿Qué podrían decirse unos a otros después de unos siglos? ¿Qué contarse, que ya no supiesen? Pero el aspecto más grave era la desaparición de todo sentimiento de ternura y de piedad, incluso frente a los dolores más atroces y en las personas más queridas, porque todos decían: “no morirá”. Hasta el punto de colocarse todos a la espera de que alguien, finalmente, comenzase de nuevo a morir. En un cierto momento, comenzaron a celebrar ritos y plegarias para que se recomenzase a morir. E invocaban a Dios suplicando: “Señor, mándanos la muerte, la gran muerte, la bella muerte; perdónanos si en algún tiempo nos hemos lamentado porque se moría, si no hemos sabido ser felices como tú querías, si no hemos comprendido; la muerte es la puerta de la salvación, la entrada a tu palacio; la vida es distancia, nos exilia a uno de otro, nos conduce al desierto; Señor, líbranos de la vida, tú eres un niño y no sabes lo que quiere decir ser un hombre de mil años”.⁵²

Ahora bien, ¿cómo infundir esperanza en el acompañamiento de la persona mayor enferma o dependiente a la familia? Recientemente escribía en la revista HUMANIZAR: “El símbolo de la esperanza es el ancla. Infundir esperanza no es otra cosa que ofrecer a quien se encuentra movido por el temporal del sufrimiento, un lugar donde apoyarse, un agarradero, ser para él ancla que mantiene firme, y no a la deriva, la barca de la vida. Ofrecerse para agarrarse, ser alguien con quien compartir los propios temores y las propias ilusiones, eso es infundir esperanza”.⁵³

Acompañar a vivir en clave de esperanza no significa promover una sensación de seguridad que anule la incertidumbre y la inseguridad. La seguridad no pertenece a la esperanza, dice Santo Tomás.⁵⁴ La esperanza es hermana del coraje paciente y perseverante, de la constancia, de la impaciencia (paradójicamente), del abandono, en último término en Aquél en quien se confía ilimitadamente: Dios, para el creyente.

⁵¹ P. Lain Entralgo, *La espera y la esperanza* (Madrid 1984) 238.

⁵² Citado por F. Antonelli, *Per morire vivendo* (Roma 1991) 24.

⁵³ J. C. Bermejo, “Cómo infundir esperanza” en *Humanizar* 38 (1998) 37.

⁵⁴ Cf. P. Lain Entralgo, *op.cit.* 174.

Cada encuentro, cada relación de ayuda significativa con la persona mayor enferma o dependiente, cada diálogo que el agente de salud logra establecer en el amor, es sacramento de la esperanza. Porque “no habrá motivo de esperarse mucho del futuro si los signos de la esperanza no se hacen visibles en el presente”.⁵⁵

3.5 Acompañar a tomar decisiones responsables en casos de conflicto ético

En el acompañamiento a los mayores enfermos o dependientes, se encuentran situaciones en las que es necesario realizar la confrontación ética, es decir, acompañar a buscar lo mejor cuando el ayudado se encuentra en medio de un conflicto de valores percibido por él o por el ayudante. Por ejemplo, las pautas terapéuticas dicen una cosa, pero hay efectos secundarios no deseados y valores en conflicto.

La importancia del manejo competente de los posibles conflictos éticos los podemos ver en el siguiente encuentro, relatado por la misma enfermera.⁵⁶

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.

