

Bienestar y convivencia intergeneracional: necesidades y recursos del anciano y su familia

María Pilar BARRETO MARTÍN

Marián PÉREZ MARÍN

Universidad de Valencia

Milagros MOLERO ZAFRA

María José GÓMEZ CANTOS

Gabinete Síntest Psicólogos, Valencia

Resumen

Desde una visión humanitaria, ética y profesional, presentamos una reflexión sobre los resultados aparecidos en la literatura científica y los estudios existentes sobre los factores que promueven la calidad de vida en los ancianos y sus familias al final de sus vidas. Nuestras conclusiones están apoyadas también por un análisis de casos basado en la investigación exploratoria realizada por los miembros del equipo sobre la vivencia de la persona muy mayor dependiente y su familia (Gómez, 2007). Los datos muestran que la mayoría de los ancianos son cuidados por sus familias, que los ancianos prefieren estar en casa que vivir en instituciones y que, a veces, el atender a las personas mayores puede ser una tarea dura difícil de afrontar.

Palabras clave: familia, ancianidad, final de la vida, relaciones.

Abstract

From a humanitarian, ethical and professional view, we present a reflection on the results of the scientific literature on factors that can provide the best quality of life possible for old people, and their relatives, at the end of their lives. Our conclusions are based as well on a case analysis coming from an exploratory research conducted by our research team. The study was aimed at understanding the experiences of the dependent old people and their families (Gómez, 2007). Data shows that most of our old people are in fact cared by their families, that old people prefer staying at home than living in institutions and that, sometimes, to assist old people may be a heavy burden difficult to stand.

Key words: Family, Old people, End of life, Relationships.

Correspondencia: Marián Pérez-Marín, Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Avda. Blasco Ibáñez 21. 46010 Valencia. *Correo electrónico:* marian.perez@uv.es

Recibido: noviembre 2010. *Aceptado:* febrero 2011.

El bienestar de las personas, sea cual fuere su condición depende de muchos y variados factores y eso implica que distintos agentes han de confluír en objetivos comunes para lograrlo. Así, son importantes los propios recursos y capacidades de la persona que envejece, las condiciones de las familias en que ésta se incardina y el apoyo que reciban ambos de las organizaciones, tanto gubernamentales como informales.

Los conceptos de bienestar y sufrimiento son en gran medida subjetivos y es necesario operativizarlos para poder trabajar de un modo riguroso en este ámbito. En esta línea, Limonero y Bayés (1995) indican que la mayor parte de trabajos en dicho campo, o no definen el bienestar o no lo hacen de un modo operativo. Los mismos autores realizan una propuesta de definición de “bienestar” en la que se refieren al concepto como “La sensación global de satisfacción o alivio de las necesidades -físicas, emocionales, sociales y/o espirituales- que puede experimentar la persona de forma intermitente, continua o esporádica, a lo largo de la última etapa de su existencia”, puntualizando además como características claves del mismo su carácter subjetivo, ya que es el sujeto, siempre que su nivel de consciencia lo permita, quien valora su grado de bienestar y su variabilidad es decir, su temporalidad.

El objetivo general que nos planteamos en el presente artículo es facilitar los elementos que promueven el bienestar de las personas de edad y sus familiares hasta los últimos días de su vida. Insertando esta idea en planteamientos humanitarios, éticos y profesionales, planteamos una reflexión acerca de los principales hallazgos en la literatura científica existente sobre el tema. Al mismo tiempo apoyaremos nuestras conclusiones en el análisis de casos realizado

a partir de una investigación exploratoria llevada a cabo sobre la vivencia de la persona muy mayor dependiente y su familia (Gómez, 2007).

Como objetivos más específicos del presente trabajo, analizaremos las principales características y necesidades de los ancianos y sus familias, los elementos que definen cómo se desarrollan sus interacciones, incluyendo también las relaciones que puedan establecer con las posibles instituciones de acogida y apoyo. Por último, trataremos de plantear pautas de actuación con el objetivo de intentar mejorar su situación y bienestar.

Concepto de vejez

El emergente subjetivo quizás más característico de la persona mayor es la progresiva confrontación entre experiencia acumulada y deterioro de las capacidades orgánicas. En un cierto sentido, la percepción creciente y prolongada de ese antagonismo acuña la conciencia de la irreductibilidad del reloj biológico y de la propia finitud temporal. Quizás sea entonces cuando tome asiento la edad tardía en el sujeto (Martín-Montoliu, 2008).

Tal como se refleja hoy día en la mayor parte de los trabajos sobre el tema, el concepto de vejez en función de la edad cronológica, va dando paso a otra concepción bastante más individualizada y que tiene en cuenta muchas otras variables. Un anciano, es alguien diferente a ese estereotipo asexuado, pasivo, sin intereses y cuyo destino es esperar la muerte. Por el contrario, es una persona con su propia vida, intereses y capacidad de desarrollar actividades. En palabras de José Luis Pinillos, la tercera edad, no es una edad residual ni una edad de tercera a la que hay que atender y tute-

lar por imperativos éticos, pero de la que nada cabe esperar porque ya para nada sirve. Aunque parezca de perogrullo, se hace preciso recordar que por muy postrados que estén y por grande que sea el desvalimiento, las personas mayores no dejan de ser personas, microcosmos infinitamente complejos, seres con finalidad propia y no simples cosas que puedan tratarse de cualquier manera (Pinillos, 1992). En el mismo sentido, cuando el cuerpo acusa la herida de la edad, es cuando precisamente la experiencia cobra mayor espesor y densidad vital.

