

CUIDAR

Y CUIDARNOS

CUIDAR Y CUIDARNOS - ESQUEMA

(Jornadas Confer Febrero 2017)

1.- Llamados e invitados a cuidar

- Fundamentos bíblicos del cuidado
- El cuidado como misión

2.- Cuidando en nuestras comunidades

- Itinerarios de fe de los mayores en la Vida Religiosa

3.- La realidad de nuestros centros y cuidados

- Nuestras casas de mayores. ¿Comunidad de mayores o Centro de mayores?
- Cuidadores “descuidándose” para cuidar
- Hermanos y hermanas cuidadoras en riesgo de Burnt out :
¿perdemos el sentido de la misión?

4.- Buscando caminos

- Alumbrados por la novedad del Espíritu
- Rutas desde la Escucha de los Cuidadores

5.- Taller- Reflexión conjunta “Tejiendo a la luz de la Palabra y las palabras”

- Búsqueda de alternativas a la realidad que vivimos
- Fieles a la misión y a la propia familia religiosa
- Llamados a vivir desde el Carisma el CUIDADO en sentido amplio.
- Actuando en lo cotidiano

1. Llamados e invitados a cuidar

1.1 El cuidado como misión

ETIMOLOGÍA

Según los diccionarios etimológicos clásicos, el término cuidado proviene del latino *cura*. En su forma más antigua, *cura* en latín reescribía *coera*, y se utilizaba en un contexto de amor y de amistad. Expresaba actitud de cuidado, desvelo, de inquietud y preocupación por la otra persona amada o por un objeto de valor sentimental

Según otros, el término derivaría de “*Cognitare-cognitatus*”, que se corromper en las formas de *coyedere-coidar-cuidar*. El sentido de *cognitare – cognitatus* es el mismo que el “*cura*”: cogitar, pensar, poner atención, mostrar solicitud y desvelos, preocupación... El cuidado sólo surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí. Paso entonces a dedicarme a él, a participar de su destino, de sus búsquedas, de sus sufrimientos y de sus éxitos, en definitiva de su vida.

Estamos ante un modo- de- ser mediante el cual, la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo solicitud. La actitud de cuidado, puede provocar preocupación, inquietud y sentido.

El término más valioso para referirnos al cuidado en el mundo griego, ha sido la *epimeleia*. Aunque no ha sido el único, ha sido que nos ha abierto la puerta a la comprensión del cuidado. (En el griego, este concepto estará completado por *merimnao* (solicitud), *therapeúo* (curar), y *episkopos* (vigilancia y visita).

Son muchos los textos y los campos donde se ha encontrado la palabra *epimeleia*, en un marco amplio, desde el cuidar en el sentido médico del tratamiento y los cuidados dados por los familiares hasta el cuidado realizado

por los administradores del Estado. Entre estos dos polos aparece el cuidado del campo, del templo... y otros espacios religados a la vida cotidiana.

DIOS CUIDADOR

Cabría preguntarnos si Dios es cuidador, preocupado y ocupado en su tarea por la humanidad. El hacer de Dios no es un atributo esencial o una cualidad inmutable, sino un modo de expresar su compromiso personal con la creación; y su Alianza como su constante cuidado asunto y preocupación ... esto diferencia a los dioses populares del Dios de la Alianza.

El AT está lleno de referencias a esta preocupación: Cuido tus entradas y salida, ... Tu cuidas de la tierra, la riegas... Ante la aparente despreocupación en el libro de Job aparece la mayor cascada de interrogantes de toda la escritura. El cuidado va unido a la bendición y protección. El resguardar y preservar que consolidan el cuidar, forman parte del amor radical de Dios que no cesará en sus atenciones a pesar de las infidelidades, desaires y traiciones humanas.

CUIDAR DEL OTRO COMO LUGAR TEOLOGICO

El cuidado es salida de sí y centralización en las personas concretas, desvelándose por ellas. Lo sagrado y eterno acorta la distancia cuando se trata de mostrarnos el camino del cuidado del otro, pobre, débil, herido y desprotegido. Por ello, ante la negativización del cuidado como algo terreno y servil (desvirtuación histórica), cabe responder la importancia de discernir qué ocupaciones han de ser “abandonadas” para ver cuales han de ser “retomadas” y sin duda, el hermano en situación de fragilidad, ha de ser sujeto prioritario de respuesta de cuidado evangélico.

Podemos hablar de lugar teológico porque es un lugar mismo de encuentro con la realidad misma de Dios como cuidador y su realización es una verificación del cuidado de Dios a los seres humanos y sobre uno mismo

Entender cómo el Otro que se acerca al otro a través del cuidado mediante la aceptación individual de cada sujeto, genera que entendamos el cuidado como espacio de revelación de Dios y de respuesta a él (lugar conjunción de lo divino y de lo humano)

Cuidar, desde las aportaciones de la epimeleia , es responsabilizarse de alguien, de su llamada, tomarse en serio su sufrimiento y actuar de forma solidaria. Cuidar tiene que ver con no abandonar al otro a su suerte, darle esperanza, darle sentido y velar por su calidad de vida presente. Raramente el cuidado admite un “mañana” por respuesta. Podemos decir que nos sentimos desde la más honda raíz abocados a cuidar y este cuidado se carga de especial significatividad cuando el sujeto de cuidados es el homo patiens. Sin duda, el cuidar, se vuelve respuesta a la experiencia de tantos hombres y mujeres cargados de vulnerabilidad .

El cuidado es una forma de estar en el mundo como sujeto, y los otros que nos rodean reclaman la necesidad del SH para que el mundo de relaciones no caiga en la deshumanización

El cuidado del otro como lugar teológico, nos habla de la estrategia de Dios para acercarse al ser humano en todas sus dimensiones, no sólo en aquellas donde pueda ser más vulnerable.

CONSTRUCTOS DEL CUIDADOS

1. Compasión

El primer constructo de la tarea de cuidar, el más fundamental de todos, es la virtud de la compasión. Difícilmente se puede desarrollar la acción de

cuidar sin la experiencia de la compasión, aunque la experiencia de la compasión no es suficiente para el desarrollo óptimo de los cuidados. La compasión es, pues, la condición necesaria, pero no suficiente.

Como dice G. Bryckzinska, la raíz del cuidar es la compasión, o para decirlo con un término aristotélico, puede considerarse el primer motor inmóvil. Aunque pueden subsistir otro tipo de motivaciones en la praxis del cuidar, inclusive de tipo interesado, la verdad es que los seres humanos se cuidan unos a otros porque sienten compasión ajena.

La compasión es una virtud moral que no es exclusividad de ninguna religión y de ninguna filosofía moral, aunque está omnipresente en el pensamiento moral de todos los tiempos, sea en el Occidente griego, romano y cristiano, sea en el Oriente budista o confucionista. La compasión, como tal, consiste fundamentalmente, en percibir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, en la capacidad de interiorizar el padecimiento de otro ser humano y de vivirlo como si se tratara de una experiencia propia. Compadecerse de alguien es un hábito del corazón que exige un movimiento extático, una salida de sí, para comprender al otro en su contexto y asumir en el propio pecho su pena.

