

CARTHAGINENSIA

Revista de Estudios e Investigación
Instituto Teológico de Murcia O.F.M.
Universidad de Murcia

Volumen XV
Julio-Diciembre 1999
Número 28

SUMARIO

ESTUDIOS

Jürgen Moltmann

Situación de la teología al final del siglo XX. 247-250

Xabier Pikaza

La teología española ante el fin del milenio. De la liberación a la esperanza (1975-2000) 251-324

Pablo Richard

Futuro de la Teología de la Liberación. Una visión desde América Latina 325-345

Patricio Peñalver Gómez

Contextos y posibilidades de la filosofía española 347-368

José Antonio Merino Abad

El franciscanismo y su futuro 369-393

Ángel Galindo

Problemas éticos en la atención al enfermo mental anciano. 395-412

María José Vilar

Contribución a la biografía del cardenal Mariano Barrio, Obispo de Cartagena y arzobispo de Valencia (veintitrés cartas inéditas, 1858-1874). 413-448

NOTAS Y COMENTARIOS

Gonzálo Fernández Hernández

Arrio y la música 449-450

Juan José Tamayo-Acosta

Ni clérigos, ni laicos. Cristianos en comunidad. 451-465

BIBLIOGRAFÍA 467-490

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS 491-500

LIBROS RECIBIDOS 501-504

ÍNDICE GENERAL 505-510

PROBLEMAS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN AL ENFERMO MENTAL ANCIANO

XVI Jornadas de Pastoral de la Salud Mental

ÁNGEL GALINDO GARCÍA

“El anciano no se debe considerar sólo como objeto de atención, cercanía y servicio. También él tiene que ofrecer una valiosa aportación al Evangelio de la vida. Gracias al rico patrimonio de experiencias adquirido a lo largo de los años, puede y debe ser transmisor de sabiduría, testigo de esperanza y de caridad” (EV 94).

1. *Introducción*

Comienzo reconociendo la dificultad que he tenido para entrar en este mundo no deseado para mí y ni para mis hermanos los hombres: el mundo de la ancianidad y de la enfermedad mental, unido en una misma persona. Una situación con dos caras que, como en la cuestión del mal, no hay que responder a la pregunta del “por qué”, pues esta pregunta no tiene respuesta ni filosófica ni acaso teológica, sino a la pregunta del “¿para qué?” de la enfermedad mental de los ancianos. Enfermedad y ancianidad son considerados como males físicos, signos de muerte, que nos recuerdan la pregunta del “para qué”. Por ello, no nos detenemos en la cuestión del origen de la enfermedad sino más bien en su sentido¹: ¿para qué existe? ¿a qué nos invita? ¿cómo se ha de vivir esta realidad?.

¹ La búsqueda del sentido ha sido estudiada desde el campo de la sicoterapia y desde

Tengamos presente que el dios de las dos caras está presente en este tema: entre la ética del enfermo mental y la del enfermo anciano se encuentra la ética del enfermo mental-anciano. Me gustaría ayudar a pensar que no se trata de yuxtaponer ambas laderas, sino de encontrar la vaguada propia de la ética del enfermo mental-anciano. Debemos buscar lo específico de esta situación de vida, *enfermo mental anciano*, y de la oferta sanitaria tanto por el sujeto enfermo como por la sociedad y su entorno. Desde el campo de la ética, lo específico lo encontraremos en la opción no sólo por los pobres, sino por “los más pobres” (en este caso a la ancianidad se suma la enfermedad y a esta, la enfermedad mental). Se ha de tener presente que más que enfermedades, existen enfermos concretos.

Por otra parte, a esta pregunta (del para qué y del qué hacer) se ha de responder más desde el campo de la ética del místico que desde la ética del asceta². Cristo asumió el dolor y la enfermedad místicamente porque amaba la vida y la resurrección, asumió la nada para darnos el todo y asumió la gloria desde la Cruz. Nuestro interrogante ético y teológico desde este campo de la pregunta del “para qué” de la enfermedad mental del anciano es la siguiente: ¿Se puede creer, estando cerca de un anciano enfermo mental? ¿Para qué hacer “cosas” a un anciano enfermo mental?³. La ética del místico es la de la esperanza y la de la entrega porque se cree y ama la vida. La ética del asceta es la del que actúa, se sacrifica, da soluciones, pero con actitud resignada e incluso con actitudes compasivas.

Por esto, después de exponer algunos presupuestos con el objeto de ver el estado de la cuestión, conviene presentar las carencias existentes en el tratamiento sanitario. En otro apartado veremos varios conductores éticos terminando con el estudio de algunas actitudes éticas y la relación de ayuda.

2. Presupuestos:

a) Constataciones⁴. Si entramos en el mundo de las constataciones observamos que el enfermo mental anciano *no ha sido lugar privilegiado*

la medicina principalmente por V.E. FRANKL, *El hombre en busca del sentido*. Barcelona 1982; Íd. *Ante el vacío existencial, hacia una humanización de la sicoperapia*. Barcelona 1982. Cf. Labor hospitalaria, 28 (1988) 109ss.

² J.L. RUIZ DE LA PEÑA, *Teología de la creación*. Santander 1992, 169.

³ En el fondo late la pregunta sobre la posibilidad de creer después de AUSCHWITZ. Cf. J.B. METZ, “Teología cristiana después de AUSCHWITZ”, en *Concilium* 195 (1985) 215; J. MOLTSMANN, *El Dios crucificado*. Salamanca 1975, 393.