Aun hablando sólo de la edad cronológica, no podemos homogeneizar a toda la población, de ahí las propuestas que hablan de cuarta edad (Neugarten, 1975) diferenciándose entre viejos jóvenes (entre 55 y 75 años) y viejos viejos (más de 75) añadiéndose la contaminación de variables tan importantes como las sociales y las sanitarias. A este respecto, es importante recordar, tal como señala Moragas (1991) que la vejez recibe más atención desde un punto de vista médico como una patología que como una etapa vital en la que conseguir un mayor nivel de salud. Ello puede deberse, entre otros factores a que aunque la vejez no es una enfermedad en sí misma, la probabilidad de enfermar durante la vejez y que la enfermedad origine consecuencias negativas en el organismo es mucho mayor que en otras etapas de la vida. Por ejemplo, la incidencia de enfermedad aguda es menor entre los ancianos, pero cuando les afecta tardan más en curarse y las consecuencias son más graves que en otras edades. Por otra parte, la enfermedad crónica está más extendida entre los ancianos y sus efectos son acumulativos ya que se superponen los efectos que ocasiona en los órganos y sistemas, disminuyendo la resistencia global frente a la agresión externa.

El papel de los estereotipos

Las imágenes sociales que aparecen en los medios de comunicación y no los hechos reales configuran las ideas que la población se hace de la vejez, y estas imágenes tienen que ver mucho con el deterioro, la disfuncionalidad y la muerte, lo cual promueve prejuicios y comportamientos de evitación en torno a ella. Bien cierto es que los prejuicios nos atañen a todos, científicos incluidos, pero como muy bien señala Pinillos, “nadie como el hombre de ciencia tiene el deber de intentar corregirlos, pues si la influencia del prejuicio es siempre grande, esa influencia se centuplica cuando va avalada por la magia de los números y el prestigio de la ciencia”. Y no se trata de pintar un panorama naif en torno a la vejez, lo que importa, es intentar eliminar unos estereotipos que dañan la imagen que los mayores se forman de sí mismos y la que los profesionales tienen de ellos. Siendo conscientes que a todo ello se unen los efectos del sistema de creencias culturales de nuestra sociedad, ya que al sobrevalorar la autonomía puede fomentar la merma de la auto-estima y promover impacto emocional negativo en los mayores que por problemas de salud se ven obligados a depender de otras personas (Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1992; Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1999, Fernández Ballesteros, Díez Nicolás y Ruiz Torres, 1999).

Cabe señalar también, cómo los estereotipos respecto a la vejez pueden afectar negativamente al cuidado sanitario de los ancianos. Así diversos estudios señalan que esta población recibe frecuentemente trato discriminatorio en lo que se refiere a control del dolor y a la utilización de determinados procedimientos quirúrgicos, además de ser la menos consultada en cuanto a decisio-

nes terapéuticas se refiere (Barreto, 2000; Barreto y Martínez, 2000). En este sentido queremos resaltar la necesidad de tener en cuenta los principios de la ética, sobre todo el fomento de la autonomía personal mientras la vida dure, pues pensamos que cuanto mayor vulnerabilidad exista, más fácil es actuar de forma paternalista.

Respecto al tema social, la enfermedad en la vejez es clasista perjudicando a los menos favorecidos y favoreciendo a los que disponen de mayores posibilidades. La desigualdad social no exceptúa ningún área vital ni edad y se comprueba que la salud de las clases menos privilegiadas, medida por cualquier tipo de indicador, mortalidad, morbilidad, esperanza de vida, etc. es menor que la que disfrutaban los de mayores oportunidades (Moragas, 1991).

Otra manera de abordar los estereotipos de la ancianidad es recurrir a la propia imagen que los ancianos tienen de sí mismos y de su grupo de edad. La forma en como el anciano se percibe así mismo puede ser un indicador importante de cómo afrontará los eventos vitales que le acontezcan en esta etapa. En un estudio reciente sobre este tema, los autores resaltan la conveniencia de definir al anciano en función de cómo éste se define a sí mismo dentro de los descriptores subjetivos de ancianidad y de cómo define el propio sujeto a los ancianos de su franja generacional (Gómez y León, 2010).

Necesidades de los ancianos

Los ancianos presentan necesidades de distinta índole en esta etapa de su vida igual que en otras previas. Además de las consideraciones sobre el funcionamiento físico e intelectual, es importante tener en cuenta los fenómenos emocionales. La gran canti-

dad de experiencias negativas vividas por la persona mayor (pérdidas de distinta índole, abandono del trabajo, muerte de personas cercanas) le hacen más proclive a las vivencias negativas, pero su larga experiencia en afrontarlas también le hace más resistente. Así también tenemos datos de que el anciano afronta la muerte y en general la última etapa de su vida con mayor serenidad que otras personas en etapas diferentes del ciclo vital (Núñez Olarte, 1997). No obstante, es muy útil tener en cuenta los factores que pueden facilitar mayor vulnerabilidad para poder estar atentos a ellos y facilitar la adaptación de la persona a los mismos. Nos parece especialmente importante prestar atención a los posibles sentimientos de impotencia y falta de control o desvalimiento consecuencia de la progresiva pérdida de autonomía personal. Así mismo, una atención especial a las necesidades espirituales que toda persona tiene en la fase final de la vida. En este sentido, queremos llamar la atención de que la familia puede suponer un ámbito más relajado y menos competitivo que el social en general en el cual el anciano se siente aceptado y exento de presiones irrelevantes para su estado funcional.

La vivencia de la persona muy mayor dependiente

Basándonos en el estudio de Gómez (2007) planteamos como desde el criterio cronológico, la edad avanzada comienza a los 65 años, pero el umbral de acceso a la vejez se ha ido elevando poco a poco, a medida que ha mejorado el estado de salud de las personas mayores. Sólo una minoría de éstos, por su precario estado de salud, experimentará la vejez. Los ancianos serían aquellas personas mayores con un deterioro físico y mental invalidante.