La compasión no es la empatía, pues la empatía es espontánea, una especie de comunión anímica que se establece por casualidad entre dos seres humanos que comparten un mismo talante. La empatía, como tal, facilita extraordinariamente la relación entre profesional y paciente, pero no puede considerarse, con propiedad, virtud, pues la virtud es un hábito que requiere esfuerzo, trabajo del espíritu y del cuerpo. No resulta nada fácil ser paciente, ser tenaz, ser humilde o tener esperanza cuando todas las certidumbres se resquebrajan.

Sin embargo, la compasión es virtud, pues es un hábito cuyo ejercicio perfecciona moralmente a la persona que lo cultiva, le aproxima al otro y esta proximidad al sufrimiento ajeno es requisito indispensable para la conducta ética. Sin embargo, hay varias formas de compasión. La compasión estática es una falsa compasión, pues en este caso quien se compadece se recrea en el sufrimiento ajeno, se lamenta de su situación, pero no interioriza su dolor y por ello esta compasión no se traduce en acción solidaria.

Mientras que la compasión dinámica, que es la auténtica compasión, se traduce en un movimiento solidario hacia el otro, precisamente porque en este caso se integra plenamente el padecimiento ajeno.

Quien se compadece del sufrimiento ajeno no puede quedarse quieto e impertérrito frente a la situación del otro, sino que trata de hacer todo lo que está a su alcance para mejorar dicha situación. Cuando hay movimiento solidario, entonces la compasión es real, entonces hay verdadera interiorización del sufrimiento ajeno. La garantía de autenticidad de la compasión no son las lágrimas, precisamente, sino la acción solidaria. Las lágrimas, como dice A. Schopenhauer, son el lenguaje universal del sufrimiento, pero la acción transformadora constituye la prueba de oro de la auténtica compasión.

La virtud de la compasión se relaciona directamente con la virtud medieval de la misericordia. No puede definirse, propiamente, como un mero sentimiento, pues la compasión es más que sentimiento, pero tampoco puede definirse como un deber de tipo racional, pues la experiencia de la compasión no puede parangonarse con un deber de tipo personal, profesional, cívico o religioso. Uno siente la compasión frente a alguien, pero la siente por unas determinadas razones objetivas que puede analizar, explorar y tratar de explicar. Por lo tanto, no es un sentir gratuito y arbitrario, sino un sentir que se relaciona con un pensar.

En la compasión hay, pues, muchos elementos de emotividad, hay algo que toca el corazón, si puede expresarse de este modo, pero la razón práctica es básica para dilucidar las razones de dicha compasión y las prioridades que deben tenerse respecto a las miserias ajenas. La compasión se relaciona con la experiencia de la alteridad y con la experiencia de su vulnerabilidad. El requisito indispensable para la compasión es la percepción de la vulnerabilidad ajena, consiste en darse cuenta de la situación de sufrimiento en que viven otros seres humanos. Precisamente por ello, la compasión no sólo tiene sentido en el ámbito de la salud, sino en cualquier ámbito social, donde las condiciones de vida y de desarrollo humano sean deficientes (pobreza, paro, ignorancia, impotencia, abusos...).

En el ámbito de la salud, la experiencia de la compasión se relaciona directamente con la percepción de la enfermedad ajena. El profesional sanitario cuida a un ser que padece una alteración global de su ser y ello le conlleva sufrimiento. Cuando interioriza ese mal ajeno, esa enfermedad, entonces practica la virtud de la compasión. La masificación, la especialización, la atención virtual y la burocratización fomentan la distancia entre profesional y enfermo y esta distancia también se produce en la experiencia de la compasión, pues la compasión requiere el rostro a rostro, el encuentro interpersonal. W. T. Reich considera que en la ética médica, la virtud de la compasión debe ocupar un lugar central y debe ser el verdadero motor de la acción terapéutica.

También en la ética del cuidar, la compasión debe ser el vector fundamental de la acción. La práctica de la compasión no debe contraponerse, de ningún modo, a la autonomía del paciente, ni a su capacidad para decidir responsablemente sobre su futuro personal. La virtud de la compasión no debe limitar la libertad ajena, sino que, precisamente debe desarrollarla en su grado óptimo. Compadecerse de alguien no significa sustituirle o decidir por él. Significa ponerse en su piel, pero sin robarle su identidad, sin invadir su mismidad. La auténtica compasión busca el desarrollo de la autonomía ajena y no su dependencia y servidumbre.

2. Competencia

La competencia profesional constituye una virtud básica de la deontología. Ser competente en un determinado ámbito profesional significa estar capacitado para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo.

La tarea de cuidar requiere como constructo básico la experiencia de la compasión, pero también la competencia profesional, pues sólo es posible cuidar adecuadamente a un ser humano desde la competencia, desde el conocimiento de dicho ser humano desde una perspectiva global. La competencia profesional exige, por parte del asistente o terapeuta, un hondo

conocimiento de su feudo disciplinar y le obliga a formarse continuamente, pues en la sociedad del conocimiento, las técnicas y procedimientos se transforman aceleradamente y es un deber dominarlos y usarlos adecuadamente para atender al enfermo de un modo óptimo.

Constituye un reto secular formar profesionales competentes en el ejercicio del cuidar y es fundamental analizar, a fondo, los procesos formativos de dichos profesionales, pues el deterioro del cuidar, lo que en el contexto norteamericano se denomina la crisis del caring, no sólo se debe relacionar con la lógica de las instituciones y las presiones de orden económico, sino también con una deficitaria formación del profesional sanitario, particularmente en el ámbito de las ciencias humanas, de la psicología, de la ética y de prácticas comunicativas. Según G. Bryckzynska, la tarea de cuidar requiere conocimientos de orden espiritual y psicológico, y ello resulta mucho más arduo y difícil de integrar en la actividad profesional que las habilidades y procedimientos de orden técnico

3. Confidencialidad

El tercer constructo ético del arte de cuidar es la confidencialidad. El enfermo, en determinadas circunstancias de vulnerabilidad, necesita un confidente. Uno de los rasgos característicos de la figura del confidente es su capacidad de escuchar y su discreción, esto es, su capacidad de guardar secretos, de callar para sí los mensajes que el otro vulnerable le ha comunicado en una situación límite .

La confidencialidad se relaciona con la buena educación, con el respeto y con la práctica del silencio, pero sobre todo, se caracteriza por la capacidad de preservar la vida íntima del otro, es decir, su privacidad, su universo interior. El paciente, precisamente porque se halla en una situación vulnerable, se ve obligado, en determinadas circunstancias, a exponer su corporeidad y su intimidad al otro. Exponerse consiste en poner fuera de sí lo que uno es y es una tarea que, por lo general, produce vergüenza y sonrojo.

El cuidador, en dichas circunstancias, debe caracterizarse por un trato delicado y confidencial, debe dar garantías al enfermo de que aquello que ha expuesto no será objeto de exhibición. La confidencialidad es, precisamente, la virtud que protege al enfermo de su exhibición, la virtud que permite al profesional guardar el secreto o los secretos, tan íntimos y escondidos, que el enfermo ha revelado al cuidador.