- E.1 ¡Hola, Carmen! ¿Cómo estás hoy?
C.1 Mal. Muy mal. No soporto más los dolores. No puedo más.
E.2 Carmen, te voy a sacar sangre para unos análisis.
C.2 Por favor te lo pido: no me hagáis más perrerías. Estoy muy cansada. Dejarme morir en paz.
E.3 Carmen, es por tu bien...
C.3 No quiero más sufrimiento. ¿Te parece poco lo que llevo pasado?
E.4 Los médicos creen que hay que hacértelos.
C.4 No, por favor. No me hagas más. Tú precisamente, que me conoces... Sabes lo que he sufrido durante estos años. Déjame ya...
E.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).
C.5 Me estoy muriendo. ¿Por qué no me dejáis? Estoy preparada.
E.6 No digas eso. Nadie sabe el tiempo que te queda.
C.6 Sí lo sabéis. No me engaños. Sabes que no puedo aguantar días...
E.7 Las dos sabemos cuántas situaciones difíciles has superado: un infarto, una pancreatitis aguda, neumonías...
C.7 Sí, es verdad, pero antes tenía fuerzas. Ya no me quedan.
E.8 (Se me empañaron de nuevo los ojos. Ella lo percibió.)
C.8 (Cogiéndome la mano) La única satisfacción que tengo es teneros a vosotras...
E.9 Tienes mucho dolor, ¿verdad?
C.9 Sí, quitarme estos dolores y dejarme. Quiero morir ya.
E.10 Voy a ponerte un calmante y ya verás cómo descansas.
C.10 Yo quiero otro descanso. Es el único descanso que deseo.
E.11 Ahora vengo... (Voy a por el calmante. A la vuelta me dice:)

⁵⁵ H.J.M. Nouwen, *Ministero creativo* (Brescia 1981) 26.

⁵⁶ J.C. Bermejo, R. Carabias, “Relación de ayuda y enfermería. Material de trabajo”, op.cit. 22-23.

C.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.

E.12 Lo haré, de verdad.

(Carmen murió esa misma tarde)

Podemos ver en un sencillo análisis del encuentro cómo en el estilo relacional se percibe la ternura del ayudante, pero también cómo el principio de autonomía es poco o nada tenido en cuenta. La competencia relacional, emocional y ética deberían permitir a la enfermera manejar sus sentimientos y dejarse llevar por los valores para afrontar el conflicto más explícitamente con la paciente y con el equipo antes de realizar una indicación del médico contra la voluntad (supuestamente competente) de la paciente. Habilidades de persuasión se habrían planteado después de haber analizado debidamente la negativa a la sonda.

A mi juicio, en el cuidado a los mayores enfermos y dependientes, se dan con frecuencia situaciones semejantes a ésta en las que los conflictos éticos no son detectados o no son correctamente afrontados después de analizarlos racionalmente e interdisciplinariamente.⁵⁷ Percibo aquí el reto de que en los Centros Residenciales se creen Comités de Bioética Asistencial para analizar tales conflictos. La no existencia de instancias de este tipo y la falta de formación hace que muchas veces la debilidad física de los mayores dependientes o enfermos se equipare a la debilidad psicológica y ésta a la debilidad moral, cayendo fácilmente en la falta de discernimiento y, a mi juicio, con peligro, sobre todo, de encarnizamiento terapéutico.

En el acompañamiento personalizado a la persona mayor enferma o dependiente es frecuente que el profesional de la salud, en la confrontación ética acuse algunas dificultades, entre las cuales:⁵⁸

- * Falta de formación ética, relacional...
- * Distancia entre las convicciones personales y las impuestas por instancias de "autoridad" familiar, social, religiosa...
- * Confusión entre las diferentes tendencias de los especialistas y el consiguiente sentimiento de inseguridad que ello produce.
- * Distancia entre el lenguaje ético, que tiende a generalizar y que es más aséptico y la necesidad de personalizar en cada uno de los casos, donde los valores están entremezclados con los sentimientos.

De modo sintético podríamos presentar los objetivos de la relación de ayuda en situaciones de conflicto ético como:

- * Ayudar a tomar decisiones significativas.
- * Ayudar a hacer de la experiencia de conflicto una experiencia moral: "ser responsable".
- * Colaborar a que el conflicto ético sea ocasión de crecimiento y de interiorización de nuevos valores.
- * Acoger a la persona en su situación real (atención a los sentimientos).
- * Ayudar a comprender el problema mediante la confrontación.
- * Infundir certeza de acogida incondicional.