⁴ La ancianidad, en cuanto al número, va en aumento. En Europa el 20% de la población tiene más de 60 años (77 millones). En el año 2020 serán más del 30%. Cf. Vicente Verdú, diario *El País* 13,2,1997, 26.

de las concentraciones de fuerzas políticas, colectivos sanitarios y sociales y, por qué no decirlo, de la atención y cuidado pastoral. Hoy estos colectivos se preocupan más del mundo de la tercera edad, muchas veces por razones electoralistas, pero no por el enfermo mental anciano considerado en sí mismo, ni sin intereses bastardos. Se ha acuñado ya en el lenguaje de la salud que “la psiquiatría es la cenicienta de la medicina, y la atención psiquiátrica la de la asistencia sanitaria”. El traslado de esta imagen al mundo del enfermo en el umbral de la muerte puede ayudar a entender con inquietud los problemas éticos que aparezcan en este momento de la vida.

Tampoco en *el ámbito de la Iglesia* -diócesis, parroquias- los enfermos ancianos mentales han sido especialmente privilegiados. La comunidad cristiana ha participado del ambiente de soledad y alejamiento en el que la propia sociedad ha recluido a estos enfermos. A lo sumo, se ha llegado a dar soluciones compasivas y ascéticas. Es cierto que la Iglesia ha escrito y ha actuado en el campo de la salud, pero pocas actuaciones se han orientado hacia el enfermo mental⁵. En muchos casos, ante un anciano enfermo mental, la familia se encuentra sola, la sociedad los margina y preferiría que no existieran.

Tengo la sensación de que la sociedad es permisiva. Por ello, a los enfermos mentales ancianos los coloca fuera “de las murallas”, a ser posible donde no se les vea y donde no molesten. En el mejor de los casos son sujetos de compasión en el sentido peyorativo del término. Compasión que se manifiesta en el deseo de que mueran pronto. Al menos los ancianos, no enfermos mentales, pueden votar en las elecciones políticas. Estos, los enfermos mentales, ni eso. La concepción hedonista y utilitarista de la sociedad tiende a impedir a toda costa la presencia en el mundo de individuos con deficiencias graves. Este tipo de sociedad moderna, con el apoyo de los Mass Media, se ha convertido en un inconveniente para dar una solución idónea al problema del anciano, enfermo mental.

El Papa en su mensaje con motivo de la cuarta jornada mundial del enfermo (febrero 1996) invita a atender y sensibilizarse de las víctimas de la enfermedad especialmente de los más marginados. Lo hace en el frontispicio del año 2000 y en el marco de la nueva evangelización recordando la presencia liberadora de la Iglesia en Iberoamérica pero con sentido universal: atender a los enfermos de todo el mundo y a todo tipo de enfermos. El Papa insiste en la necesidad de atención y respeto a la dignidad de la persona humana al afirmar que “por esta razón la Iglesia reconoce en todos los hombres la misma dignidad y el mismo valor fundamental independiente-

⁵ D. GRACIA, “Historia del dolor”, en *Teología y Catequesis* 29 (1989) 23-35.

mente de cualquier otra consideración que derive de las circunstancias. Por tanto, también independientemente -y esto es de suma importancia- del hecho de que esta capacidad no se pueda poner en práctica, porque está impedida por el trastorno mental”⁶.

b) Precisión conceptual. Al encontrarnos ante una enfermedad con dos caras: ancianidad y demencia, considerando esta en su doble origen, natural (la demencia de los ancianos por la edad y desgaste) y patológica (la ancianidad de los enfermos mentales), debemos recordar los dos *conceptos de esta enfermedad* con el objeto de presentar los problemas éticos:

* Por *salud mental* se ha entendido “un estado dinámico de equilibrio psíquico, que permite a la persona encontrarse bien consigo misma y con los demás. Todo ello sin detrimento de los esfuerzos del individuo por superar dificultades, obstáculos y crisis, con el consiguiente sufrimiento psíquico y la natural vivencia de angustia”.

* El ser humano, al llegar a *la ancianidad*, se encuentra con algunas dificultades que, sin anular su personalidad eliminan o disminuyen su capacidad de decisión moral: los cambios corporales, la disminución de la actividad, la pérdida de personas queridas y la necesidad de encararse a su cercana muerte le sitúa en un mundo de dificultad decisoria, aunque respecto a su última decisión su claridad puede ser deslumbrante⁷.

Asimismo, hay varios prejuicios con respecto al anciano enfermo: uno de los más arraigados es el confundir la vejez patológica con el envejecimiento que por sí mismo no es una enfermedad; un segundo prejuicio es el que el anciano es un niño y, como tal, hay que tratarlo; y otro, muy común, es el que el anciano y su mundo no tienen nada interesante que proponernos⁸. El texto inicial de este trabajo, recogido de la “*Evangelium Vitae*”, nos recuerda que ellos tienen mucho que aportar. Cuando contrae una enfermedad, el anciano ve acentuarse su situación de dependencia y se hace aún más consciente de su debilidad y de su soledad. Se siente inútil y este pensamiento le lleva a menudo a la introversión o a la depresión.

⁶ JUAN PABLO II, en el discurso a los participantes en la XI Conferencia Internacional de Pastoral Sanitaria (30-11-96).

⁷ L. BOROS, *Mysterium mortis, der Mensch in der letzten Entscheidung*, 1962.

⁸ AA.VV., *Comprender y ayudar al enfermo. Elementos de psicología, sociología y relación de ayuda*. Madrid 1992.

Se puede aplicar a la realidad “enfermo mental anciano” la definición que M. Thalhammer atribuye a la deficiencia mental. El anciano enfermo mental “es un modo de ser y una forma de ordenación de la vida humana que está condicionada por un modo de ser cognitivamente diferente e impone la necesidad de una permanente ayuda humana para la realización de sí mismo en las dimensiones humanas y los procesos comunicativos”⁹.