El cuidador debe practicar la virtud de la confidencialidad no sólo en relación al paciente, sino también en relación consigo mismo y con su arte. La confidencialidad perfecta sólo es posible después de un largo trabajo de autoaceptación. Cuando el cuidador tiene conciencia de quién es y de cuáles son sus límites, entonces está en condiciones de comunicar a alguien sus carencias y sus deseos. Pero, por otro lado, si el cuidador no reconoce sus fronteras, entonces tampoco está capacitado para comunicar a alguien su estado imperfecto. El ser humano, cuanto cruza experiencias de dolor y desamparo, necesita un confidente, alguien a quien poder comunicar lo que uno se atreve decir en la vía pública.

4. Confianza

La confianza constituye un elemento central en el arte de cuidar. Sólo es posible cuidar a un ser humano vulnerable si entre el agente cuidador y el sujeto cuidado se establece una relación de confianza, un vínculo presidido por la fidelidad, es decir, de fe (fides) en la persona que interviene, en su acción y en el dominio que tiene de dicho arte. Confiar en alguien es creer en él, es ponerse en sus manos, es ponerse a su disposición. Y sólo es posible ponerse en las manos de otro, si uno se fía del otro y le reconoce una autoridad no sólo profesional, sino también moral.

En el seno del acto terapéutico hay mucho de confianza, de beneficencia, como diría P. Laín Entralgo, pero también en el acto educativo es fundamental la confianza, pues si el educando no confía en el educador, en la institución

donde se forma y en la materia que recibe diariamente, difícilmente puede desarrollarse la acción educativa.

La confianza, es decir, la fe en otra persona, es clave en el arte del cuidar. Para ello, es fundamental que el profesional sepa dar pruebas y garantías de confianza, no sólo por sus palabras, por su gestualidad, sino por la eficiencia y eficacia de la acción que desarrolla. La profesionalidad ejercida de un modo excelente es motivo de confianza para el usuario, por ello la confianza no sólo es virtud personal, sino virtud profesional. Cuando el paciente sabe que el profesional no le va a abandonar, no le va a dejar en la estacada, asume con tranquilidad su situación y acepta los riesgos y problemas que conlleva la intervención. La confianza sólo puede cultivarse en el tiempo y requiere un espacio determinado.

La confianza, sin embargo, no es la fe absoluta en el profesional y en su capacidad de sanar o de cuidar, pues la confianza, como cualquier otra virtud, debe partir del carácter vulnerable y limítrofe de la condición humana. También el profesional y el arte que desempeña es finito y debe contarse con ello. Reconocer esta limitación no niega autoridad moral, sino precisamente lo contrario. Esto significa que confiar en alguien no significa proyectar en él todas las certidumbres, pues también el otro puede fallar. Confiar en alguien es saber que el otro hará lo posible por salvarme.

En el arte de cuidar, es básico dar motivos y razones, aunque no sean verbalizadas, para que el paciente tenga confianza. En un clima de confianza personal, profesional o institucional, el proceso de curar y de cuidar es mucho más eficaz que en un contexto de desconfianza básica. La desconfianza se relaciona directamente con la pérdida de la fe en alguien y esta pérdida puede ser motivada por el engaño, la extorsión o el abandono. El arte de cuidar requiere el constructo ético de la confianza, pero también el arte de ser cuidado, pues quien desconfía de todo y de todos no se deja cuidar y quien no se deja cuidar, imposibilita la intervención .

En las últimas décadas se ha producido una erosión en la confianza que el paciente depositaba en el médico y se ha generado una necesidad de buscar protección frente a los abusos que afectan al correcto desempeño del quehacer profesional. Entre los factores causantes de esta fractura de la confianza E. D. Pellegrino propone los siguientes: «En las últimas dos o tres décadas, estas causas de desconfianza se han reforzado y multiplicado debido al influjo de diversos factores internos y externos a la Medicina: las malas conductas, la comercialización de la Medicina por la publicidad y los afanes empresariales, los ingresos excesivos y la forma de vida lujosa de ciertos médicos, la política de 'pague antes de recibir tratamiento' de algunos hospitales y médicos, el trato tantas veces impersonal, la creciente tendencia de los médicos a trabajar de nueve a cinco y a pedir horas libres, el receso de la Medicina general frente a las especialidades, las jubilaciones anticipadas...

Estas tendencias destructoras que se encuentran en la Medicina actual han sido reforzadas por las fuerzas internas de la estructura social contemporánea. El poder de participación que da la democracia, la enseñanza pública, el interés por los 'mass media', la desconfianza en la autoridad y en los expertos en general... todos estos factores han debilitado las relaciones de confianza, aunque tienen un lado positivo: incitan a una mayor independencia en las decisiones de los pacientes y, por tanto, ayudan a neutralizar el tradicional paternalismo de las profesiones. Este es un paso positivo hacia la consecución de relaciones más maduras, abiertas y honestas»

5. Conciencia

El quinto constructo ético que enumera G. Brykczynska siguiendo a Roach es la conciencia. La conciencia es una instancia fundamental del ser humano, pertenece a su dimensión interior y tiene un valor integrador. Ser consciente de algo es asumirlo, es reflexionar en torno a sus consecuencias, es saber lo que se está llevando entre manos. La consciencia, entendida como virtud y no como atributo de la interioridad humana, significa reflexión, prudencia, cautela, conocimiento de la cosa. Cuando decimos que la

conciencia es un constructo del cuidar, lo estamos diciendo en el sentido ético del término, pues la conciencia como tal pertenece a todo ser humano.

En el ejercicio del cuidar, es fundamental no perder de vista la conciencia de la profesionalidad, y esto supone mantener siempre la tensión, estar atento a lo que se está haciendo y no olvidar jamás que el otro vulnerable que está bajo mis cuidados es un ser humano que, como tal, tiene una dignidad intrínseca.

Ser consciente de todos los factores que influyen el ejercicio del cuidar y ser consciente de las dificultades que implica cuidar bien a un ser humano es una de las garantías fundamentales de la buena praxis profesional. Quien no es consciente de estas dificultades puede llegar a pensar que su modo de obrar es excelente y puede inclusive llegar a banalizar la ardua tarea de cuidar como si se tratara de una actividad mecánica.

1.2- Fundamentos bíblicos del cuidado

En el AT encontramos al Dios cuidador que según lo describe el libro del Deuteronomio vela por los suyos. Es propio del libro de los proverbios, de la Sabiduría y del Eclesiástico considerar más elevado el cuidado de los quehaceres espirituales que el del cuidado ligado a la vida cotidiana, sea en el marco del hogar ligado a la mujer o en el mundo de los diferentes oficios.

En el libro del Éxodo se subraya honrar a los padres que viene mediado por guardarles el respeto y cuidar de ellos en los últimos días, a través de la protección y cumplimiento de sus necesidades.

En el libro del Deuteronomio, encontramos al pueblo desprotegido al que Dios envuelve, de quien o no quita sus ojos y al que vigila atentamente de cerca. En el libro de los Proverbios el cuidar se traduce principalmente como guardar en tanto acoger, proteger en uno mismo y conservar la instrucción y la sabiduría dada por Yahvé . También desarrolla con fuerza *guardar la prudencia de la*

Palabra para con ello proteger la vida, esta idea aparecerá también en el libro de los salmos.