⁵⁷ Cf. I. Barrio, "La relación de ayuda en situaciones de conflicto ético", en J.C. Bermejo (ed), *Salir de la noche. Por una enfermería humanizada* (Santander 1999) 156.

⁵⁸ Hacemos aquí una síntesis de J.C. Bermejo, *Relación pastoral de ayuda al enfermo* (Madrid 1993) 131ss.

El cuidador está ante el reto de trabajar para aumentar su competencia en el acompañamiento a las personas que se encuentran en conflicto ético y han de ser confrontadas correctamente. Algunas líneas de acción serían las siguientes:

- * Trabajar sobre sí mismo: conocer la propia escala de valores, interiorizar los valores proclamados, autoconfrontarse, dejarse impactar sanamente por los conflictos.
- * Evitar algunos extremos:
 - . La manipulación ética mediante los mecanismos que relacionan el comportamiento con el castigo, mecanismos de autoridad que se impone, eliminación del diálogo como foro adecuado de la conciencia moral adulta.
 - . La no proclamación de los valores del ayudante o de las propias convicciones por miedo a hacer sufrir o ser rechazado, inhibiéndose de la responsabilidad que el profesional de la salud tiene de acompañar en la búsqueda de lo mejor.
- * Comunicar los valores, teniendo en cuenta el carácter relacional de los mismos, es decir el hecho de que los valores se alumbran en el encuentro, se comunican por ósmosis, tienen acceso experiencial, mucho antes de ser asumidos por el hecho de ser verbalizados por el ayudante. En el fondo, hay que estar muy atento al hecho de que el estilo de relación del cuidador con el ayudado se convierte en modelo ético de comportamiento. Es decir, allí donde el paciente perciba un profundo respeto por la salud propia y de cada persona, se sentirá confrontado hacia un respeto también él por su propia salud y la de los demás.
- * Tener en cuenta las condiciones para la confrontación: Profundizar las motivaciones de quien confronta, hacerlo con suma prudencia, no caer en legalismos vacíos, superar la tendencia a moralizar pero sin huir de la corresponsabilidad en la búsqueda del bien, acompañando al ayudado a ser sí mismo y tener presente su condición de ser en relación.

Hay situaciones en las que la confrontación llega a ser *persuasión*.⁵⁹ La cuestión es particularmente delicada, pero ocupa un lugar importante cuando nos encontramos ante negativa a tratamientos o indicaciones terapéuticas. El principio de autonomía puede entrar en conflicto con el de beneficencia y se requerirán habilidades de relación de ayuda para manejarse con soltura en la relación.

3.6. Promover el diálogo en la verdad y la autenticidad

No es fácil cifrar el diálogo en la verdad con la persona mayor enferma o dependiente. A veces, cuanto más próximo afectivamente es la persona que sufre más difícil se hace el diálogo en la verdad (que es distinto de la comunicación del diagnóstico o de las malas noticias).

“Los últimos momentos de la vida de un ser querido pueden constituir la mejor ocasión para ir lo más lejos posible en la relación con esa persona. Sin embargo, ¿cuántos aprovechamos esta ocasión? En lugar de enfrentarnos a la realidad de la proximidad de la muerte, nos empeñamos en aparentar que nunca llegará. Mentimos al otro, nos mentimos a nosotros mismos y, en lugar de hablar de lo esencial, en lugar de intercambiar palabras de amor, gratuidad y perdón, en lugar de apoyarnos mutuamente para cruzar juntos ese momento trascendental que supone la muerte de un ser querido, poniendo en común todo lo que hemos aprendido, todo el humor y el amor que el ser humano es capaz de desplegar para afrontar la

⁵⁹ Cf. J.C. Bermejo, “La negativa al tratamiento y la comunicación persuasiva” en J.C. Bermejo, *Salir de la noche. Por una enfermería humanizada*, op. cit., 189-201.