La edad muy avanzada dependiente desde la perspectiva de la persona muy mayor se revela como un proceso de pérdidas progresivas e irreversibles de las capacidades físicas y/o psíquicas que finaliza con la muerte. Esta etapa del ciclo vital se denomina vejez (Gómez, 2007). El comienzo de la misma no la marca una edad determinada sino una ruptura radical en la trayectoria vital, en la que, cambia la relación de la persona respecto al mundo; se resquebraja la seguridad ontológica y la muerte aparece como posibilidad real a corto plazo, por tanto, ésta se convierte en el elemento central de la vida.

La interpretación del proceso como irreversible está relacionado con la socialización en formaciones agrarias donde, según recuerdan las personas muy mayores, en ocasiones se recurría a los médicos, con grandes esfuerzos económicos, para evitar la muerte por enfermedad de personas jóvenes, no obstante, frente a la vejez, considerada un proceso natural consecuencia del propio uso del organismo, la medicina poco tenía que hacer y más, en un contexto de gran precariedad material.

Desde la representación del anciano la vejez es, por tanto, irreversible e implica dos grandes aspectos: el deterioro del cuerpo y la inminencia de la muerte (Gómez, 2007).

La decadencia del cuerpo supone que la vida del sujeto queda atada a este porque, por una parte, el mundo se va reduciendo al mismo y por otra, en demasiadas ocasiones transcurre con tanto dolor que el cuerpo, o un tramo de éste, es la única experiencia posible.

El cuerpo se va volviendo frágil e indefenso. Se va perdiendo, poco a poco, el mundo exterior y va aumentando la concentración de todo lo que sucede al cuerpo. La

mayoría de las actividades girarán en torno a su cuidado, sus necesidades y limitaciones. La capacidad de movilidad va siendo cada vez más limitada. En este sentido, las diferentes partes del cuerpo comienzan a presentar problemas. El cuerpo pasa a ser considerado un instrumento que sirve para defenderse en la vida, es decir, que permite realizar de manera más o menos autónoma los regímenes corporales.

En estas circunstancias de debilidad física, las personas muy mayores intentan vivir en un ambiente estructurado por ellos mismos, tranquilo y absolutamente estable. Así, poder organizar su vida de acuerdo con hábitos estrictos que les proporcionan cierta seguridad. Los hábitos son una manera de defenderse de sus máximas preocupaciones: la dependencia absoluta y la muerte. Saben que ambas llegarán. Entonces, que la dependencia no se prolongue en el tiempo. Ante la incapacidad física, y sobre todo, psíquica es preferible la muerte. Porque significan sufrimiento gratuito para ellos mismos y trabajo y sufrimiento para sus cuidadores. Pero, además, la incapacidad psíquica representa perder lo más básico de la propia humanidad: la conciencia de uno mismo.

Para afrontar esta etapa de la vida, las personas muy mayores socializadas en un contexto de familia y no individualización, no han previsto quien les va a cuidar en su dependencia. Confían en que su familia resolverá estos asuntos y que deben permanecer dentro de la misma cuidados por la hija o hijas o si no por su nuera (Gómez, 2007).

Junto con la decadencia del cuerpo aparece el dolor, el mal y el sufrimiento. Estos elementos son constantes a lo largo del proceso: el dolor es el mal, el enemigo que se ha de intentar combatir, no para vencerlo ya que se sabe irremediable, pero sí para tenerlo bajo control e intentar hacerlo soportable.

Pero a veces, no se consigue y se manifiesta el dolor total.

El dolor o mal se diferencia del sufrimiento, éste último engloba a la persona entera, no se puede paliar sólo sentir y se contagia a los otros; es fácil comunicarlo y es peor causar sufrimiento a los otros que sufrir uno mismo.

El segundo gran eje de la vejez desde la perspectiva existencial es la inminencia de la muerte. Ésta incluye tres vivencias: el miedo y la angustia generalizada, la transformación de la vivencia del tiempo y la retirada del mundo.

Cuando la muerte aparece en el escenario psíquico, en general, surge el miedo a la misma, pero no es algo común a todos los ancianos y puede haber diversos grados y se puede evolucionar en relación al mismo (Gómez, 2007). Lo que sí es una experiencia habitual es la aparición de momentos en los que se piensa que ya se va a morir. Además, surge la angustia, porque se teme la muerte pero también la no muerte; es decir, en el proceso progresivo de pérdidas, no morir lleva a la dependencia. En esos momentos, la vida se llena de peligros, de preocupaciones y temores que se saben irracionales pero que lo invaden todo.

Sin embargo, aunque la muerte provoca miedo y angustia para las personas muy mayores no es un tabú porque están familiarizados en el morir. Desde su infancia hasta la adultez, su vida ha transcurrido rodeada de muertes. Asimismo, muchos poseen la religión como mecanismo de confianza simbólico para interpretarla: la muerte es un acontecimiento que se produce cuándo y cómo las fuerzas superiores quieren, no depende de la voluntad del sujeto: cada cuál tiene una hora predeterminada para morir que no se puede alterar. La misma vida está inserta en un orden universal del que las personas so-

cializadas en las sociedades agrarias sienten que forman parte. Las divinidades religiosas proporcionan confianza respecto a la muerte cercana y de ellas depende y a ellas apelan para no sentir dolor y para que la dependencia absoluta sea corta. No obstante, los funcionarios religiosos y las prácticas institucionales no son tan importantes y, en general, prima más la intimidad y lo personal.