En el libro de la sabiduría cuidado y la atención por la sabiduría como bien supremo lleva al ser humano a estar descuidado y abandonado en Dios. En paralelo, la mujer elogiada en el libro de los proverbios concretiza el amor mediante el cuidado no solo de su círculo familiar, al cubrir las necesidades de vestido y comida, mediante la vigilancia de noche y de día, sino que ofrece su mano a los indigentes ajustándose mucho más a la idea del amor propia del AT.

En el libro del Eclesiástico se despliega el cuidar en el marco de los quehaceres propios de cada oficio manual. Se enfrenta, en el propio texto, la sabiduría del escriba que emerge de la contemplación mientras, los hombres que realizan las diferentes profesiones (labrador, obrero o artesano, herrero y alfarero) sostiene que recrean el mundo al vivir continuamente preocupados y ocupados por su obra.

También en el libro de los salmos aparece el cuidar. Por un lado, se trata de abandonar en Dios el cuidado lo que implica entender a Yahvé como suelo firme que no permitirá la destrucción de sus hijos. Dios pasa a ser el próximo, pero su cercanía no es estática sino que es dinámica en un movimiento por el que se decide a guardar y proteger a su pueblo y cada uno de sus miembros.

En el libro de Job, este se siente abandonado de Dios mientras él se siente justo y honrado, preocupándose del pobre y examinando la causa del necesitado eje central del cuidado del AT.

En el libro de Oseas, Yahvé ante todo ama y actualizar ese amor por medio de gestos y acciones concretas y llenas de simbolismo: llama, toma en brazos, enseña a andar, acaricia, cura, atrae y se inclina para dar de comer. La gratuidad del amor de Dios y su concreción podrían llamar al creyente a la vivencia recíproca, fortaleciendo la relación personal y comprometiéndose en hacer suyos y entregar a los hermanos los gestos y acciones de cuidado descrito.

En el NT el por qué y el para qué se cuida radica en la centralidad del hermano vulnerable y en la radicalidad de un Dios atento a los caídos en el camino. Se trata de entender el cuidar de una forma más deductiva y descriptiva desde los distintos tejidos sociales donde este aparece citado como vivencia arraigada para el Pueblo de Israel.

La acción de Jesús tiene una referencia antropológica y teológica y la parábola del Buen Samaritano es una buena muestra. La clave del cuidado en el texto queda transcrita en la actitud de acogida. Dios acogió la vida de los hombres y el gesto que mejor lo expresa es el envío de su Hijo, que acoge a todos los seres humanos. El ser humano tiene como prójimo no sólo a la humanidad sino a cada hombre y mujer concreto. En este texto aparecen elementos esenciales del cuidado: “lo que hay que practicar se puede inferir de la conducta de una persona a la que un caso de evidente necesidad mueve a ejercitar la misericordia”. Las acciones van a reclamar empleo del tiempo personal. Quizá detenerse implica llegar tarde a otras realidades a las que no se está dispuesto a renunciar o a nuestros personajes: “¿... les molesta emplear su tiempo... en la ingrata e improductiva faena de cuidar a un hombre herido a quien no conocen?”

Jesús trata de ejemplarizar como hacer bien a los que sufren. Parece que “hacer el bien” es el eje de la experiencia creyente y está relacionado de forma íntima con el cuidado. Jesús radicaliza las posturas abriendo el marco de comprensión del amor en dirección al cuidado. Amar es cuidar al necesitado.

El ser humano es un ser cuidadoso y la negación de esta dimensión tiene unas consecuencias nefastas para sí mismo, para el otro y para el mundo. Queda entendido el cuidar como una ayuda inesperada y, en rigor, inesperable. El relato nos descubre el fallo real de la vida, la carencia de cuidado y la ocupación nos resulta intolerable. Cada espectador comprueba que su vida real está carente de amor activo que hace su manifestación en el cuidado.

En el libro de los Hechos Pablo hace referencia al cuidado aplicado a las situaciones que carencia que vivían las primeras comunidades.

En Timoteo también aparece el cuidado referido al cuidado de la Iglesia de Dios, también al cuidado del carisma recibido.

En 1 Pe 5,7 se nombra de forma explícita a Dios como cuidados “...confiadle vuestras preocupaciones, que el cuida de vosotros”

El análisis de los textos bíblicos ha corroborado que el cuidado emerge cuando la dedicación al otro genera una disposición de participar de su destino, en sus búsquedas, en sus sufrimientos, en la totalidad polifacética de la vida.

2. Cuidando en nuestras comunidades:

Itinerarios

2.1 De la Crisis a la Resiliencia

16

La gerontología ha presentado de diferentes maneras el envejecimiento como crisis, una triple crisis : de identidad, autonomía y pertenencia.

Jacques Laforest describe la experiencia de envejecimiento como momento crítico. Crisis en griego significa “oportunidad”. En la debilidad se presenta también una oportunidad de vivir de una u otra manera lo que no se puede cambiar, en actitud siempre de superación.

- Crisis de Identidad: Determinada por la imagen que el anciano tiene de sí, por la conciencia y la autoestima. Esta imagen está afectada por el conjunto de de pérdidas experimentadas de forma acumulativa, por la creciente soledad y decadencia en general. Esta crisis lleva a ancianos religiosos a presentarse como “viejos jóvenes” o “Viejos pero con corazón joven”.
- Crisis de autonomía: Se caracteriza por el deterioro progresivo y el aumento de la dependencia de los cuidados de los demás.
- Crisis de pertenencia: A veces la ancianidad se vive como una retirada absoluta de la participación social y de los valores sociales, se experimente una “muerte social” previa a la muerte total y posiblemente fuertes sentimientos de inutilidad inundan el corazón del religioso mayor.

Estas crisis no se viven de una manera improvisada, aleatoria, se viven como fruto de una historia vivida, de una biografía concreta donde la persona se ha ido equipando de las herramientas necesarias, de valores fundantes, de búsquedas de la luz y la llamada en múltiples encrucijadas de la vida.

“Pongo ante ti la vida y la muerte, elige la vida y vivirás” (Dt 31)

Las situaciones de crisis ponen ante nosotros, de nuevo la Vida y la muerte, elegir uno de los 2 caminos es responsabilidad del ser humano. Ante la crisis puede llegar el momento de la pérdida de sentido de la propia realidad, de la propia historia e incluso una pérdida de sentido y rumbo ante los diferentes caminos de cambio y renovación que van haciendo las propias familias religiosas. Pero también las crisis son oportunidad de acoger y apostar por la Vida, por cuidar la Vida que se nos ha encomendado, la propia vida. La resiliencia, ese concepto tomado de la física, es aplicado a la gerontología como la capacidad de afrontar la crisis, reconstruirse y no perder la capacidad de amar, de luchar de resistir, antes bien, potenciar los recursos interiores para luchar.

La persona resiliente, no es una persona invulnerable, no niega la crisis, no es impasible ante la adversidad. En el interior de la persona resiliente, bajo la apariencia de la debilidad, hay una fortaleza. Ya decía Ramón y Cajal “los débiles sucumben no por ser débiles, son por ignorar que lo son”.

