



L. Sandrín

Director del Camillianum, Instituto de Pastoral Sanitaria (Roma).

## El bienestar del anciano, ¿utopía o realidad? Aspectos psicológicos y espirituales

1<sup>er</sup> Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica  
Barcelona, mayo 97

### 1. LA SALUD COMO BIENESTAR

Hace ya muchos años que la Organización Mundial de la Salud definió la salud como "estado de completo bienestar corporal, psíquico y social". Desde entonces, muchos han sido los estudios y debates dedicados al tema. Tengo la impresión de que este nuevo concepto de salud no ha transformado las actitudes, ni los comportamientos consiguientes, de muchos de los trabajadores sanitarios en su modo de concebirla (en los aspectos de la prevención, servicio, rehabilitación y especialmente promoción). No siempre las dimensiones psíquica y social se consideran íntimamente relacionadas con las corporales en su influencia recíproca.

La palabra clave de la definición de la OMS, que supone una innovación del concepto de salud, es "bienestar", hasta el punto de que salud y bienestar son conceptos frecuentemente intercambiables. Se considera la salud como el bienestar del individuo visto en su capacidad de relación (consigo mismo y con el exterior), incluida la de un trascendente, a la que remiten las preguntas sobre el sentido de la vida —especialmente en los momentos más débiles y vulnerables—: de ello procede, dentro de una concepción integral de la

salud, la dimensión espiritual. El factor determinante de la salud, incluso en los aspectos relacionados con la corporeidad, tiende a convertirse cada día más en experiencia y vivencia del individuo dentro de un ambiente, entendido ecológica y socialmente.

En relación con criterios *externos*, normativos, el bienestar se considera una condición de vida inmejorable e ideal, como posesión de algunas cualidades deseables según las categorías referidas a un determinado sistema de valores socialmente compartidos. En cambio, si se tienen en cuenta criterios *internos* del individuo, el bienestar se define según a la experiencia subjetiva del interesado, en quien son fundamentales el componente emocional (sentirse bien) y el componente cognitivo (la valoración satisfactoria de la propia vida)<sup>1</sup>.

Algunos criterios definen de forma especial el bienestar psicológico: aceptación de sí mismo, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del propio ambiente, tener un fin

<sup>1</sup> Zani B. Strumenti concettuali e metodi di ricerca, en Zani B. Palmonari A. (dir.). Manuale di psicologia di comunità, Il Mulino, Bologna 1996, pp. 70-71.

- 8 en la vida, crecimiento personal<sup>2</sup>. Pero todo ello dentro de una perspectiva temporal. Por consiguiente, también el bienestar del anciano debe verse dentro de su historia de vida, experiencia de un presente que mantiene un alto grado de significación porque es síntesis del pasado y está abierto al futuro.

## 2. EL ENVEJECIMIENTO CUENTA UNA HISTORIA

Los psicólogos se fijan cada día más en la persona anciana teniendo en cuenta todo el proceso del envejecimiento, pues los comportamientos que de él se derivan o están relacionados con una edad precisa o no dependen sólo de ella. Por lo demás, el concepto de edad no es unívoco; hay edad biológica, social, psicológica, etc. Hoy se prefiere hablar, más que de psicología del anciano —como estudio de personas pertenecientes a una categoría bien determinada de características muy parecidas—, de *psicología del envejecimiento*, tratando de ver los aspectos evolutivos, narrativos e históricos. Personalidad, ambiente, situaciones y acontecimientos de la vida están íntimamente relacionados y son interdependientes, lo que quiere decir que la vivencia psicológica y el comportamiento que la expresa se derivan de este cruce de factores.

Las diferentes escuelas psicológicas explican de forma diversa la experiencia subjetiva y el comportamiento de las personas y por tanto de forma también diversa su variación en relación con la edad. Para Freud es fundamental lo que sucede en los primeros años de vida. Para Jung, un momento importante de cambio es la "crisis de la media edad". Según Erikson, la manera como se haya elaborado elaborado las diversas "crisis", es decir, los diversos pasos o cambios, del curso de la vida influye en el modo de vivir esta última etapa. Otras teorías dan importancia al *significado* que la persona anciana (así como el am-

biente social) da a las situaciones que está viviendo o a la *red relacional* en la que se encuentra instalada<sup>3</sup>.