La siguiente vivencia relacionada con la cercanía de la muerte en la vejez es la transformación de la vivencia del tiempo. La edad avanzada modifica la relación con el tiempo: el pasado es muy largo, el presente en muchos momentos insoportable y el futuro aparece limitado. De esta manera, para las personas muy mayores el tiempo más importante es el pasado. Les gusta recordarlo porque era su tiempo, aquel en que desarrollaron sus actividades y estaban llenos de fuerza y vitalidad. En el presente, se tiene conciencia de que el tiempo ha transcurrido muy rápido, sin embargo, el momento actual se hace eterno, porque se tiene dolor y no hay actividades que realizar. En la dependencia absoluta, surge el tedio y la desazón más terrible y resulta insoportable. Y respecto al futuro, el silencio.

La pérdida de las capacidades físicas y la inmediatez de la muerte van separando del mundo a las personas muy mayores dependientes. Esta retirada se produce a tres niveles: del mundo físico, de la vida social y de la vinculación afectiva con la vida.

Son múltiples las razones que llevan a los muy mayores a alejarse de las relaciones sociales: el deseo de tranquilidad, el desinterés por lo que ocurre alrededor, el pertenecer a otra generación, el dolor... No obstante, antes de la retirada del mundo se lucha por la participación en la sociedad: ocultando la degradación. Pero al final, se impondrá el retiro.

Esta retirada de la interacción social es paralela a la desvinculación afectiva con la vida. Lo más destacado de la misma es la pérdida de ilusión, ésta se ha desvanecido.

La convivencia familiar

Entendemos la familia como: “aquel conjunto de personas en interrelación, que están vinculadas mediante lazos de matrimonio, nacimiento, adopción u otros fuertes vínculos sociales”. Siguiendo a Kreuz (2000), podemos distinguir cuatro características básicas que definen el grupo familiar como sistema: la complementariedad de roles, la diferencia de generaciones, la identidad familiar y las tareas de cuidado y crianza.

La complementariedad de roles

Se trata de una forma de relación que enfatiza las máximas diferencias entre los distintos componentes de la familia: si un componente de la relación presenta un exceso, el otro componente de la relación presenta una clara carencia. En el caso de los roles naturales entre padres e hijos uno de los rasgos complementarios más destacables suelen ser el cuidado y el poder social. Así vemos, como estos roles naturales a través de los cuales los padres se comportan como cuidadores y como figuras de poder social, se ven invertidos cuando estos padres envejecen y pasan a convivir con sus hijos. En esta nueva reorganización familiar, el anciano, antes cuidador y poderoso, pasa a ser la persona cuidada y a ocupar un papel secundario en la jerarquía familiar de poder. Cabe destacar, sin embargo, que no en todas las familias sucede esta inversión de roles de forma tan drástica. De hecho, en la sociedad actual, cada vez se dan más

casos en los que el anciano recupera su rol de cuidador y educador cuando se le hace responsable de las tareas de cuidado de los nietos.

La diferencia de generaciones

En un sistema familiar, lo más usual hoy en día suele ser la convivencia de dos generaciones (padres e hijos). Con la incorporación de la generación anterior, los abuelos, nos encontramos con un sistema trigeracional definido por características específicas en lo que a cada generación se refiere. Así, conviven diferentes estilos de comunicación, sistemas de creencias y valores, en definitiva, formas diferentes de entender e interpretar la vida familiar. Esto requiere una dinámica familiar flexible que pueda acoger estas diferencias.

La identidad familiar

Algunas familias presentan un gran sentimiento de identidad y pertenencia familiar. Estas reconocen una serie de características como rasgos propios de su familia y crean un ambiente cálido de apoyo y educación que conduce a sentimientos de seguridad y confianza. Afrontan las dificultades como un grupo (por ejemplo, en los momentos de acople familiar a la convivencia con sus ancianos), discutiendo abiertamente y considerando la aportaciones de todos, llegando finalmente a soluciones consensuadas (Barreto, Molero y Pérez, 2000).

Contrariamente, otras familias no tienen bien configurada la identidad familiar, no se sienten como un grupo sino como individuos independientes que por determinadas circunstancias (por ejemplo, el cuidado de un anciano enfermo) se ven forzados a interactuar, no se sienten próximos los unos

a los otros ni se relacionan de una forma regular. Para estas familias será mucho más difícil adaptarse de una forma funcional a la nueva situación de convivencia.

Las tareas de cuidado y crianza

La familia tiene que afrontar tareas de crianza y cuidado muy complejas por ser compartidas a lo largo de un ciclo vital, que a su vez muchas veces implica circularidad. Como decíamos antes los padres en la ancianidad se convierten en receptores de los cuidados de sus hijos, con una inversión de roles. Este hecho aumenta la complejidad de estas funciones de cuidado y crianza para los miembros de la familia, por ejemplo, cuando coinciden tres generaciones conviviendo en una misma unidad familiar, y la madre, esposa e hija trabajadora, es la principal responsable de las tareas relativas al hogar, al cuidado de sus hijos adolescentes y de sus padres ancianos. Esto puede hacer que la nueva configuración del sistema familiar implique la sobrecarga (física y emocional) de alguno de sus miembros.

El papel de la familia

En primer lugar es preciso señalar que cuando hablamos de familia podemos estar hablando de diferentes organizaciones y situaciones. Así, nuestro panorama social actual nos muestra quiénes son nuestros mayores de más edad, a los que será preciso atender en la fase final de su vida, se llega a la conclusión de que muchos son mujeres, viudas, que viven solas y bajo la línea de la pobreza. Desde un punto de vista evolutivo, lo más habitual es que la pareja de personas de edad constituyan la fuente de soporte mutuo durante un periodo largo de tiempo, siendo necesario acudir a los hijos, en caso

de haberlos, cuando aparecen problemas serios de salud y/o pérdida de autonomía.