El cultivo de la vida interior, de la capacidad reflexiva, de la capacidad trascendente, de la referencia a lo más genuinamente humano, de la sabiduría del corazón, de los valores, es la mejor plataforma de afrontar la dificultad y salir fortalecida de ella. Si miramos atrás escuchamos hablar de la “resignación cristiana”, pero ¿qué querrían decir aquellos hombres y mujeres fuertes con esta expresión? Tal vez esté muy alejado de la connotación de pasividad y derrotismo que actualmente le damos y estuviera más cercana a una actitud de paciencia y tolerancia activa. Tal vez es más la proactividad la que es capaz de activar una potencialidad resiliente. Esta proactividad está centrada en una triada:

- Toma las riendas de su vida
- Se siente responsable ante lo que no puede cambiar
- Se siente libre ante aquello en lo que “puede sentirse esclavo”

La resiliencia es el resultado de múltiples procesos que contrarrestan las situaciones nocivas o de crisis. Se trata de una dinámica en los que se podrían

señalar algunos elementos como la defensa y la protección de uno mismo, el equilibrio ante la tensión, el compromiso ante lo que sucede, la responsabilidad activa, el empeño por la superación, la visión positiva en medio de la negatividad, la capacidad creativa....

Esto es sin duda un proceso de FE, en el que buscar un para qué aún si comprender el porqué.

2.- Del decaimiento a la esperanza

El proceso de envejecer lleva consigo pérdidas y, con ellas cierto incremento de la dependencia y el decaimiento de posibilidades y energías. Es tiempo propicio para el dinamismo de la esperanza en sentido genuino.

De la esperanza se dice que el esfuerzo por infundirla es el factor humanoterapéutico más importante. La esperanza es ese “constitutivum de la existencia humana” que trasciende el mero optimismo en situaciones como la de envejecer o enfermar.

El ser humano está llamado a ser hombre/mujer de esperanza en medio de la enfermedad, del sufrimiento, una esperanza que va más allá de la satisfacción inmediata e incluso más allá de la muerte. Por su propia naturaleza, la esperanza dinamiza el presente, llama a vivir el amor en las circunstancias concretas de la vida, hace que las relaciones del ahora sean vividas como anticipo de lo deseado, de lo eterno.

“Ciertamente, en nuestras penas y pruebas menores, siempre necesitamos también nuestras grandes o nuestras pequeñas esperanzas: Una visita afable, la cura de heridas internas o externas, la solución positiva de una crisis,... También estos tipos de esperanza pueden ser suficientes en las pruebas más o menos pequeñas. Hay una cierta gradualidad en la esperanza, en las pruebas verdaderamente graves, es necesaria la gran esperanza. Cada encuentro, cada relación significativa, cada diálogo que un ser humano logra establecer en el amor, es sacramento de la esperanza. Porque no habrá motivo de esperarse

mucho del futuro si los signos de la esperanza no se hacen visibles en el presente.

Desde el punto de vista antropológico, la esperanza conlleva coraje, que no se reduce a la mera vitalidad al simple instinto de sobrevivir, sino el coraje paciente y perseverante que no cede al desánimo en las tribulaciones.

La paciencia que tan esencialmente pertenece a la esperanza, expresaría en forma de conducta esa conexión entre el futuro y el presente (Lain Entralgo).

Lejos la idea de esperanza como una fuga de la realidad dolorosa. Encontrar motivos para la esperanza no es otra cosa que buscar dónde apoyarse en medio del temporal del sufrimiento, de la dependencia, de las limitaciones que puede acompañar la vida consagrada.

3.- Del “ Morirse” a la adjetivación del morir

Con el envejecimiento, inevitablemente, se aproxima la muerte que no ha sobrevenido de Joven. La vida prolongada conlleva la posibilidad de vivir más tiempo conviviendo con patologías largas, así como con otras degenerativas.

El ser humano, a diferencia de los animales, tiene la posibilidad de vivir el morir. Morir dignamente, consiste en hacer el esfuerzo por “adjetivar” el proceso personal y acompañar desde el entorno a adjetivar con semejantes palabras el final.

Morir puede ser triste, pero que la persona mayor “muera” para los otros antes de morir es mucho más triste. Esto sucede cuando tanto las palabras como el silencio imponen su lado trágico, cuando no se habla abiertamente, cuando se produce aislamiento relacional en torno al final de la vida. La muerte sería tanto más digna cuanto más fuera dicha por el sujeto y las personas a las que más le afecta. Una muerte “dicha” es aquella en la que hay espacio para la voz, para las palabras en torno al morir, donde se consigna escuchar lo que se dice y lo que no se dice, así como lo que hace decir aquello que se dice y lo que hace no decir aquello que no se dice. Una muerte digna sería aquella en la que la

persona viva hasta el último instante, que no muera antes , que no le viva n los demás o le mueran los demás.

Promover una muerte adjetivada significa hacer lo posible porque la muerte lo sea de artesanos del morir, que el morir sea una dimensión de la vida a la que ya nos hayamos ido entrenando a lo largo de la misma, aprendiendo a perder y a integrar progresivamente nuestra condición de finitud.

Una muerte humanizada es aquella donde se pueda desarrollar la legítima rareza de cada uno, donde puedan ser expresados de manera adecuada los sentimientos , los deseos, las compañías deseadas o no, las expectativas.

Una muerte digna sería aquella que se convierta en verdadera experiencia de amor porque experiencia la muerte la hace solo el que ama.

La muerte adjetivada se convertiría así en una experiencia de misterio en lugar de simple problema a gestionar. El misterio no es algo que esté fuera de nosotros y tenga solución. El misterio está dentro de nosotros, nos envuelve y no tenemos más posibilidad que vivirlo.

Esta ética del morir y de la relación al final de la vida contribuirá a humanizar la última etapa de la vida de las personas mayores que han consagrado su vida.

3. Realidad de nuestros centros y cuidados

En España, en los últimos diez años, los religiosos y religiosas que se integran en la Conferencia Española de Religiosos (CONFER) han descendido un 17 % desde los 51.245 de 2007 a los 42.460 de noviembre de 2016; 8.776 menos. Esta pérdida de efectivos es más acusada en las congregaciones masculinas, pues han perdido uno de cada cuatro religiosos desde 2007 para quedarse ligeramente por encima de los 10.000; hace diez años llegaban a los 13.327. En la vida religiosa femenina, las cifras hablan de un descenso del 14,6 %, pasando de casi 38.000 religiosas a 32.350 (Alfa y Omega 2/02/2017)

21

Los institutos religiosos en España tienen un gran número de miembros en edades muy avanzadas y con necesidad de algún tipo de cuidados¹. Se les suele atender en un tipo de comunidades especialmente preparadas para atenderles de la mejor manera posible (que suelen llamar “enfermerías”).

A la hora de organizar este tipo de comunidades las congregaciones se encuentran ante diversos dilemas y, de hecho, en la práctica se han tomado decisiones muy distintas no sólo entre congregaciones sino entre provincias canónicas de la misma congregación. El esfuerzo económico y humano que están dedicando a esta situación es ingente. Pero el debate de fondo más relevante gira en torno a dos modelos:

- a) el modelo de envejecimiento que se tiene como referencia
- b) el modelo de atención que se aplica a la hora de gestionar este tipo de comunidades de mayores.

¹ M.A, MILLAN “ *La vida consagrada y su atención a los religiosos ancianos enfermos*” Labor Hospitalaria, n. 312 (2015)

No conocemos que haya estudios sociológicos publicados –al menos en España- sobre el envejecimiento en la vida religiosa y sobre los sistemas de apoyo que tienen los religiosos ante situaciones de enfermedad y dependencia.