Estas dos caras unidas hacen que nos encontremos ante un ser desorganizado, en desorden y desgobierno. Por ello, las enfermedades mentales del anciano afectan por su naturaleza a las funciones superiores del ser humano y tienen efectos que van mucho más allá del padecimiento de la propia enfermedad. El enfermo, mental anciano, es “un modo de ser y una forma de ordenación de la vida humana”, es decir, debemos acercarnos a esta realidad limitada con una visión positiva e integral de la persona. Reconocemos algunas limitaciones que impiden su desarrollo en libertad moral, pero también su apertura a una integración positiva. Para ello, necesita de una ayuda permanente.

c) Contexto moral. Por esto dejamos *un campo despejado desde el campo moral*: desde el punto de vista moral, si la enfermedad mental es estructural y no afecta al mundo de los actos humanos del paciente, no existiría responsabilidad, ya que le faltan elementos esenciales al ejercicio de la libertad moral. Si se tratara de enfermedades evolutivas podría afectar a la culpabilidad histórica o debería contemplarse según el grado de ejercicio de la libertad durante el periodo de crecimiento de la enfermedad. Pero carecería de valoración moral del sujeto en la situación actual de su enfermedad.

Sin embargo, *los aspectos éticos y morales atañen e implican a la sociedad* y de forma particular a la familia y cuidadores. Por ello, el título de este trabajo debería invertirse, es decir, deberíamos tratar de los problemas éticos que la sociedad, la familia, los cuidadores plantean a los ancianos enfermos mentales. Entre el grupo de enfermos mentales ancianos se encuentra algún tipo de enfermo mental o al menos con las secuelas que esta enfermedad les ha dejado (psicóticos, psicópatas, disociales, alcohólicos, obsesi-

⁹ D. SPECK-M. THALHAMMER, *Rehabilitación de los insuficientes mentales*. Barcelona 1978, 42. De todos modos, los estudiosos de esta sintomatología nos dicen que en la medida en que avanzan en la edad los enfermos mentales van “descronificando” su enfermedad. De esta manera tenemos que el anciano, además de las limitaciones propias de la demencia senil, puede encontrar disminuidas sus facultades como consecuencia del tratamiento anterior más que por la enfermedad propiamente dicha. Pero pensamos que el anciano enfermo mental es “un modo de ser” cuyas capacidades de decisión están disminuidas por su trastorno mental.

vos, histéricos, oligofrénicos) y los ancianos con las demencias seniles. En todo caso se puede afirmar que la vida de un enfermo mental anciano es distinta de otra persona en su sano juicio, ya que no puede encauzar su vida de forma autónoma, ni organizar su actividad ni tomar decisiones responsables.

En un orden social, regido por los principios de la productividad y de la competitividad, los enfermos mentales ancianos, por muy atendidos que estén, permanecerán siempre marginados. Es necesario potenciar una sociedad montada sobre otros principios al servicio de una escala de valores verdaderamente humana y universal para hacer justicia a todos y para facilitar una integración adecuada. Esta sociedad necesita de una revolución que sustituya los principios de productividad y de competitividad por los de la felicidad y la solidaridad humana¹⁰. En este tema tenemos muy claro que es preciso superar la sociedad consumista, pues “en la sociedad de consumo, lo superfluo se torna conveniente, lo conveniente se hace necesario y lo necesario se convierte en indispensable”¹¹. Somos conscientes de que la persona enferma es siempre una persona concreta que se hunde un poco en el suelo que pisa, que se mueve en medio de unas circunstancias que la presionan en un sentido u otro, que resulta moldeada por un tipo de sociedad concreta que la rodea.

3. Carencias

La atención que hoy se está prestando al mundo de la psiquiatría *de los ancianos es suficiente en lo que se refiere a elementos materiales*: comida, calefacción, jardines, etc. Ahora bien, la aportación social de estos elementos materiales se suele hacer sin la orientación al equilibrio integral del destinatario, por intereses de presupuestos para cumplir con un proyecto realizado en la programación, en ocasiones con intereses puramente económicos y consumistas y otras no interesa tanto el enfermo en sí cuanto ser fríamente fieles a lo establecido por el “supervisor” o el jefe de personal, es decir, por la tecnocracia. Pero, aún falta mucho por hacer en lo que se refiere a la humanización de los Centros Psiquiátricos y “Residencias Asistidas”. Falta el trato personalizado, la consideración específica de la dignidad del paciente, el afecto como apoyo y base de acogida y, en algunos casos, la promoción de los derechos espirituales de los pacientes.

¹⁰ J. RAMÓN AMOR PAN, *Ética y deficiencia mental*, 47.

¹¹ E. FROMM, *Ética y psicoanálisis*. México 1980.

La técnica y la profesionalización en la medicina son fenómenos ambivalentes. Aplicadas a la sanidad, los técnicos han salvado muchas vidas, pero, absolutizadas, han ido en detrimento de otros valores imprescindibles en la asistencia al enfermo, como por ejemplo, del trato personalizado, respetuoso, afectivo.

Además de las necesidades de un tratamiento psiquiátrico y psicológico, el enfermo mental *anciano necesita un tratamiento sociológico*. En este caso, es más difícil proporcionarlo en sus dos ámbitos. En el ámbito de las tareas rehabilitadoras (talleres, programas de inserción social y laboral, etc) porque el enfermo mental anciano suele tener unas carencias físicas que le imposibilitan realizarlo. En el marco de la rehabilitación social porque el agente sanitario e institucional no alcanza: se trata de todo lo que tiene que ver con la comunicación humana, con la compañía, con la amistad, con la recuperación de los lazos sociales.