También es importante tener en cuenta cómo los cambios sociales condicionan los estilos de vida y los recursos para la atención de las personas mayores en familia. Hablando en términos generales, podemos decir que entre un cuarto y un tercio de la población vive en grandes ciudades de más de un millón de habitantes, las familias, con pocos hijos, viven en pisos pequeños y modestos en los que el espacio es escaso y por tanto la convivencia más difícil. En este sentido, De Miguel y Díez Nicolás ya planteaban en 1985 que “la transición experimentada por la sociedad actual desde un sistema agrario a uno industrial y desde un estilo de vida rural a otro urbano, el incremento de la movilidad, los procesos migratorios y otros factores concomitantes, tales como el paso de la familia extensa a la familia nuclear y la progresiva reducción de los miembros que la componen, la incorporación de la mujer al trabajo e incluso las nuevas pautas de nupcialidad, divorcio, nuevas nupcias, limitan las posibilidades de que se mantenga la convivencia familiar y, por tanto, de la permanencia de las personas de más edad con su familia”

Pero lejos de planteamientos catastrofistas y de voces que claman acerca de la destrucción de la familia, ésta realmente constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor. Se estima que los hijos proporcionan más del 70% de los cuidados a las personas mayores y el internamiento no alcanza en ninguna sociedad occidental al 10% de los ancianos, aunque esto no significa que ésta sea una situación ideal, así, para la familia, la continuidad de los cuidados que deben dispensar, la gran variedad de problemas (salud física, desorientación, fallos de memoria...) y el pro-

gresivo deterioro de la autonomía personal, implica que los cuidadores deben soportar un elevado grado de stress que puede tener graves consecuencias, no sólo para el cuidado del anciano sino también para su propia salud.

Las relaciones entre padres e hijos en la ancianidad varían entre sexos y culturas, así, las hijas adoptan más el papel de cuidadoras de padres enfermos y los hijos se responsabilizan más de toma de decisiones y de apoyo financiero. En cuanto a clases sociales, los padres de clase baja tienen más probabilidades de recibir ayuda o de llegar a vivir con sus hijos que los de las clases media o elevada. Por otra parte, la cultura también marca diferencias en el sentido de que las sociedades orientales son más propensas a prestar apoyo al anciano hasta el final de la vida, mientras que en las occidentales la independencia tiene una valoración mayor. Esto también tiene que ver con la economía, ya que en las sociedades occidentales agrarias el patrón es similar al oriental mientras que en las sociedades orientales contemporáneas como China o Japón, el patrón se asemeja cada vez más al occidental.

Sobre el papel que realiza la familia se ha escrito y hablado mucho, pues realmente ésta supone la fuente de soporte fundamental para las personas mayores. En ella, se da cobertura a las necesidades físicas, emocionales y sociales de la persona (Espina, Pumar y Garrido, 1995; McCubbin y Figley, 1983). Así, sabemos por ejemplo, que la presencia en el seno de una familia, facilita para el anciano la ocupación de su tiempo libre en actividades instrumentales a medida de sus capacidades, lo que potencia la conservación de la salud y además, que los ancianos que viven en familia se alimentan mejor, pues se adecuan las dietas a sus necesidades individuales, añadiéndose a

ello que la comida en familia es una fuente de sociabilidad importante. Además de ello, podemos hablar de la familia como un lugar de identificación, como un medio favorable para mantener la identidad y la autoestima y para proporcionar un rol importante que la sociedad focalizada en el rendimiento no da al individuo con bajas tasas de producción (Navarro, 1992; Navarro y Beyebach, 1995). En síntesis, la familia puede llenar de significado las vidas de los mayores, reconociendo su papel fundamental en la transmisión de valores a las personas más jóvenes. No es de extrañar por tanto que se diga que aunque puedan destacarse sus limitaciones como grupo o como institución, cualquier alternativa es peor que la familia más desfavorecida.

Pero no todos los argumentos se refieren al bienestar del anciano, así, además de los humanitarios, los económicos ocupan un papel central. Es importante ser conscientes de que la escasez de medios económicos de los jubilados y el crecimiento del número de ancianos de mayor edad, plantea a los gobiernos necesidades sociales y sanitarias progresivamente mayores. Ayudar a las familias es siempre más económico que incrementar el número de servicios estatales para el cuidado de los mayores. En 1982, se celebró en Viena la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1983) En esta asamblea se hizo una llamada a la previsión y a la acción, participaron 98 países y fue principalmente un encuentro para la planificación política. Las respuestas que daban los países al tema eran diversas aunque también había coincidencias. A saber, hubo acuerdo general entre los distintos países respecto a determinadas líneas generales de actuación. Como punto de partida, la asistencia integral a todas las necesidades del anciano, desde el nivel más básico al

superior (desde el alojamiento y la sanidad hasta el ocio y el tiempo libre) Así deben existir los dispositivos asistenciales correspondientes a los distintos niveles: centros de día, servicios de asistencia a domicilio, pisos tutelados, centros para ancianos que se valen por sí mismos, centros para ancianos que necesitan un alto nivel de cuidados, hospitales geriátricos y otros. Aunque la articulación de los diferentes servicios fuese distinta según los países existió acuerdo en que la política de atención al anciano debe tender a mantener a éste en un medio comunitario, a ser posible en su propia vivienda, mientras que el traslado a un centro residencial debería ser la solución sólo para aquellos casos en los que la ayuda y la asistencia familiar ya no resultan posibles.

Pero, como comentábamos anteriormente, la situación en la familia no es fácil, la continuidad de los cuidados que deben dispensar, la gran variedad de problemas (salud física, desorientación, fallos de memoria...) y el progresivo deterioro de la autonomía personal, implica que los cuidadores deban soportar un elevado grado de stress que puede tener graves consecuencias, no sólo para el cuidado del anciano sino también para su propia salud (Pittman, 1990).