El envejecimiento de los religiosos (usamos el término refiriéndonos tanto a varones como a mujeres) en España debiera preocupar a toda la sociedad. La mayoría de ellos trabajan en el campo educativo, sanitario o con colectivos socialmente vulnerables, especialmente con los más marginados, con un beneficio para la sociedad significativo. Y esto sin restar importancia a la labor espiritual que desempeñan los religiosos de vida contemplativa. Pero, a pesar de todo su encomiable sacrificio personal, su envejecimiento pone en riesgo la continuidad de muchos de sus centros y servicios. Incluso la posible desaparición de algunas de las congregaciones por falta de revelo generacional.

En este contexto, adquiere una especial relevancia la situación de los religiosos que se encuentran enfermos o, más aún, en situación de dependencia. La dependencia, aunque abarca todas las edades, incide especialmente en la población mayor de 65 años. Lo que, en el caso de los religiosos, considerando los datos anteriores, significa que repercute en la vida de las diferentes comunidades religiosas de modo significativo.

No hay datos estadísticos públicos sobre el porcentaje de religiosos que superan los 65 años ni sobre su estado de salud. Según la aportación de gran número de Superiores/as Provinciales o Generales, en la mayoría de las congregaciones **los religiosos mayores de 65 años suponen entre el 70% y el 80 % del total** (al menos en España). En algunas congregaciones sabemos que ese dato llega al 100%. Si tenemos en cuenta que, según los datos del 2014, en España hay aproximadamente 59.000 religiosos (contando los misioneros), estimamos que puede haber al menos 42.000 religiosos mayores de 65 años (aplicando el dato del 70% para ser prudentes).

Según el Libro Blanco de la Dependencia, el 32 % de los mayores de 65 años poseen algún tipo de discapacidad. Aplicado a la estimación anterior, esto supondría un total de **13.440 religiosos con algún tipo de discapacidad**. Si nos centramos específicamente en las situaciones de dependencia, el mismo Libro Blanco afirma que un 19,6 % de los mayores de 65 años son dependientes (no toda discapacidad implica dependencia). En el caso de los religiosos, esto nos da una cifra de **8.232 religiosos en situación de dependencia para las actividades de la vida diaria**. Así pues, estaríamos hablando de que puede haber en España entre 8.232 y 13.440 religiosos necesitados de algún tipo de cuidados.

En general, conforme han ido aumentando los casos de demencias y trastornos de conducta, así como la gravedad de la necesidad de cuidados, ha aumentado la tendencia de las congregaciones a crear comunidades o centros específicos (enfermerías o casas de mayores) para atender estas situaciones.

No hay datos conocidos, pero estimamos que puede haber **400 comunidades** de este tipo en España, la mayoría de ellas con personal contratado, sea directamente o a través de proveedores externos.

Tras visitar aproximadamente 180 enfermerías o casas de religiosos mayores, se puede constatar que las comunidades religiosas enfocan el cuidado de sus mayores desde opciones muy diversas, pero que todas tienen en común la preocupación por cuidar bien a sus mayores y hacer todos los sacrificios que hagan falta por ellos. Como dicen algunos fundadores: “aunque haya que vender los vasos sagrados del altar”.

Y el coste de estos cuidados es muy alto. Según los datos del 2014 que nos han pasado diferentes congregaciones, el coste de atender a los religiosos mayores necesitados de cuidados oscila entre 1.000 y 2.000 euros al mes por persona. La moda entre las diferentes congregaciones estaba en **1.200 € por persona y mes** (sin contar amortizaciones). La amplia diferencia de costes depende de variables como el número de personas contratadas, la calidad de los cuidados, el número de personas a atender, las dimensiones de los edificios, etc. Si cogemos el dato de la moda y lo aplicamos a 10.000 religiosos, esto supone un gasto mensual básico de 12.000.000 € al mes. Aun siendo prudentes con los datos, es una cifra muy importante y que pone de manifiesto

al gran esfuerzo económico y humano que están haciendo las comunidades religiosas para atender a sus mayores.

EL MODELO DE ENVEJECIMIENTO Y SUS CONSECUENCIAS

La situación que encontramos en muchas “enfermerías” o comunidades de religiosos mayores depende mucho del modelo de envejecimiento que se tenga. Algunos religiosos comparten un modelo social de envejecimiento que lo considera como algo triste y muy negativo. Es un modelo antiguo que se intenta superar, pero todavía muy extendido. Quien comparte esta visión, lo más probable es que lo manifieste en los siguientes comportamientos:

- Abandono personal, con conductas pasivas, pereza y hábitos poco saludables
- Desinterés mental, que conlleva apatía, aburrimiento y tristeza
- El aislamiento personal que fomenta soledad, incomunicación y desinterés por las relaciones grupales.
- Pesimismo, irritabilidad, instalación en la queja y la crítica excesiva.

En preguntas realizadas por mí a religiosos en diferentes cursos de formación ha habido un gran porcentaje de coincidencia en identificar tres problemas principales en las comunidades de religiosos mayores: el individualismo, el aislamiento y la pasividad. Puede ser un síntoma de varias cosas, pero también puede responder a tener interiorizado este modelo negativo del hecho de envejecer. Gestionar el cuidado a los religiosos mayores es difícil cuando nos encontramos con comunidades con un número importante de miembros compartiendo esta visión.

Pero también hay un modelo positivo del envejecimiento. Este modelo se fundamenta en que envejecer bien es posible y depende de uno mismo. Requiere seguir convencidos de que la actividad es un aspecto relevante en la vida. Esto es lo que queremos decir cuando hablamos de “envejecimiento activo”. Activo para conservar la vitalidad, activo para sentirse útil, activo para participar en la vida social. Activo como persona, activo como grupo de mayores dentro de la congregación (aun estando enfermos).

La Organización Mundial de la Salud define así el Envejecimiento Activo:

- Es el **proceso de optimización de las oportunidades** en relación con la salud, la participación y la seguridad para mejorar la **calidad de vida** a medida que se envejece. Permite a las personas **desplegar el potencial de bienestar físico, social y mental** a lo largo de todo el ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidado adecuados cuando necesitan asistencia.

En definitiva, es un modelo que se centra en las fortalezas y oportunidades en la vejez y no tanto en las carencias y debilidades. Cuando uno mismo tiene esta percepción del envejecimiento, el hecho de tener problemas de salud y necesitar de cuidados asistenciales (salvo en situaciones extremas) no le impide trabajar sobre sus capacidades preservadas y optimizar todas las oportunidades que la vida le brinda. Aunque esto requiere que el Superior de la comunidad de mayores (y la curia provincial) crea sinceramente en este modelo de envejecimiento y tome las decisiones operativas coherentes con este enfoque.

Este planteamiento que defendemos está preciosamente expresado en el siguiente testimonio del **P. Cosme Robredo**, un misionero salesiano español que trabajó muchos años en Perú y que era una gran músico. A los 83 años de edad, pocos meses antes de morir, le hicieron una entrevista y, entre otras cosas, le preguntaron cómo se sentía al estar en silla de ruedas. Respondió:

“Cosas de la vejez. Sigo teniendo muchas músicas en el alma y muchas notas en el corazón, pero ya no soy capaz de dirigir una orquesta. Dios me ha dado la claridad de mente y espíritu despierto, pero el cuerpo ya no acompaña. No lamento lo que no puedo hacer, hago todo lo que puedo en esta situación. Puedo arrastrar los pies, no quiero arrastrar el espíritu, ni quiero que mi espíritu camine en silla de ruedas.”