Uno de los grandes inconvenientes de la vida moderna es el de *la exclusión funcional a que somete la sociedad a todos los conciudadanos menos productivos, menos rápidos, menos eficaces*. La sobrevaloración de la independencia, de la fuerza, de la riqueza, de la eficacia, de la competitividad, coloca a los menos dotados y a los ancianos enfermos mentales en una situación de marginalidad y de debilidad muy notables. La sociedad les ofrece una cobertura material, pero no les dedica tiempo, ni contacto personal. La deshumanización de los enfermos mentales ancianos está en la indiferencia, el alejamiento y el olvido. Les falta el sabor humano, el contacto social y el sentimiento de pertenencia a un grupo.

Existe un movimiento práctico, motivado por la búsqueda rápida de eficacia y en muchos casos por la fidelidad cerrada a un plan y presupuesto económico elaborado de antemano sin tener en cuenta situaciones concretas, dándose un trato indiferenciado a los enfermos mentales ancianos. Los técnicos en salud mental del anciano nos dicen que entre este grupo existe alguno que solo precisa de atención mediante cuidados paliativos y otro que además necesita una atención médica al encontrarnos con una enfermedad en flor que necesita de medicinas propias. El querer tratar de la misma manera a los dos grupos de ancianidad es estar en un mundo de atención "en serie" a los ancianos enfermos mentales.

4. Conductores éticos

A partir de este apartado nos vamos a fijar en la fundamentación ética. Entiendo, con Diego Gracia, que "el tomar decisiones morales meramente tácticas, sin una referencia rigurosa a los fundamentos, tiene en ética un

nombre casi insultante: decisionismo”¹². Por ello, tendremos en cuenta tanto la dignidad del hombre como algunos de los valores fundamentales que inspiran su vida para que sea una vida auténticamente humana.

Por otra parte, los seguidores de Jesús no podemos ceder al juego alienante de la sociedad de consumo, sino más bien adoptar ante la misma una postura crítica y transformadora. Una postura de solidaridad, acogida y cariño con los más débiles, entre los cuales se encuentra casi siempre el enfermo; y una postura de apertura y cooperación con todos los hombres de buena voluntad que quieran de verdad construir un sociedad más justa y humana donde se preste una atención especial al mundo de la salud¹³.

Son varios los hilos conductores que estarán en la base de solución de los problemas éticos planteados en la relación con el anciano enfermo mental. Los exponemos en un primer momento como punto de referencia del análisis de los problemas que haremos en un segundo momento.

4.1. El reconocimiento de la dignidad de todo ser humano¹⁴

La sociedad consumista y utilitarista, que valora a las personas por lo que tienen y producen y no por lo que son, y que en sus leyes se reconoce que “todos los hombres son iguales en dignidad y en derechos”, ha ocasionado un oscurecimiento de la idea y sentimiento de la dignidad de la persona. Sin embargo, la persona humana es siempre un fin y no un medio. La persona humana es la que da sentido y dinamismo a la sociedad. No a la inversa. No se puede utilizar a un anciano ni a un enfermo en función de la actividad. Todas las propuestas que aparezcan como una concepción instrumental del ser humano serían rechazadas.

Conocemos “la Declaración de los derechos del retrasado mental”, aplicable a nuestro caso, de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 20 de Diciembre de 1971¹⁵. De esta declaración podemos deducir que el hom-

¹² D. GRACIA, *Fundamentos de bioética*. Madrid 1989, 12.

¹³ J. BESTARD, “Desafíos del mundo de hoy y su incidencia en el campo de la pastoral sanitaria”, en AA.VV, *La Iglesia en el mundo de la salud* (1982) 43. Cf. JUAN PABLO II, Discurso a los participantes en la XI Conferencia Internacional de Pastoral Sanitaria (30,11,1996).

¹⁴ Existe un hilo conductor de respeto a la dignidad de la persona humana en la doctrina social de la Iglesia que va desde León XIII hasta nuestros días. En cuanto al valor de la persona humana, puede leerse J. Moltmann, *La dignidad humana*. Salamanca 1983.

¹⁵ Cf. G. PERICO, “Gli handicappati, membre della comunità a pieno diritto”, *Agg. Soc.* 31 (1980) 163-172; M. VIDAL, *Moral de actitudes*. III, 209; G. PECES BARBA, *Escritos sobre*

bre tiene una estructura personal. Al reconocer la consistencia del hombre en cuanto persona, se comprende lo humano no desde las mediaciones (políticas, culturales, económicas), sino desde la originalidad de un ser que me interpela como un tú; se trata de reconocer el valor absoluto e incondicionado del hombre. Es considerar al hombre un fin para él mismo y nunca reducido a medio; es ver en el ser humano, en todo ser humano, el origen y meta de todo empeño moral.

Con palabras y en lenguaje eclesial y siguiendo el horizonte más genuino del evangelio y de Jesús de Nazaret, se trata de ver y de saber que “los marginados, los desvalidos, los pobres, los que sufren, los enfermos, han sido los destinatarios privilegiados del anuncio, de palabra y de obra, de la Buena Noticia del reino de Dios que hace irrupción en la historia de la humanidad”¹⁶.