La situación es especialmente compleja en el caso de las demencias en general y de la enfermedad de Alzheimer en particular. Pensemos, que la mayor parte de las veces, la decisión de ubicar a un mayor en una organización ajena a la familia está basada más en la carga familiar que en el estado de salud del anciano. Además no deben olvidarse las razones que favorecen la claudicación familiar. Sepúlveda y Jiménez (1999) señalan como más frecuentes en estados de enfermedad avanzada los siguientes: (a) la imposibilidad de asumir los cuidados, por

ejemplo, ante la complejidad en la administración de la medicación, (b) la enfermedad concomitante del cuidador: hay que tener en cuenta que suele tratarse de personas también de edad avanzada, con otros problemas de salud físicos y psíquicos (síntomas depresivos en un 30%), (c) problemas económicos y (d) angustia insuperable.

Sin llegar a los extremos mencionados, La Organización Mundial de la Salud señala cómo la atención a los ancianos de más edad o más incapacitados, fuerza en muchos casos a los familiares que los cuidan a adoptar y modificar roles, horarios, actividades, etc., cambios que en algunos casos pueden generar en ellos reacciones de fatiga, sobrecarga y tensión con las consiguientes repercusiones negativas en su salud y satisfacción, todo ello, puede verse agravado por circunstancias tales como la rigidez de los horarios de trabajo, la falta de tiempo para atender a familiares incapacitados, las limitaciones físicas de las viviendas actuales (falta de espacio), como comentábamos anteriormente, el envejecimiento de los hijos que limita también su capacidad para atender al más anciano y por supuesto, los recursos económicos escasos.

Parece claro, pues, que si son consultados, los ancianos prefieren estar con sus familiares que ubicarse en una residencia (Triado, 1997) y que el deseo de permanecer en el hogar está en gran medida motivado por la necesidad de mantener el control sobre sus vidas cotidianas y la posibilidad de satisfacer sus necesidades individuales (Krothe, 1997). No obstante, como comentábamos, es posible que la estancia de los ancianos en casa también genere problemas en los cuidadores. Se ha informado que aquellas personas a cuyo cargo se encuentran ancianos muy incapacitados perciben mayor invasión de su espacio vital, sufren

mayor tensión emocional y experimentan gran cantidad de sintomatología depresiva. Estos resultados sistemáticos han hecho que desde algunos sectores se plantee que no siempre el cuidado en familia es lo mejor. Así, por ejemplo, Strawbridge y Wallhagen (1992) plantean que reivindicar a toda costa la atención a ancianos en el hogar puede impedir que la mujer tenga igualdad de oportunidades que el hombre, puede favorecer la demora de la acción institucional y fomentar la culpa en aquellos familiares que de ningún modo tienen posibilidades de hacerse cargo de sus mayores. Aunque la solución dista mucho de estar clara, pues también existen estudios que muestran cómo los familiares cuyos mayores se encuentran internados en residencias perciben los eventos de cuidado como más estresantes que los que los acogen en sus casas, a pesar de que su vida social se encuentre mucho menos alterada.

A modo de ejemplo: una investigación exploratoria

A continuación referimos, algunos datos que ilustran empíricamente las conclusiones de nuestro trabajo. Dichos datos provienen de una investigación exploratoria llevada a cabo por miembros de nuestro equipo de investigación (Gómez, 2007). El estudio, basado en una metodología cualitativa, emplea como técnica la observación participante. El interés se centra en la comprensión del marco de referencia del anciano y su familia en tanto que actores sociales. Así se intenta captar los significados y reglas de acción de contextos particulares y la inteligibilidad de unas formas de vida.

La observación participante en los hogares se llevo a cabo en una pequeña población del interior de la Comunidad Va-

lenciana. Se realizó durante los dos meses de verano y se utilizó un magnetófono para grabar las sesiones. La muestra se tomó en los propios núcleos familiares, en los que se conversó in situ con los ancianos sobre aspectos como hacerse viejo, la salud, la familia, las actividades de la vida cotidiana, el lugar preferido para estar cuando uno empeora... o simplemente, como se encontraban. En la conversación también participaban los familiares que en ese momento se encontraban en el hogar.

Las personas muy mayores en el proceso de morir dependen de otras para realizar las actividades de la vida cotidiana. En casi todos los casos que se han analizado, quienes prestan estos servicios son los hijos, especialmente las hijas.

Por otra parte, la familia, sobre todo, los hijos/as, son el elemento de confianza, básico y prioritario, para la persona mayor. La persona muy mayor delega la mayor parte de su poder en su familia. Esto se da por tres razones: en primer lugar, por su estado físico y/o psíquico de deterioro; en segundo lugar, porque, a edades tan avanzadas la mayoría de los amigos y otros familiares de su edad, igual que el cónyuge han muerto; y, en tercer lugar, por su socialización, confían en que sus descendientes los cuiden en su vejez.

El grado de control que la persona muy mayor mantenga sobre la propia vida es un aspecto muy importante a la hora de organizar la interacción entre el anciano y su cuidador principal familiar en la realización de las actividades de la vida cotidiana.

Algunas personas mayores, pese a las limitaciones de salud y movilidad, deciden quien, cuando y como realizan las actividades de la vida cotidiana: deciden o son al menos co-responsables en la decisión de quien les cuida, la hora de comer, que co-

men, cuando se acuestan, donde viven... sus cuidadoras, hijas en la mayoría de los casos, potencian su autonomía a nivel de decisiones y esto favorece la calidad del vínculo, la mejora de las relaciones y el bienestar del anciano y su familia. La persona mayor se siente segura y mantiene un control importante de su vida, se trata de un acuerdo implícito, entre el familiar, casi siempre las hijas, y el anciano. Las personas muy mayores intentan continuar manteniendo decisiones sobre su vida y sus hijos lo aceptan.

En esta situación, se encuentran los siguientes tres casos analizados pertenecientes al estudio previamente referido (Gómez, 2007). A continuación, a modo de ejemplo, presentamos tres breves extractos de la información obtenida en el estudio de campo.