LA PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERÍAS POR LOS RELIGIOSOS

Al hablar de “enfermerías” nos referimos a los espacios donde se atiende a los religiosos con necesidad de cuidados asistenciales, sea en una comunidad específica o formando parte de una comunidad más amplia. Es una manera de entendernos. También se usa a menudo la expresión “casa de hermanas/os mayores”, aunque es difícil encontrar hoy día en España una comunidad de religiosos que no sean mayores. En fin, se buscan expresiones alternativas a la de enfermerías porque esta palabra tiene una connotación negativa para muchos y, de hecho, la mayoría de religiosos no quieren ser destinados a este tipo de comunidades. ¿Por qué este rechazo? ¿Qué sienten y piensan los religiosos ante la perspectiva de ser destinados a una enfermería o casa de mayores? Veamos algunos testimonios:

- *Me da miedo que me destinen a la comunidad de enfermería: allí nos llevan para morir, es el corredor de la muerte.*
- *Me han educado para servir y cuidar a otros, no para que me cuiden a mí. Llevo muy mal el depender de otros y me angustia estar en una comunidad de dependientes.*
- *Me cuesta aceptar mis limitaciones. Me siento inútil y una carga para la comunidad.*
- *Es mi fin, me siento abandonada y rechazada por la congregación si me envían a la enfermería.*
- *Siento frustración, rabia, ansiedad sólo de pensar en que me destinen a una enfermería.*

Pero no todos tienen esta percepción. Aquí expongo testimonios en otra línea totalmente distinta ante la misma pregunta:

- *Ahora ya podemos realmente priorizar el SER sobre el HACER y prepararnos con paz al encuentro con el Padre.*
- *Por primera vez en mi vida religiosa estoy en una comunidad donde dispongo de tiempo libre. ¡Qué gran riqueza y don disponer de tiempo!*
- *Me alegra y me da seguridad el poder ir a una comunidad donde todo está preparado para poder estar bien atendida ante problemas de salud.*
- *Lo importante es no perder la ilusión con los años y las enfermedades. La clave de un buen envejecimiento es mantener la ilusión, la mente abierta y la mirada positiva en una comunidad.*
- *Es la única comunidad de la provincia realmente preparada para acogernos a quienes tenemos algún problema de salud. Es un lujo que tenemos que valorar y saber aprovechar.*

¿Cómo puede haber percepciones tan distintas? Está claro que en buena medida esto depende de factores de personalidad de cada sujeto, pero también se adivina detrás de estas expresiones que hablamos de modelos de enfermería muy distintos. Basta visitar estas comunidades y, nada más entrar, se percibe la diferencia.

3.1 EL PELIGRO DEL “BURN-OUT” QUEMARSE

Los profesionales de la asistencia y de los cuidados sanitarios están sometidos a un tipo particular de estrés laboral. Es el síndrome del buen samaritano decepcionado. Muchos, después de trabajar por un breve tiempo, pierden autoestima y a confianza en sus capacidades, se hacen pasivos, no ponen ya el alma en lo que hacen, se refugian en la rutina... Se sienten mal, prefieren renunciar a responsabilidades, muestran poco interés por lo que hacen y se erigen rígidas barreras defensivas. La relación con quienes tienen necesidad

de ayuda e hace fría, distante, molesta, indiferente y hasta cínica. Las motivaciones altruistas y los grandes ideales se convierten en un recuerdo que sólo hace sufrir.

Las motivaciones “no expresadas”, pero que han tenido una función importante en asumir esa misión no tienen la respuesta esperada. Los costes de este fuego son muy elevados, tanto para el profesional, como para la persona objeto de cuidado, como para la institución. En este campo de importante sufrimiento emocional, la relación costes-beneficios se desequilibra continuamente, uno a veces se siente engullido por arenas movedizas, arde y sólo el humo y las cenizas recuerdan el fuego que había antes, la nostalgia de un pasado que no retorna.

En este punto, el trabajo ya no ofrece las satisfacciones esperadas, se hace duro y carece de sentido. No es que falten satisfacciones y motivos de alegría, sino que simplemente, ya no son acogidos como tales. En primer plano sólo aparece lo que no funciona., el pesimismo filtra en negro la relación de la realidad. Se buscan compensaciones y huidas.

La percepción de una diferencia entre exigencias y recursos recarga la vivencia de quien están constantemente en posición de ayudar, de quien tiene siempre que dar y ser amable, de quien está en contacto con demasiadas personas que sufren y tienen poco tiempo para satisfacer como querría.

Sin embargo, para entender el problema del Burntout es importante centrar la atención, sobre todo, en el tipo de implicación emocional y afectiva entre los dos miembros de la relación de ayuda, entre quien presta la ayuda y la recibe.

¿Qué sucede con el Burn-out en la VR?

En la VR se supone el deseo y el empeño de entregar la Vida al servicio del Reino, sin medida, sin horas, sin precio,... al servicio de quien me ha sido encomendado. La abnegación, el olvido se sí mismo y las propias necesidades... pero también existen esas motivaciones acalladas, la necesidad

de reconocimiento, el proyecto personal a veces lejos del que vivo por una obediencia no dialogada y a veces no comprendida. Sentirse mal en esta situación conlleva no vivir una vocación con sentido, el sentimiento de estar ahorrándose, de la queja, lo que aún tiñe de un color más oscuro el ya negro filtro de la mirada.

La experiencia del “quemado” no es un problema para que no exista esperanza alguna, sólo requiere reconocer sus señales a tiempo. Es inútil seguir diciendo “sí...”, soñar con un pasado diferente, aferrarse a él o culpar a otros de cuanto sucede. Es mejor mirara dentro de sí, detecta las motivaciones que impulsaron a seguir camino, las ilusiones transformadas demasiado frecuentemente por ideales y las competencias profesionales de las que uno dispone realmente. Es preciso preguntarse por el sentido de lo que se hace y sacar las debidas conclusiones, contrastarlas con alguien que entienda y problema y pueda ayudar.

Si se llega a apagar la llama del ideal, los factores en juego son muchos y muy diversos. Hay que prestar atención a todo el campo. Las estrategias para prevenirlo o curarlo deben centrarse al mismo tiempo en el individuo, en sus motivaciones y en sus vivencias, pero también en el contexto laboral, en el ambiente de vida y en las relaciones interpersonales. La persona es una unidad.

Hay en juego factores individuales sobre los que hay que trabajar. Es importante cuidarse, amarse, quererse tener en gran autoestima la propia salud tanto física y mental como relacional y espiritual. Amarse un poco más a sí mismo no es una elección egoísta. Los demás son imagen de Dios, pero también lo somos nosotros, dignos como ellos de nuestro amor. ¿Entendemos esto en la VR? ¿Cómo cuadra esto con el “negarse a sí mismo “ del Evangelio vivido tradicionalmente en la VR?