Existe una nueva orientación psicológica que considera el *curso de la vida en perspectiva evolutiva* (life-span developmental psychology). Más que una única teoría, intenta integrar las diversas teorías dentro de una única estructura. Se pueden identificar algunas proposiciones teóricas que resumen este nuevo modelo psicológico para aplicarlas al envejecimiento: *el desarrollo es un proceso que dura toda la vida*, y por tanto el envejecimiento no es un momento involutivo (el momento del declive), sino un período evolutivo como los demás períodos de la vida; *el desarrollo es multidimensional y multidireccional*, por lo que también el envejecimiento tiene que ver simultáneamente con muchas dimensiones y sólo se le puede ver dentro de un flujo histórico unitario; *el desarrollo implica tanto pérdida como ganancia*, por lo que también las pérdidas en el envejecimiento ofrecen frecuentemente oportunidades de desarrollo; *el desarrollo es plástico*, por lo que el potencial del individuo es sensible a influjos y modificaciones múltiples en el envejecimiento; *el desarrollo está arraigado histórica y culturalmente*, por lo que hay que poner mayor atención al definir lo que es "normal" o no en el envejecimiento; *el desarrollo es el resultado de transacciones individuo-ambiente*, por lo que el envejecimiento puede ser mejor comprendido dentro de una visión interactiva individuo-ambiente; *el desarrollo es un concepto disciplinar*, por lo que únicamente si nos mantenemos abiertos a un diálogo interdisciplinar se logra entender la originalidad del envejecimiento individual<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Riff CD. Happiness is everything or is it? Explorations on the meanings of psychological wellbeing, en «Journal of personality and social psychology», 1989, vol. 57, n.º 6, pp. 1069-1081.

<sup>3</sup> Ver Sandrín L, Caretta F, Petrini M. Anziani oggi. Una sfida per la medicina, la società e la Chiesa, Camilliane, Turín 1995, pp. 36-40.

<sup>4</sup> Baltes B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline, en «Developmental psychology» 23 (1987), pp. 65-110. Ver un breve resumen en Sugarman L. Narratives of theory and practice: the psychology of life-span development, en Woolfe R and Dryden W (dirs.). Handbook of counselling psychology, Sage, Londres 1996, pp. 294-297.



Para Erikson, uno de los precursores de la *psicología del curso de la vida*, son numerosas las crisis de la vida que el individuo debe superar. Nuestro presente y nuestro futuro dependen del modo de resolver las diversas crisis de la vida y las transformamos en oportunidades de desarrollo y de crecimiento. El envejecimiento de las personas (y su consiguiente bienestar), varía del mismo modo que varían sus historias, las situaciones que viven, los ambientes y los contextos sociales con los que han interactuado. El sentimiento de *integridad*, del que este autor habla como tarea de la última etapa de la vida, se deriva de la aceptación del propio ciclo vital como una historia significativa con sentido pleno, una novela en la que hasta los capítulos que parecían confusos dan un sentido a la unidad de la narración. La desesperación expresa, en cambio, un sentido de fracaso y la convicción de que el tiempo es demasiado breve como para volver a escribir la propia vida, para reordenar cada pieza y conseguir un mosaico completo. El sentimiento de *integridad* expresa, en su significación más simple, un sentido de *plenitud* y de *totalidad* de la propia vida<sup>5</sup>.

La persona anciana está llamada a *integrar* unariamente los diversos aspectos de su vida mediante el descubrimiento de una "identidad" y una "totalidad" propias incluso en medio de las crisis (es decir, de las rupturas y fraccionamientos del momento), y dando unidad a un presente problemático o vivido como insignificante. Y esto se realiza recuperando continuamente su historia pasada y "narrándola" a alguien que escuche y acepte hacer con él un viaje a su vida. Sentir la propia identidad de un "yo que relata" da al anciano un *sentido de continuidad* y de valor frente a los cambios turbadores de la vida. Esta "revisitación" al pasado se transforma a su vez en fuente de esperanza para el futuro, es decir, en capacidad para captar elementos de desarrollo y nuevas oportunidades en las crisis rela-

cionadas con el envejecimiento. El anciano busca en el relato de la propia historia y en que otro le escuche una especie de *legitimación de su biografía*<sup>6</sup>.

### 3. ATENCIÓN A LAS NECESIDADES ESPIRITUALES

Puede entenderse el bienestar de una persona anciana (y por tanto su salud) como una armonía (o mejor, como una armonización continua y constante) entre varias dimensiones (corporal, psíquica, social y espiritual), sólo separables conceptualmente, pero íntimamente relacionadas en la realidad vital de la persona. Cuando una de ellas entra en crisis, toda la vida de la persona se siente afectada.

El bienestar de la persona anciana está íntimamente relacionado con la satisfacción de muchas necesidades, y especialmente con la de amar y ser amado, con la de la realización de sí mismo y la de sentir la vida como algo significativo y digno de ser vivido. Y todo es más difícil en situaciones de disgusto, de sufrimiento y de pérdida. La religión da una serie de instrumentos (también conceptuales) para hacer soportables los momentos más difíciles al hacer experimentar en ellos un profundo *sentido de identidad*, punto de anclaje y radicación (especialmente importante en situaciones de amenaza, de incertidumbre y de crisis), pero facilitando asimismo estrategias mentales y de comportamiento (estrategias de *coping*) para hacer frente a miedos, para dar un sentido de control de la situación y brindar formas no ilusorias de esperanza<sup>7</sup>.