Caso 1

Mujer de 93 años, vive en su casa con una hija soltera. Tiene tres hijos más, dos viven en el pueblo y uno en Valencia capital. Tiene cierta movilidad, pero ya no puede salir de casa. Por las tardes están con ella sus nietas y sus rebisnietas que viven enfrente de su casa. Su hija soltera se ocupa de cuidar de su madre y considera que ésta necesita estar al corriente del funcionamiento de la casa y no vivir al margen. De esta manera, la mujer de 93 años se ocupa de organizar las comidas y está pendiente de que todo salga bien, así como supervisa sus asuntos económicos.

Caso 2

Mujer de 70 años, soltera, vive en su casa y tiene la ayuda de una prima de 55 años desde que comenzó el proceso de morir de su madre, que murió hace dos años. En este caso, el de una mujer mayor solte-

ra sin hijos, se planeó quién debía cuidarla en el futuro. Cuando su madre pasó a ser dependiente la mujer organizó el cuidado de su madre y el suyo propio. Su prima fue primero la cuidadora principal de su madre y ahora lo es de ella. Se buscó de nuevo un cuidador familiar y con intensos lazos afectivos. La mujer de 70 años aún conserva la autonomía y cierta actividad, sobre todo, en la parroquia, donde se encarga de llevar la comunión a los enfermos. Su prima le ayudó en el cuidado de su madre y ahora se ocupa de ella: le hace la comida, le lava la ropa, le limpia la casa, le lava la ropa y la acompaña en sus intervenciones quirúrgicas. En caso de necesitarse más ayuda, contratan ayuda formal.

Caso 3

Mujer de 86 años, viuda, tiene dos hijos, vive en su casa. De su cuidado se ocupa la hija de 58 años, que reside en la casa contigua. La hija acude a ayudar a su madre en las actividades del cuidado personal y le realiza las actividades instrumentales de la vida diaria. Para la limpieza de la casa, la mujer de 86 años ha contratado a una chica. Desde hace un año, su hija y el marido de ésta, duermen en la casa de la madre. El hijo, que vive en Valencia capital, ayuda en el cuidado de su madre los fines de semana. La mujer de 86 años tiene escasa movilidad, anda con dificultad con la ayuda de un andador, pero mantiene la supervisión de sus asuntos económicos. Todas las tardes se sienta a la puerta de la calle con su hija, una nieta, sus vecinas y una amiga de su misma edad pero completamente autónoma.

Nuestros datos muestran que la mayoría de los ancianos son cuidados por sus familias, que los ancianos prefieren estar en casa que vivir en instituciones y que, a veces, el

atender a las personas mayores (sobre todo las que tienen escaso control sobre su vida) puede ser una tarea dura y difícil de afrontar para los cuidadores familiares.

Conclusiones

El gran logro de la modernidad, la democratización de la esperanza de vida, se convierte en un problema a todos los niveles (personal, familiar, médico, social) cuando la persona muy mayor en la última etapa de la vida pasa a ser dependiente de otros seres humanos significativos. Tanto por razones instrumentales como de sentido, las sociedades occidentales no son capaces de ofrecer seguridad a sus ciudadanos cuando, por su edad muy avanzada, su cuerpo no les responde y se enfrentan a la angustia de la muerte. Es más, en algunos casos, en la vejez la persona puede llegar a sufrir tanto que toda la trayectoria vital se le revela como una terrible pesadilla que no ha valido la pena.

Es posible que como todos los fenómenos humanos, el cuidado de nuestros mayores sea enormemente complejo y no puedan darse normas universales que ajusten perfectamente con todas las necesidades, pero lo que sí sabemos es que la mayoría de nuestros mayores están de hecho cuidados por sus familiares, que los ancianos prefieren estar en sus casas o con sus familias que en instituciones externas y que el cuidado de los ancianos en muchos casos genera cargas difíciles de soportar para los cuidadores. Así pues, es necesario que la intervención tenga en cuenta todos estos datos para ser lo más eficaz y eficiente posible.

Para aportar un servicio óptimo a las familias que aumente la calidad de vida de los mayores, es importante tener en cuenta una metodología participativa de todos

los implicados en el cuidado para facilitar el compromiso de los mismos y potenciar la continuidad de los cambios orientados a maximizar la autonomía y la dependencia dentro de las limitaciones con las que se encuentre el mayor, la familia y los recursos asistenciales (Sanduvete, 2004).

En el reto de ayudar a las familias, algunas sugerencias útiles a partir de la información que poseemos podrían ser las siguientes:

Un primer paso fundamental es reconocer las dificultades de la familia e integrarla en el sistema de promoción de salud. Habitualmente, aunque se tomen en cuenta las características familiares cuando se atiende a un anciano, a la familia no se la integra como objeto de cuidados. Afortunadamente, cada vez son más las voces que abogan por un cuidado exquisito de los cuidadores, reconociendo que están sometidos a stress, que sienten dolor emocional y que muchas veces tienen grandes dificultades para realizar su labor.

Para los familiares que cuidan de hecho a las personas mayores, son útiles los programas de educación y entrenamiento para el cuidado. Así, han mostrado su utilidad aquellos que basados en la psicología del aprendizaje ayudan a mantener el bienestar y la adaptación del anciano (por ejemplo, refuerzo de la participación en actividades cotidianas).

Son importantes también los programas de “respiro”, favoreciendo el descanso de los cuidadores se disminuye la posibilidad de desgaste psíquico (*burnout*), intentando eliminar sentimientos de culpa y remarcando la idea de que el autocuidado, a la larga, permite cuidar mejor a la persona que se quiere. En la misma línea, la re-estructuración cognitiva de la experiencia de cuidado puede favorecer la salud mental del cuida-

dor. Así fomentar ideas de intercambio, de utilidad para quien nos ha permitido crecer, etc. favorece la existencia de un significado más positivo para la experiencia que la visión parcial de deber y carga.