muerte, en lugar de todo esto, lo que hacemos es envolver con silencio y soledad ese momento único y esencial de la vida”.⁶⁰

Argumentamos, a veces, el miedo a hacer daño con la verdad. Sin embargo, más frecuentemente suele ser el miedo a encontrarnos con nosotros mismos en la verdad del otro y en la nuestra, lo que nos lleva a evitar el diálogo en la verdad. Quizás la imagen que queremos ofrecer a los otros y por la que tanto trabajamos, al encontrarse con los ojos del otro –que vive la hora de la verdad por excelencia- se encuentra con la imagen real, devuelta por sus ojos como con un espejo, y nos desmonta nuestros esquemas, provocándonos miedo.

Quizás argumentamos que la verdad es cruel. Sin embargo, creo que vale la pena pensar que “la verdad es antídoto del miedo. Lo terrible y conocido es mucho mejor que lo terrible y desconocido”,⁶¹ y que “la peor soledad para un moribundo es no poder comunicar a sus seres queridos que va a morir. Para quien siente que le llega la hora, el no poder hablar ni compartir con los suyos lo que la inminencia de la separación le inspira, a menudo le aboca al desorden mental, al delirio, o incluso al dolor físico, que al menos le permite hablar de un sufrimiento concreto”.⁶²

“Que el enfermo sorprenda a su médico en un renuncio, supone el golpe más cruel de todos. Además, cuando el médico ha mentido al enfermo, indefectiblemente, la familia también lo ha hecho. Es fácil imaginar lo que puede sentir una persona, próxima a morir, y que descubre que su médico y sus seres queridos (es decir, todos los que le importan) le han mentido”.⁶³

No estar dispuesto a entablar un diálogo en la verdad puede suponer dejar al paciente en la soledad emotiva y afectiva que puede ser leída también, en algunos casos como una verdadera “muerte social”.⁶⁴ Incluso se puede hablar de riesgo de *eutanasia social*. “Pensemos en el desplazamiento del propio espacio de vida, al aislamiento en estructuras a menudo inadecuadas e incapaces de responder a las necesidades fundamentales de la persona. (...)El alejamiento colectivo de la vejez pone en marcha un proceso de *muerte social* del anciano que asume los rasgos existenciales de una verdadera y real eutanasia”.⁶⁵

La reproducción de la siguiente entrevista (ya utilizada en varios textos), puede permitirnos tomar conciencia una vez más del significado de la huida del diálogo en la verdad.⁶⁶

César está casado y es padre de 4 hijos. Se presenta como un hombre sencillo, bonachón. Nunca había estado enfermo antes. Está en oncología, donde los cuidados permitieron que viviera sólo 3 meses. Yo le visito a diario y él aprovecha mi profesión para bombardearme a preguntas que me hacen sentir incómoda. Este encuentro se me ha grabado de manera especial. Son las doce de la noche aproximadamente. Está solo, escuchando la radio. Esta tarde ha llamado al peluquero para que le rapara la cabeza.

⁶⁰ M. De Hennezel, op.cit. 16-17.

⁶¹ M. Gómez Sancho, “Las malas noticias” en M. Gómez Sancho, op.cit. 287.

⁶² M. De Hennezel, op.cit. 43.

⁶³ M. Gómez Sancho, “Cómo dar las malas noticias III. Orientaciones Básicas” en M. Gómez Sancho, “Cuidados paliativos: atención integral a enfermos terminales” II, op.cit. 747.

⁶⁴ Cf. J.C. Bermejo, *Relación de ayuda. En el misterio del dolor*, op. cit. 107-110.

⁶⁵ R. Bindi, “Aspectos políticos” en *Dolentium Hominum* 40 (1999) 41.

⁶⁶ J.C. Bermejo, *El cristiano y la enfermedad* (Barcelona 1995).