Las necesidades de tipo espiritual (que expresan tensión referida a un trascendente o a una dinámica relación personal con un Dios diversamente definido y los consiguientes sentimientos

<sup>5</sup> Erikson EH. I cicli della vita. Continuità e mutamenti (trad. it.), Armando, Roma 1984, p. 62. Para una lectura de la teoría de Erikson aplicada al envejecimiento, ver Erikson EH, Erikson JM, Kivnick HQ. Vital involvement in old age. The experience of old age in our time, WW. Norton and Company, Nueva York-Londres 1989.

<sup>6</sup> Marshall WM. A sociological perspective on aging and dying, en Marshall VW (ed.). Later life. The social psychology of aging, Sage, Beverly Hills-Londres-Nueva Delhi 1986, pp. 136 y ss.

<sup>7</sup> Barros C. Catholicism, lifestyles and the wellbeing of the elderly, en Clements WM (ed.). Religion, aging and health. A global perspective Hawort, Nueva York-Londres 1989, pp. 113-116.

10 de perdón, amor, esperanza y confianza, pero que también nos hablan de una búsqueda de significados y fines para vivir) tienen una importancia especial en el momento de la enfermedad. Su satisfacción conduce a un bienestar espiritual cuya característica principal es un sentimiento de totalidad (wholeness) y de sintonización consigo mismos, con la comunidad, con el ambiente y con Dios<sup>8</sup>.

Esas necesidades están íntimamente relacionadas con las psicosociales (y a través de ellas se expresan frecuentemente). La respuesta a ellas es importante para determinar el bienestar (y por tanto la salud) del anciano. Enfermedades de diverso tipo provocan miedos e inseguridades, lo que obliga al anciano a confrontarse con cuestiones existenciales que puede haber evitado anteriormente. La hospitalización puede poner en crisis de forma especial el *sentimiento de continuidad* que es necesario para mantener el propio equilibrio emotivo. El sentido de autoestima puede verse agredido por una imagen corporal obnubilada, por la dependencia creciente, por la pérdida de control y a veces por humillantes formas de diagnóstico y de terapia. La necesidad de un amor incondicional y un sentimiento de proximidad a Dios puede entonces intensificarse. A veces se da en el anciano enfermo la necesidad de expresar cólera o desilusión, de perdonar y ser perdonado, de ser amado a pesar de todo y de poder continuar amando y ofreciendo lo mucho o poco que (dadas esas condiciones) puede dar. Debe tener especialmente la oportunidad de alimentar su relación con Dios a través de la oración, de la lectura de libros sagrados y de las varias formas de culto. Y no sólo necesita prepararse a la muerte, sino también a la vida que le queda<sup>9</sup>.

Las estrategias de *coping* (modos diversos de hacer frente a la enfermedad) que podemos definir de tipo religioso son una parte del cuadro más amplio de las estrategias de *coping*, pero tie-

nen una función peculiar especialmente en situaciones de sufrimiento y estrés. Nuestros recursos ceden en ciertas situaciones y nos quedamos solos con nuestra vulnerabilidad. La religión brinda una serie de soluciones para estos momentos en los que declina la capacidad de ser dueños de la situación, de intervenir y controlar. El apoyo espiritual y comunitario es necesario cuando otros apoyos desaparecen; las explicaciones religiosas son importantes cuando otras explicaciones dejan de convencer; un último control es posible todavía a través de lo sagrado cuando la vida parece fuera de control; la religión ayuda a buscar significados nuevos cuando los antiguos desaparecen o no responden a la situación. "Aquí reside seguramente la razón de que lo sagrado sea inevitable para mucha gente cuando las capacidades humanas se someten a las pruebas más grandes"<sup>10</sup>.

Algunos autores han descubierto que estrategias de *coping* de tipo religioso (como la confianza en Dios, la oración, la lectura de la Biblia y un buen apoyo relacional de la comunidad) no sólo confortaban y daban un sentido de paz a los ancianos enfermos y hospitalizados, sino que estaban también inversamente relacionadas con la depresión. Cuando las personas ancianas se encuentran en situaciones en las que disponen de poco control, las creencias y los comportamientos religiosos pueden actuar contra sentimientos de impotencia, dar significado y facilitar un sentido de control de la situación. Es importante, por consiguiente, que los diversos empleados sanitarios que trabajan en ambientes geriátricos estén atentos a las necesidades de tipo espiritual y religioso que las personas ancianas pueden expresar<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Pargament KI, Park CL. In time of stress: the religion-coping connection, en Spilja B, McIntosh DN (ed.). The psychology of religion. Theoretical approaches, Westview Press, Boulder (Colorado) 1997, pp. 51-52.