El respeto a la dignidad de la persona humana exige, en primer lugar, una *Información completa*. El usuario y su familia tienen derecho a solicitar y a recibir información, a lo largo de su proceso existencial, completa y regular, oral y escrita, en un lenguaje comprensible. Este derecho no implica el acceso directo del usuario a la historia clínica. Esta se considera como instrumento de trabajo confidencial para los profesionales. Si el enfermo tiene derecho a ser informado, el anciano también tiene este derecho. La información se hará conforme a su capacidad, pero siempre ha de ser completa. La información completa no se identifica con la información total: A cada uno hay que decirle conforme a su capacidad de comprensión. Pero ha de entenderse que la comprensión de un acontecimiento vital y personal, como es el de la enfermedad mental del anciano, puede captarse tanto por la razón como por la cercanía afectiva. En muchos casos, la familia del enfermo mental anciano tiene disminuidas sus capacidades para entender y para reivindicar sus derechos o acceder a oportunidades sociales. Ante ellos es necesaria una información clara que favorezca la igualdad de oportunidades.

En segundo lugar, la dignificación de la persona, se construye mediante la *búsqueda del beneficio y no del maleficio*. La búsqueda del beneficio del anciano enfermo mental, exige en primer lugar una ética de seguridad. El anciano enfermo mental, a pesar de sus limitaciones en el ámbito del desa-

derechos fundamentales; M. VIDAL, “La dignidad del hombre en cuanto lugar de apelación ética”, en *Moralia* 2 (1980) 365-386; K. RAHNER, “Dignidad y libertad del hombre”, en *Escritos Teológicos*. II, 245-274.

¹⁶ Documento de la Santa Sede para el Año Internacional de las personas minusválidas, en *Epheta* 17 (1981) 5. Cf. M. GESTEIRA, “‘Christus medicus’. Jesús ante el problema del mal”, en *Revista Española de Teología* 51 (1991).

rollo de la sabiduría, necesita seguridad debido a la debilidad como contraste de su experiencia de adultez. Los medios técnicos no bastan para alcanzar seguridad. Es necesaria la afectividad y el calor humano.

Por esto, la Constitución española (Art.49) establece los principios de obligación de los poderes públicos para un tratamiento, rehabilitación e integración, con una atención especializada si la requieren. Al ser anciano se requiere esa especialización atendiendo a su vulnerabilidad en el ámbito de la compañía, de la afectividad y de los cuidados paliativos.

Es necesaria, asimismo, una regulación jurídica de su atención regulada por terceras personas imparciales. Ante el peligro de la excesiva zalamería y la rigidez jurídica, es preciso una atención regulada. Por ello, se necesita también una llamada a la solidaridad interhumana. En este caso, frente a las propuestas fáciles y cómodas como la eutanasia, la llamada a la solidaridad en la atención y en el cuidado es urgente. La capacidad de solidaridad ha de extenderse a los grupos marginados de la sociedad, aunque en “lo relativo a los últimos momentos de la existencia, sería anacrónico esperar de la revelación bíblica una referencia expresa a la problemática actual del respeto a las personas ancianas y enfermas, y una condena explícita de los intentos de anticipar violentamente su fin. En efecto, estamos en un contexto cultural y religioso que no está afectado por estas tentaciones, sino que, en lo concerniente al anciano, reconoce en su sabiduría y experiencia una riqueza insustituible para la familia y la sociedad” (EV 46).

4.2. Principio de justicia y solidaridad¹⁷

Unida a la búsqueda de igualdad integradora y de la dignidad de la persona humana está la solidaridad. La “opción por un mundo humanizado pide una actitud corresponsable que se traduce en el respeto a los derechos humanos, en la solidaridad y en la coordinación de esfuerzos”¹⁸. Se trata de una solidaridad estrechamente relacionada con la justicia, pues pienso que no existe auténtica justicia si no está unida a la solidaridad¹⁹.

La gran novedad que representa Jesús de Nazaret se manifiesta en la relación justicia-solidaridad-caridad. Él fue el testigo y maestro de la justicia: proclamó la dignidad humana como base de la justicia (Mc. 2,23-38), juzgó bienaventurados a los perseguidos por causa de la justicia, enseñó a

¹⁷ Á. GALINDO, *Moral socioeconómica*, (1996), especialmente el capítulo 6.

¹⁸ U. SÁNCHEZ, *La opción del cristiano*. III, 434.

¹⁹ J. LOIS, *Teología de la liberación. Opción por los pobres*. Madrid 1986.

no juzgar con apariencias, denunció las injusticias. Pero el eje de la ética cristiana es todo esto con la caridad. La relación caridad-justicia-solidaridad no sólo se expresa en las relaciones interpersonales, sino también busca mediaciones sociales y estructurales²⁰.

La técnica médica y la atención hospitalaria ha de proponerse desde el principio de justicia a todas las personas y desde la búsqueda de la distribución justa de los bienes comunes. La política social es inseparable del marco sanitario global. Es preciso una distribución justa de los recursos que beneficien a todos los ancianos. Aquí han de considerarse diversos derechos además del reparto de beneficios sociales: derecho a la calidad de la asistencia, a la confidencialidad y el derecho de los familiares. Hay que tener en cuenta que el conjunto de dispositivos sociales (Clubs, hogares de ancianos...) y asistenciales (Hospitales de día, geriátricos...) deben tener como objetivo común la mejora sistemática de calidad de vida de estos pacientes de edad avanzada y no limitarse a una actuación médica sintomática.

El principio de solidaridad incluye el de *totalidad*. En este ámbito, es preciso considerar al enfermo en su totalidad y en su especificidad. Por una parte, nos encontramos ante enfermos ancianos mentales que necesitan unos cuidados paliativos, es decir, la atención, cariño, cuidado, asistencia, característica de la edad, cuerpo y alma, a quien la medicina ya no le produce efecto alguno. Pero, del mismo modo, existen enfermos mentales ancianos, que aún precisan de un medicación al tener su enfermedad y situación anciana en pleno florecimiento. De ningún modo ambos tipos de situaciones pueden tratarse de la misma manera.