- E.1 ¡Hola! ¿Qué tal?
- C.1 ¡Hola, Rosa! Veo que te toca la guardia.
- E.2 Sí, me tocó.
- C.2 ¿Mucho trabajo?
- E.3 No está mal. Se presenta una noche tranquila. (Me doy cuenta de que se ha rapado la cabeza, pero me cuesta mucho hacer referencia a ello) ¡Vaya cambio!
- C.3 Sí. Es para ir acostumbrándome. ¿Y tú qué dices de lo mío? ¿Cómo lo ves, tú que sabes de estas cosas?
- E.4 Habrá que esperar que terminen las pruebas.
- C.4 Sí, pero tú conocerás a gente que haya tenido lo que yo.
- E.5 Yo no sé lo que tienes tú. (Mentí)
- C.5 Yo lo veo muy mal. Me huelo lo peor. Tú ya sabes a lo que me refiero. ¡Que sea lo que Dios quiera!
- E.6 ¿Hace mucho que se fue tu familia?
- C.6 Sí, se marcharon hace un buen rato. ¿Sabes? Tengo una familia maravillosa... de verdad, Rosa. (Con los ojos llenos de lágrimas)
- E.7 Sí, ya lo sé.
- C.7 ¿Crees que saldré de aquí, que saldré de ésta?
- E.8 ¡Claro que sí, hombre! (Cono tono de darle ánimo. Yo lo quería creer de verdad, pero no lo creía).
- C.8 Ya veremos...

Terminamos la conversación y nos despedimos hasta el día siguiente. En este encuentro he sentido por lo menos tanto miedo como el que debe sentir él y por eso no he llamado a las cosas por su nombre. Y es eso lo que me está pidiendo en la conversación.

Si en este encuentro el diálogo hubiera sido abierto, en la verdad, ofrecería la oportunidad de hacer del enfermo un maestro para el agente de salud. “Ninguna escuela enseña tanto al hombre, nada le hace tan humano como el captar las expresiones de la vida del otro sin intermediarios, despojándose incluso de las buenas intenciones de consolar con palabras. Los documentos humanos revelan su secreto sólo a quienes se ponen delante de ellos en silencio y con modestia”.⁶⁷

En realidad, César estaba pidiendo a gritos una oportunidad para compartir el propio dolor, las propias preocupaciones. Más que pedir el diagnóstico, está intentando encontrar un interlocutor en medio de su estado emotivo concreto. Y el agente de salud no ha ofrecido, ciertamente, esta oportunidad al paciente.

“Los pequeños dolores son locuaces; los grandes, callan estupefactos” (Séneca). De ahí la importancia también de compartir el silencio, que muchas veces es más elocuente que muchas palabras.

3.7. Promover la responsabilidad en la tarea evangelizadora

No es extraño que las personas mayores vivan intensamente los llamados “beneficios secundarios” de la enfermedad y la dependencia. “Los ‘beneficios secundarios’ son factores que pueden favorecer abandonarse a la enfermedad, convirtiéndose en motivo crónico. Paradójicamente, hay individuos que obtienen ventajas de la prolongación de la enfermedad, del aislamiento y la dependencia”⁶⁸. Uno de los objetivos del acompañamiento consiste

⁶⁷ J. C. Bermejo, “La escucha que sana” en *Humanizar* 7 (1993) 33.

⁶⁸ L. Sandrin, A. Brusco, G. Policante, *Comprender y ayudar al enfermo* (Madrid 1992) 52 Tales beneficios pueden ser vividos sanamente como parece reflejar el protagonista del libro *Martes con mi viejo profesor*: “¿Sabes una cosa? Una cosa

precisamente en promover al máximo la autonomía y responsabilidad de la persona, aún en medio de la enfermedad y la dependencia.