<sup>11</sup> Koenig HG y otros. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men, en Vendecreek L (ed.). Spiritual needs and pastoral services. Reading in research, Journal of Pastoral Care publications, Hillsboro (OR) 1995, pp. 255-275. Sobre la psicología de la enfermedad y del dolor, ver Sandrín L. Cómo afrontar el dolor. Aceptar y comprender el sufrimiento, San Pablo, Madrid 1996.

<sup>8</sup> Ver Benner Carson V (ed). Spiritual dimensions of nursing practice, Saunders, Philadelphia-Londres, 1989.

<sup>9</sup> Koenig HG. Aging and God. Spiritual pathways to mental health in midlife and later years, Haworth, Nueva York-Londres-Norwood 1994, pp. 283-295.



#### 4. SUJETOS ACTIVOS

Juan Pablo II recuerda a los ancianos que no están ni deben sentirse “al margen de la vida de la Iglesia”, como elementos pasivos en un mundo en excesivo movimiento, sino sujetos activos de un período humano y espiritualmente fecundo de la existencia humana”, que tienen todavía “una misión que realizar, una aportación que hacer”, dado que, “según el proyecto divino, cada uno de los seres humanos es una vida en crecimiento, desde el primer instante de la existencia hasta el último respiro”<sup>12</sup>. Pero para que se convengan de todo eso “es necesario que la acción pastoral de la Iglesia estimule a todos a descubrir y a valorar los cometidos de los ancianos en las comunidades civil y eclesial, y en particular en la familia”<sup>13</sup>.

El bienestar del anciano depende especialmente de la posibilidad que tiene de sentirse sujeto de su vida y no sólo “objeto de atención, proximidad y servicio”. También él —nos recuerda Juan Pablo II en su carta encíclica *Evangelium vitae*— tiene una preciosa aportación que hacer. “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”<sup>14</sup>. El envejecimiento es un proceso de crecimiento que revela paulatinamente el gran misterio de la vida y los ancianos que viven en plenitud su vida son profetas que nos hacen entrar más profundamente en él y descubrir sus tesoros<sup>15</sup>.

El bienestar no depende de las condiciones objetivas en cuanto tales, sino sobre todo de la ca-

pacidad que tenemos de darles un significado. Hay en nosotros —nos recuerda Viktor Frankl— capacidad de dar sentido y por tanto de cambiar creativamente los aspectos negativos de la vida en algo positivo y constructivo<sup>16</sup>. Pero no siempre la persona anciana, sobre todo si se encuentra con dificultades, consigue hacerlo sola. Si alguien, individuo o comunidad, la escucha y acoge, puede encontrar una “mente” que la ayude, mediante un intercambio de significados, a encontrar el sentido de su historia y a reforzar su identidad. En su caminar al lado de las personas que en su envejecimiento están viviendo dificultades más o menos graves, tanto el individuo como la comunidad tienen la misión de ayudarla a encontrar el *significativo hilo rojo narrativo* que, especialmente en los momentos de crisis, corre el riesgo de debilitarse o romperse para siempre.

Nuestro modo de comportarnos con las personas reflejan las actitudes e ideas que tenemos de ellas y se convierten inconscientemente en *profecías que se autorrealizan*. Muchos ancianos tienen ciertamente necesidad de nuestra ayuda, pero debemos recordar que una actitud asistencial generalizada con ellos puede convertirse en profecía negativa que, con harta frecuencia, produce, lamentablemente, sus efectos. Nuestra preocupación por darles algo nos impide, con mucha frecuencia, percibir o recibir lo que tienen que ofrecernos. Pero esta libertad de escucha no nos resulta fácil porque *perdemos* la atención no sólo en relación con el anciano que nos habla, sino también del anciano que paulatinamente, en el camino de nuestro envejecimiento, va despertándose en nosotros y reclama nuestra atención<sup>17</sup>.

<sup>12</sup> Juan Pablo II. Los fieles laicos, 1989, n.º 48.

<sup>13</sup> Juan Pablo II. La familia, 1981, n.º 27.

<sup>14</sup> Juan Pablo II. *Evangelium vitae*, 1995, n.º 94.

<sup>15</sup> McCann C. *Falling in love with life. An understanding of ageing*. The Columba, Dublín 1996, p. 992.

<sup>16</sup> Frankl VE. *Man's search for meaning*. WSP. Nueva York 1985.

<sup>17</sup> Nouwen HJM, Gaffney WJ. *La ruota del carro. Come dar vita agli anni* (trad. it.) Queriniana, Brescia 1996, pp. 56-57.