Por otra parte, hoy la vivencia de la caridad en este campo sanitario no puede ser reducida al campo privado de la relación yo-tú. La solidaridad introduce en la sociedad un elemento social que va más allá de lo estrictamente personal e individual. Hay que practicar la caridad estructural que tiene por objeto el bien común y se esfuerza por crear aquel conjunto de condiciones humanas que hacen posible el pleno desarrollo de toda la persona y que lucha por transformar las estructuras injustas de nuestra sociedad.

4.3. El valor de la igualdad

Los estados de marginación existentes en la sociedad son el signo claro de la falta de igualdad social. Lo contrario de la marginación social es la

²⁰ J.A. PAGOLA, "Jesús y los enfermos desasistidos y necesitados", en *Labor hospitalaria* 208 (1988).

integración. El enfermo mental anciano necesita más que otros sentirse acogido, comprendido y respetado, es decir, necesita ser integrado conforme a su débil capacidad. El principio de integración dice que todo individuo, cualquiera que sea su condición de salud o enfermedad, ha de ser aceptado por los demás y por la sociedad entera y admitido con igual derecho y título que los otros hombres a disfrutar de los recursos sociales de su entorno. Todos necesitamos de una comunidad que nos ayude a construir nuestra personalidad única e irrepetible.

La integración en un régimen de igualdad significa la carencia de segregación en gnettos y la paridad en el acceso a los bienes y servicios de la sociedad. No se trata de intentar lograr la normalidad absoluta de la vida de los ancianos enfermos mentales con el resto de ciudadanos, a veces imposible, sino a aproximarlos a lo posible en la medida en que se pueda. Toda persona enferma mental anciana, en todos y cada uno de los momentos de su vida, tiene derecho a aquellos bienes sociales que se requieren para un desarrollo de sus capacidades reales. Se trata de promover al máximo la autonomía de la persona anciana enferma mental respetando sus características particulares y sus limitaciones en el seno de la comunidad social a la que pertenece. Para lograr la integración o el camino de la igualdad es preciso:

1º. *Obrar con verdad*²¹. Ante todo hay que obrar con verdad. Esto se puede traducir en el silencio o en el decir la verdad. Es este un valor ético esencial en la relación entre el profesional y el enfermo mental anciano. No se trata de decir toda la verdad ni decirla atropelladamente. Se trata de decir la verdad o de obrar la verdad. Consideramos que la introducción de la falsedad en la relación paciente-médico plantea graves interrogantes. En ningún caso el fin de la eficacia justifica los medios inmorales.

Pero el obrar con verdad tiene un dimensión previa a la relación paciente-médico. Me refiero a la verdad en el trato y en la distribución de los bienes. La verdad siempre tiene relación con la búsqueda del equilibrio del hombre y con la atención al hombre en su soledad.

2º. *Buscar un consentimiento racional*²². Para que el enfermo pueda dar su consentimiento ha de estar en posesión de la razón. Para que el enfermo sea capaz de razonar, al menos, es necesaria la información. Para que un

²¹ La búsqueda de la verdad óptica y moral ha sido continua en la historia de la teología y de la enseñanza magisterial. Puede verse el último documento pontificio: Pontificio Consejo para las Comunicaciones Sociales: "Ética de la publicidad"(1997).

²² Cf. El Mensaje Central de la Encíclica "Veritatis Splendor".

enfermo pueda decidir sin dañar a un tercero es necesario que esté informado. Ahora bien, en un enfermo mental y anciano la capacidad de decisión está muy limitada; por esa razón, este principio ético es entendido como principio, es decir, siempre que el individuo esté capacitado para decidir. Pero de ningún modo debe faltar la racionalidad en aquellos que organizan, programan y distribuyen las tareas de atención a este tipo de enfermos.

Pero el profesional ha de tener siempre presente este principio para no caer en el paternalismo o llegar a pensar que siempre es incapaz de decidir. El coordinador de la sanidad ha de hacer un proyecto racional de atención al enfermo mental anciano. Aunque tengamos que buscar un sustituto decisorio, v.gr. la familia, no podemos olvidar este principio, pero tampoco la sociedad. Apostamos por la extensión del consentimiento racional a la sociedad. Es el equipo deontológico, el equipo médico, quien debe buscar racionalmente el mejor tratamiento y cuidado respetando la dignidad de la persona humana.

3°. *El secreto profesional*²³. Este imperativo ético es fundamental. En nuestro caso se hace extensivo a la familia. No es sólo secreto del doctor o del agente sanitario. Lo es también de todo el que se acerca al enfermo desde la generosidad. Es necesario que tanto el paciente como la familia estén convencidos de que los datos referidos a su enfermedad serán conformados desde el secreto. En muchas ocasiones es vulnerado este derecho del enfermo dentro de los hospitales, residencias asistidas, etc. En muchas ocasiones se convierte en motivo de mofa y risa.

Los agentes de sanidad deben prestar la atención sanitaria tanto al anciano enfermo como al sano, al objeto de mantener su independencia fomentando su autocuidado para garantizarle una mejora de la calidad de vida²⁴.

4°. *El principio de igualdad de vida en la atención y la explotación económica*. La explotación económica puede ser plural. A veces el médico tiene miedo a perderle por razón de su economía; otras veces, es la misma "residencia" la que, para recibir dinero por él, le mantiene, en otras es la misma familia. El engaño, la negligencia, la impericia y la imprudencia, además de la explotación económica, son errores que de manera concreta van en contra de la igualdad.

En este ámbito algunas actitudes prácticas pueden ayudar a desenmascarar posibles intereses particulares o corruptelas: en ningún modo se debe

²³ Cf. Los Códigos de Deontología Médica.