Resulta también fundamental la educación de la sociedad. Los medios de comunicación de masas son poderosos y pueden realizar una gran labor del mismo modo que se ha hecho con otros temas delicados como es el caso de algunas enfermedades graves (cáncer, SIDA...). Su intervención podría ir encaminada a muchos objetivos entre los que cabría destacar: potenciar valores de solidaridad fomentando concepciones de intercambio generacional (los que nos han cuidado, ahora necesitan ser cuidados), eliminar o al menos disminuir estereotipos marginales de la ancianidad, potenciando una imagen mucho más realista y normalizada, resaltando la vertiente de experiencia y sabiduría que sin duda atañe a la edad avanzada.

Es necesaria, además, una coordinación clara entre las instituciones que prestan apoyo y los familiares para que la acción sea efectiva y el objetivo común de bienestar para todos pueda conseguirse.

Finalmente comentaremos algunas de las iniciativas de la administración para fomentar la solidaridad familiar, teniendo siempre en cuenta que la responsabilidad económica siempre está en interacción con las relaciones afectivas, necesidades psicológicas y sociales. Algunos ejemplos son las deducciones fiscales por los servicios prestados, el abono directo de cantidades que faciliten la labor, la promoción de servicios de asistencia a domicilio para evitar en la medida de lo posible los internamientos, la aplicación de la actual ley de dependencia, etc.

Quisiéramos terminar el presente artículo con dos ideas muy lúcidas de an-

cianos españoles. En primer lugar, Pablo Picasso, quien expresaba que "Hace falta mucho tiempo para aprender a ser joven, lo bueno es que cuando se consigue, es para siempre". Para nosotros es un deseo y ojalá podamos hacer lo más jóvenes posibles a nuestros mayores y en segundo lugar, un eminente Psicólogo maestro ya de nuestros maestros, José Luis Pinillos quien nos dice que "Evaluar e intervenir en personas que tienen sus espaldas cargadas de experiencia constituye una tarea probablemente necesaria, sin duda encomiable, pero ciertamente delicada".

Referencias

- Barreto, M.P. (2000). El envejeciente en el hogar de cara al nuevo milenio. Ponencia presentada en la *Cumbre de la Familia 2000*. Universidad de Puerto Rico.
- Barreto, M.P. y Martínez, E. (2000). Cuidados paliativos en geriatría. En: R. Fernández Ballesteros (Dir.) *Gerontología social*. Madrid, Pirámide.
- Barreto, M.P., Molero, M. y Pérez, M. (2000). Evaluación e intervención psicológicas en familias de enfermos oncológicos. En F. Gil (Ed.), *Manual de Psicooncología*. Barcelona: Editorial Nueva Sidonia.
- De Miguel, J.M. y Díez Nicolás, J. (1985). *Políticas de población*. Madrid: Espasa Calpe
- Espina, A., Pumar, B. y Garrido, M. (1995). *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar*. Valencia: Promolibro.
- Fernández Ballesteros, R., Díez Nicolás, J. y Ruiz Torres, A (1999). Spain. En J.J.F. Schroots, R. Fernández Ballesteros y G. Rudinger (Eds.), *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS.

- Fernández Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J.L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Fernández Ballesteros, R. y Zamarrón M.D. (1999). Evaluación en la vejez: algunos instrumentos. *Clínica y Salud*, 10 (3) 245-286.
- Gómez Cantos, M.J. (2007). *Morir en la vejez*. Tesis Doctoral sin publicar. Universidad de Valencia.
- Gómez Carroza, T. y León del Barco, B. (2010). Estereotipos de los ancianos: percepción de los ancianos sobre sí mismos y sobre su grupo. *Apuntes de Psicología*, 28 (1), 5-18.
- Kreuz Smolinski, A. (2000). *Relaciones padres-hijos-padres*. Ponencia en el Curso: "Psicología y Salud: La Interacción Humana como Facilitadora del Bienestar Personal". Valencia: UIMP.
- Krothe, J. (1997). Giving voice to elderly people: Community-based long-term care. *Public Health Nursing*, 14 (4), 217-226
- Limonero, J.T. y Bayés, R. (1995), Bienestar en el ámbito de los Enfermos en Situación Terminal. *Medicina Paliativa*, 2, 5-11.
- Martín-Montoliu, J. (2008). Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y Salud*, 19 (1), 101-120.
- McCubbin, H y Figley, C (1983). *Stress and the family. Coping with normative transitions*. Bristol: Taylor & Francis.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Editorial Herder.
- Neugarten, B. (1975). The future and the young-old. *The Gerontologist*, 15, 4-9.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Navarro, J. y Beyebach, M. (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Núñez Olarte, J.M. (1995), Consideraciones acerca del Enfermo Terminal Geriátrico. *Medicina Paliativa*, 3, 34-40.
- Pinillos, J.L. (1992). Prólogo. En R. Fernández Ballesteros, M. Izal, I. Montorio, J.L. González y P. Díaz (1992), *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca
- Pittman, F. (1990). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Barcelona: Paidós.
- Sanduvete Chaves S. (2004). Calidad de vida en las personas mayores. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 277-288.
- Sepúlveda, D. y Jiménez, C. (1999). Cuidados paliativos en unidades geriátricas de agudos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34 (2), 5-12.
- Strawbridge W.J. y Wallhagen M.I. (1992). Is all in the family always best? *Journal of Aging Studies* 6, 81-91.
- Triadó, C. (1997). Alternativas residenciales de las personas mayores. *Anuario de Psicología*, 73, 43-55.