Como no es extraño tampoco que el acompañamiento a los mayores (incluso el acompañamiento pastoral) esté marcado por una cierta cautela: “Se titubea a la hora de pedirles, no se quiere forzar, no se tiene la valentía de proponer. Parece efectivamente que, con el paso de los años, las fuerzas declinan y que es justo dejar que cada uno haga y crea lo que buenamente pueda”⁶⁹.

Juan Pablo II, en la *Christifideles Laici*, dirigiéndose a los ancianos, dice, en cambio: “Vosotros no debéis sentir os al margen de la vida de la Iglesia, elementos pasivos de un mundo en excesivo movimiento, sino sujetos activos de un período humana y espiritualmente fecundo de la existencia humana. Tenéis una misión que cumplir, una ayuda que dar”⁷⁰. Les recuerda a los mayores que la Iglesia les pide y espera que sepan continuar la tarea apostólica y misionera, que no sólo es posible y obligada también a esa edad, sino que esa misma edad la convierte, en cierto modo, en específica y original.⁷¹

“Porque, hemos de decirlo, también los más débiles tienen el peligro de plegarse ante las dinámicas perversas que los esclavizan o que los hacen objetos, en lugar de sujetos de su propia historia”⁷².

En efecto, como dice la Sagrada Escritura: “Todavía en la vejez darán fruto” (Sal 92, 15) y a los mayores les acompañan virtudes particulares: “¡Qué bien sienta el juicio a las canas, a los ancianos el tener consejo. ¡Qué bien parece la sabiduría en los viejos, la reflexión y el consejo en los Ilustres! Corona de los viejos es la mucha experiencia, su orgullo es el temor del Señor”, dice el libro de la Sabiduría⁷³.

La cultura y la sociedad de hoy, que necesita especialmente testigos, más que maestros, puede encontrar en los mayores, aunque enfermos y dependientes, una fuente inestimable de sabiduría si éstos consiguen dar testimonio de los valores del Evangelio. Se convierten así en verdaderos agentes evangelizadores⁷⁴. “La comunidad cristiana –ha escrito Juan Pablo II en octubre de este año- puede recibir mucho de la serena presencia de quienes son de edad avanzada. Pienso sobre todo –dice él- en la evangelización: su eficacia no depende principalmente de la eficiencia operativa”⁷⁵. La reflexión hecha por Viktor Frankl en torno a los valores de actitud, es decir a la disposición que toma la persona en medio del

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 una persona 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”. Cf. M. Albom *Martes con mi viejo profesor* (Madrid 1998) 136. En otras ocasiones puede llegar a derivar en el comportamiento conocido como de “niño mimado o de “tirano doméstico”. Cf. L. Sandrin, A. Brusco, G. Policante, op. cit. 53.

⁶⁹ L. Sandrin, F. Caretta, M. Petrini, *Anziani oggi. Una sfida per la medicina, la società e la Chiesa*, (Torino 1995) 150-151.

⁷⁰ *Christifideles Laici* 48.

⁷¹ La idea la desarrolla D. Tettamanzi, “La Iglesia y la persona anciana: aspectos teológico-pastorales” en *Dolentium Hominum* 40 (1999) 66-67.

⁷² J.C. Bermejo, “Derecho a una vida digna” en *Corintios XIII* 88 (1998) 154.

⁷³ Eclo 25 4-6.

⁷⁴ Cf. *Evangelii Nuntiandi* 21, 41.

⁷⁵ Juan Pablo II, “Carta del Santo Padre Juan Pablo II a los ancianos”, octubre 1999, n. 13.

sufrimiento inevitable, puede responder a la exhortación hecha por el autor de la carta a Tito cuando les invita a los mayores a “vivir sanamente el sufrimiento”⁷⁶.