²⁴ Código Deontológico de la Enfermería Española, art. 43.

encasillar a todos los ancianos enfermos mentales, ya que no todos responden por igual aunque tengan la misma enfermedad diagnosticada científicamente. Es necesario tratar individualidades. Por otro lado, se debería prevenir la enfermedad mental del anciano para que cuando llegue pueda evitarse la soledad, el egoísmo, la desorientación de las familias, la masificación. Asimismo ha de reivindicarse lugares acogedores que favorezcan el descanso de la familia.

5. Actitudes éticas y relación de ayuda

Los agentes sanitarios “deberán colaborar a la educación y formación de la comunidad para que aquellos miembros que sufran incapacidades o minusvalías puedan ser integrados en la misma y a través de ellas, en la sociedad”²⁵. El camino de la educación en valores de la sociedad es independiente. En esta tarea, la primera actitud fundamental hacia el anciano enfermo mental es la de reconocer y valorar su dignidad humana. El hombre tratado como un objeto es instrumentalizado y convertido en algo manipulable.

Una segunda actitud es la de cuidar al anciano enfermo. Se trata de considerar al anciano como otro yo a quien se le atiende con cariño. En este sentido, es importante la acogida del anciano enfermo mental. No es bueno alejarse de él cuando se hace pesado o ante su misma historia contada muchas veces. Urge el acercarnos a ellos como los débiles de nuestra familia. Se trata en definitiva de acercarse al enfermo anciano mental valorando sus capacidades, potenciándolas y reconociéndolas. Conseguiremos su amistad si descubrimos sus cualidades y utilidades. Ellos deben sentirse útiles.

Con la educación de valores y el cuidado atento del anciano se ha de caminar hacia la integración del enfermo en la sociedad. Aún falta mucho para que el enfermo mental y especialmente el anciano esté integrado en la sociedad. Se trataría de promover todo lo posible la autonomía de las personas afectadas por la deficiencia mental, respetando sus características especiales. Se trataría de devolverles, en la medida de lo posible, a su ámbito familiar o social.

“Para desarrollar una tarea tan delicada, el agente de pastoral sanitaria no necesita ser psicólogo, pero sí tener y cultivar cualidades como: saber escuchar en profundidad al enfermo, capacidad de empatía, dominio de las emociones personales, disponibilidad afectiva, conocimiento básico de la

²⁵ Código Deontológico de la Enfermería Española, art. 37.

psicopatología, autenticidad, discreción y humildad en su relación con el enfermo y trabajo en equipo²⁶. Por ello, conviene aclarar varias actitudes importantes: saber escuchar, entrar en empatía y la siguiente tarea social: el cambio de valores para pasar de una sociedad consumista y hedonista a otra de la igualdad.

1°. *Saber escuchar*

Los avances de la medicina psicosomática han puesto de relieve el valor terapéutico del enfoque holístico o global, que consiste en encontrar a la persona del enfermo en su totalidad de ser biopsico-socio-espiritual. Sólo la capacidad de afrontar a la vez aspectos técnicos y aspectos de relación capacita a los agentes para ayudar verdaderamente a los enfermos ancianos. Para ello, no es suficiente conocer los dinamismos de la persona humana y sus reacciones a la enfermedad; es preciso también adquirir modos de relación y de comunicación idóneos para prestar ayuda.

Carl Rogers define la relación de ayuda como la situación en la que uno de los participantes intenta favorecer, en una o en ambas partes, una mayor valoración de los recursos personales del sujeto y una mayor posibilidad de expresión. Con todo ello, no se le pide al agente sanitario y pastoral o al voluntario que ejerzan la función de psicoterapeutas; lo que se les pide es la posesión de algunos modos de ser y de situarse interpersonalmente que les permitan ser más eficaces en la asistencia a los enfermos.

Para que exista una buena comunicación con el enfermo anciano mental el agente sanitario debe comenzar por mirarse, en primer lugar, a sí mismo; es necesario un adecuado conocimiento y una posesión satisfactoria de sí mismo. La naturaleza misma de la relación con el enfermo mental anciano es complicada y, por ello, la represión o la inadecuada conciencia de las propias reacciones emotivas puede conducir a varios comportamientos defensivos y a reducir notablemente la relación con el enfermo.

Otro ingrediente indispensable es el respeto que hace al enfermo relevante a los ojos del que le asiste. Y esto se manifiesta en una serie de actitudes: escuchar, responder a las preguntas, tomar en consideración sus miedos, razones y preocupaciones, su derecho a conocer razonablemente el diagnóstico de su mal. No se trata de suplantarles ni de darles todo hecho, sino de potenciar sus posibilidades aprovechando las muchas o pocas capacidades que posean.

²⁶ Comisión Episcopal de Pastoral: *La asistencia religiosa en el hospital*, 1987, n° 106.

La escucha es una de las formas más eficaces de respeto. Pero no es fácil practicar la auténtica escucha. La verdadera escucha sólo es posible en el silencio de todo lo demás. Más que hablarles hay que motivarles para que ellos se expresen. Escuchar en silencio implica:

- * una cierta distancia, bastante corta, para que el que cuida evite proyectar sobre el enfermo sus propias dificultades;
- * que sepa que lo que dice el enfermo raramente exige una respuesta;
- * que se esté convencido de que la respuesta que el otro espera no se sitúa necesariamente en el mismo plano que la pregunta;
- * que el que cuida esté persuadido de que lo que se acaba de decir no va dirigido realmente a él; que el que cuida no tenga miedo al silencio que se establece;
- * finalmente, que el que cuida recuerde que las palabras falsamente tranquilizadoras con frecuencia crean nerviosismo.