En efecto, en una cultura en la que tienen tanta relevancia los valores asociados a la acción y a la producción, los valores vividos por quien incluso se ha de dejar cuidar, constituyen un importante referente. El protagonista del reciente libro “Martes con mi viejo profesor”, en medio de su dependencia y ante la proximidad de la muerte, cuando aún se dedica a ayudar a los demás recibiendo en su domicilio, en un diálogo con el autor dice:

“- Mitch, me preguntaste por qué me preocupaba de personas a las que ni siquiera conozco. Pero ¿quieres que te diga lo que más estoy aprendiendo con esta enfermedad?

- ¿Qué es?

- Que lo más importante en la vida es aprender a dar amor y dejarlo entrar.

- Dejarlo entrar. Creemos que no nos merecemos el amor, creemos que si lo dejamos entrar nos volveremos demasiado blandos. Pero un hombre sabio que se llama Levine lo expresó certeramente. Dijo: “El amor es el único acto racional”.⁷⁷

En efecto, como afirma el documento sobre la dignidad del anciano y su misión en la Iglesia y en el mundo, “es deber de la Iglesia hacer que los ancianos adquieran una viva conciencia de la tarea que tienen, también, de transmitir al mundo el Evangelio de Cristo, revelando a todos el misterio de su perenne presencia en la historia. Y hacerlos asimismo conscientes de la responsabilidad que se desprende, para ellos, de ser testigos privilegiados – ante la comunidad humana y cristiana- de la fidelidad de Dios, que mantiene siempre sus promesas al hombre”.⁷⁸

Los obispos de la Comisión de Pastoral Social han afirmado: “Todos los hombres y mujeres, todos los pueblos, incluidos los más débiles, tienen derecho a ser sujetos activos y responsables en el desarrollo de sí mismos y de la creación entera”.⁷⁹

Conclusión

El diálogo en la verdad es el camino para centrarse en la relación de ayuda en la persona en medio del sufrimiento. Acompañar a la persona mayor dependiente o enferma a identificar sus necesidades, a dar nombre a sus emociones, a caminar siendo protagonista, hacia el final de la vida, a vivir el propio morir con dignidad, es el objeto del acompañamiento.

Vivir la propia muerte –como proceso de continuas pérdidas- será posible si se encuentra alguien alrededor que esté dispuesto a pararse ante la vulnerabilidad y compartir la contemplación del misterio.

La relación de ayuda quiere reconocer la libertad y la autonomía del otro al máximo de sus posibilidades. Se trata, entonces, de acompañar a “levantar acta de la propia vida antes de

⁷⁶ Cf. Tt 2,2.

⁷⁷ M. Albom, op.cit. 69.

⁷⁸ Pontificio Consejo para Laicos, *La dignidad del anciano y su misión en la Iglesia y en el mundo* (Madrid 1999) 47-48.

⁷⁹ Comisión Episcopal de Pastoral Social, *La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Un signo del Espíritu en nuestro tiempo* (Madrid 1998) n.23.

morir. El relato de las experiencias es un modo de hacerlo que, para una persona cuya autonomía es casi nula, cobra una importancia fundamental. Con frecuencia observamos en nuestros enfermos la necesidad de dar forma a la totalidad de su vida y de dirigir este esfuerzo creador de sentido a alguien más. Una vez concluida su obra, la persona parece poder por fin abandonarse a su suerte y morir”.⁸⁰

Efectivamente, “aquél a quien se le permite decir “Voy a morir” se le da la posibilidad de ser actor de su despedida, de organizarla.”⁸¹

La Iglesia puede encontrar en los mayores, verdaderos expertos en humanidad, agentes humanizadores. “El apartamiento y la segregación de los ancianos, además de empobrecernos, tiende a construir comunidades artificiales y, lo que es peor, cada vez menos humanas y humanizadas”.⁸²

José Carlos Bermejo Higuera
-Religioso camilo-

⁸⁰ M. De Hennezel, op.cit.140.

⁸¹ Ibidem.,. 43

⁸² F. Alvarez “El anciano en la Iglesia local” en *Dolentium Hominum* 40 (1999) 72