La escucha, además de fruto del respeto del otro, es también resultado de un aprendizaje disciplinado. Varios autores han sugerido algunas indicaciones para mejorar la competencia de esta escucha:

- * escuchar las cosas importantes dichas por el interlocutor sobre sí mismo a través del lenguaje no verbal;
- * suspender cualquier juicio sobre la persona del interlocutor y sobre el contenido de lo que comunica;
- * resistir a las distracciones que vienen de fuera;
- * atender primero a responder.

2º. *Entrar en empatía*

La empatía es definida por Carl Rogers como “sentir el mundo más íntimo de los valores personales del cliente como si fuese propio, pero sin perder nunca la calidad del “como si”. Es un modo de comprensión que, si examinamos los coloquios entre los agentes sanitarios y los enfermos, resulta difícil encontrar. Normalmente las respuestas que aparecen suelen ser las siguientes:

- * Respuesta valorativa, que consiste en expresar un juicio moral positivo o negativo sobre la persona o sobre cuanto ha dicho.

* Respuesta interpretativa, que tiende a dar una explicación propia para ayudar a la persona a comprender lo que está viviendo.

* Respuesta de apoyo, que quiere ofrecer aliento y consuelo.

* Respuesta investigadora, que tiende a recoger más información para poder discutir el problema desde otros puntos de vista.

* Respuesta de solución inmediata del problema, que consiste en ofrecer consejos, sugerir alternativas en el intento de ayudar al interlocutor a resolver el problema velozmente.

La respuesta empática es probablemente la menos natural y espontánea de las respuestas enumeradas, aunque es la más necesaria para una válida relación de ayuda. Supone la capacidad de concentrarse intensamente en el paciente, en lo que dice y en lo que no dice, colocándose en su punto de vista para considerar la situación en que se ve envuelto. Sin embargo, el agente está llamado a defenderse de una excesiva implicación afectiva que podría alterar su integridad personal y un adecuado desarrollo de su función profesional.

Por otro lado, ayudar no significa sólo escuchar y comprender. Es también necesaria la actitud de confrontación, que pone a la persona delante de las incoherencias de su obrar. Pero es necesario iniciar la confrontación cuando la relación está suficientemente desarrollada. La confrontación no precedida por comprensión y acompañada por paciencia se transforma en actitud paternalista y moralizante. Finalmente se ha de decir que la relación de ayuda es ante todo un modo de ser en el que se refleja la cualidad de la persona que la practica.

3º. Ámbito de la acción del asociacionismo y del cambio de sociedad

Si bien en todos los campos de la vida social el asociacionismo es un derecho, en este me atrevo a decir que es una necesidad. El asociacionismo puede tender a que sus miembros se clarifiquen individualmente y actúen en equipo. A veces el cuidador vocacionado se siente cansado, con tensión, cogido entre paciente, administración, familiares o comunidad religiosa, y necesita de una asociación que le sirva de apoyo e impulso.

La asociación tiene como tareas principales la de cuidar de las familias y de los cuidadores, prestar servicios de orientación y favorecer el acompañamiento mediante grupos de autoayuda, terapias de grupo, etc.

Tanto el enfermo como la familia no sólo precisan de una ayuda técnica, sino también de acompañamiento y de unas relaciones humanas vivas y auténticas. Sin esto, difícilmente puede crearse una sintonía en las relaciones enfermo-familia. Todos ellos necesitan comprensión, acogida, amistad, diálogo, saber que no están solos, sentirse solidarios. Necesitan tiempo libre. La colaboración de amigos y voluntarios será insustituible.

Dentro de este acompañamiento se ha de situar la referencia al apoyo que debe prestar la comunidad cristiana. El seguimiento de Jesús de Nazaret nos mueve a la acogida amorosa y respetuosa del hermano que sufre, a una concienciación social para evitar la marginación, a estar atentos a las posibles reivindicaciones a las administraciones públicas e incluso a la organización de voluntariados.

El cuidador que participa en una asociación o grupo tendrá más facilidades para ir al anciano enfermo mental, descargado, ligero, sin presiones, sin esquemas. Es verdad que debe haber un mínimo de organización (normas, horarios, etc) pero ante este tipo de personas, ancianos enfermos mentales, hay que salir de la burocracia y de la tecnocracia moderna y hay que crear espacios para la improvisación, la creatividad y dejarles a ellos ser ellos mismos. Es bueno pensar cómo quisiéramos que nos trataran a nosotros si estuviéramos en su lugar.

BIBLIOGRAFÍA

- “La búsqueda de un nuevo sentido de la vida”, en *Labor hospitalaria*, 28 (1988) 109.
- AMOR PAN, J.M., *Ética y deficiencia mental*. Madrid 1995.
- DIECHOFER, K., *El desarrollo de la psiquiatría en España*. Madrid 1984.
- CASERA, D., *Mis hermanos psicóticos*. Madrid 1983.
- GALVE, M., “Enfermos mentales”, en *Labor Hospitalaria*, 28 (1988) 95.
- GESTEIRA, M., “Christus medicus”. Jesús ante el problema del mal, en *Revista Española de Teología*, 51 (1991).
- GRACIA, D., “Historia del dolor”, en *Teología y Catequesis* 29 (1989) 23-35.
- LOIS, J., *Teología de la liberación. Opción por los pobres*. Madrid 1986.
- Mysterium Salutis* II. Madrid 1970.
- MOLTMANN, J., *La dignidad humana*. Salamanca 1983.
- PAGOLA, J.A., “Jesús y los enfermos desasistidos y necesitados”, en *Labor Hospitalaria*, 208 (1988).