Es necesario utilizar la cabeza, detenerse a pensar, incluso situaciones que no pueden cambiarse pueden afrontarse de manera diferente.

Es importante reflexionar quien está cuidando en nuestras casas de mayores o enfermerías.

- ¿Hermanas/os de 75 años? ¿Están en condiciones de cuidar? Tal vez a nuestros hermanos/as jóvenes,... si es así ¿Qué pasará con el Carisma? Hermanas de mediana edad ... ¿les hemos preguntado sus verdaderos sentimiento?
- ¿Empresas externas? Tal vez sí, y en el mejor de los casos empresas o fundaciones expertas en el cuidado a mayores y tal vez cercanas a la VR, pero ¿hacen de nuestras casas una comunidad? ¿Quién cuida la espiritualidad, que no son solamente los ritos/sacramentos...?
- ¿Hombres/mujeres contratadas desde entidades externas y que gestiona una hermana de la comunidad?. Muchas veces en multilabores, sin una titulación adecuada, que llegan desde Servicios sociales, con un sentimiento de justicia... pero ¿capacitados?

4. BUSCANDO CAMINOS

¿CÓMO SERÍA TU COMUNIDAD DE MAYORES DESEADA?

- Una comunidad que promueve la creatividad, expansión, estímulos, alegría... para crear un ambiente feliz.
- Vivir con personas positivas, vitales, que mantengan la ilusión por la vida, el carisma... Prohibido hablar de enfermedades. Potenciar la “positividad” (las “riquezas” frente a las carencias)
- Tener cubiertas las necesidades vitales y un buen nivel de cuidados asistenciales en caso de necesidad.
- Una comunidad en la que se conjugue la calidad de cuidados con la calidez en las relaciones.
- Que se tenga en cuenta mi historia personal, mi “biografía”, a la hora de cualquier “planificación” que me afecte. Sentirme valorada y querida.
- Tener TIEMPO disponible para mí mismo y para los demás. Tiempo sereno lleno de saberes vivenciales que pueden enriquecer a otros. Qué hermoso regalo es el tiempo.
- Asumir tareas y responsabilidades, aunque sean pequeñas, que me permitan sentirme útil.
- Tener como referente a Jesús y valorar el sentido de testimonio, “ofrenda” y mediación salvífica que tiene nuestro dolor, enfermedad, sufrimiento, postración...hasta la muerte.
- Crear espacios para el encuentro, el diálogo, la reflexión, la oración, el juego... que nos permitan expresarnos y escucharnos.
- Mantenernos conectados con la vida de la congregación y con lo que ocurre en la Iglesia y en la sociedad. Aprovechar internet y las nuevas tecnologías.
- Seguir participando en la vida comunitaria y que se nos tenga en cuenta en la toma de decisiones.
- Que venga gente de fuera a vernos y salir nosotras al exterior, relacionarnos con el entorno.

- Mirar de cara y sin miedo a la muerte y prepararnos espiritualmente, con serenidad y esperanza, para este proceso de morir. Así damos testimonio de nuestra fe hasta el final.
- Tener un tiempo estructurado y un proyecto comunitario.
- Es muy importante la figura del Superior. Ha de ser un animador de la vida personal y comunitaria y saber “acompañarnos” con cariño y cercanía en esta etapa vital tan trascendental.
- Una comunidad en la que nos tratarán siempre respetando nuestra dignidad en todos los sentidos, aunque estemos encamados o tengamos una demencia avanzada.
- El paso a este tipo de comunidad no ha de ser brusco, necesita hacerse un proceso previo.
- Que el edificio y las instalaciones estén adaptados a las características propia de esta comunidad: accesibilidad, luz, color, olores, espacios amplios, flores y plantas...

Y termino con un último testimonio de una religiosa que quiero resaltar porque expresa mi propio convencimiento de lo que deberían ser este tipo de comunidades y supone todo un reto para las congregaciones:

- La comunidad de mayores dentro de la congregación ha de ser un espacio de vida y de testimonio de la belleza y alegría de una vida consagrada al seguimiento de Jesús. Con nuestra manera de vivir la enfermedad, la vejez y la cercanía de la muerte hemos de ser testimonio misionero y motores de ilusión que muestren al mundo –especialmente a los jóvenes- que vale la pena consagrarse a Dios. No sentirnos como una comunidad “aislada”, de “terminales”, sino como el corazón de nuestra congregación que bombea vida al resto de la congregación, a la Iglesia y a la sociedad.

LOS DILEMAS INSTITUCIONALES EN LA TOMA DECISIONES

Desde el punto de vista institucional, los diferentes institutos religiosos no lo tienen fácil a la hora de tomar decisiones sobre la mejor manera de atender a

sus miembros necesitados de cuidados. En general, las comunidades se enfrentan a los siguientes dilemas:

1. **¿Envejecer en las propias comunidades o en comunidades específicamente preparadas para esta situación de enfermedad o dependencia?** Para algunos, sacar a los mayores de “casa” y llevarlos a una “enfermería” es un acto de abandono y contrario a la caridad fraterna.
2. **¿En pequeñas comunidades dispersas geográficamente o agrupando en comunidades más numerosas?** Es un difícil equilibrio entre la parte afectiva/emocional (permanecer cerca de entornos conocidos) y la racional que nos indica que el agrupar en comunidades de mayor tamaño rentabiliza los costes y mejora la calidad del servicio.
3. **¿Centros sólo para los propios religiosos o abiertos a personas del exterior?** ¿Incluimos a los familiares y colaboradores laicos de la institución? ¿Compartimos espacio con otras congregaciones?
4. **¿Qué perfil ha de tener el Superior o superiora que se va a destinar a estas comunidades? ¿Estará solo o con un equipo de apoyo?** Cada vez es más difícil elegir la persona adecuada ante la falta de vocaciones y de personas disponibles y preparadas para esta función.
5. **¿Gestionamos el personal y el servicio directamente o recurrimos a proveedores externos?** ¿A qué tipo de empresas pedimos presupuesto? ¿Con qué criterios? Esto no exime a la congregación de la responsabilidad moral de preocuparse por las condiciones laborales en que están los trabajadores.
6. **¿Nos conformamos sólo con la calidad asistencial (que los religiosos estén aseados, coman bien y se tomen sus medicinas)**

o aspiramos a que sean comunidades ricas de estímulos, donde se pueda vivir en plenitud hasta el final de la vida desde una visión holística de la salud? Es el problema de fondo de los modelos que ya hemos mencionado y que condiciona el resto de decisiones.

CONCLUSIÓN

La vida consagrada está volcada en el cuidado de sus miembros ancianos, frágiles o en situación de dependencia. Siempre ha sido así, pero cada día son más los religiosos en esta situación y su porcentaje aumentará en los próximos años. Esto plantea grandes retos a los institutos religiosos: la visión que se tiene del envejecimiento, el modelo de atención a prestar, la sostenibilidad económica de las “enfermerías”, la falta de religiosos “jóvenes”, la necesidad de apoyarse en los laicos, el futuro de sus obras, etc. En todo caso, el futuro está siempre abierto a las sorpresas.

- TORRALBA, F *“Cuidado” en “Diez palabras claves en humanizar la salud”*. Ed Verbo Divino. Pamplona 2002
- VENDRAME, C *“Los enfermos en la biblia”* San Pablo. Madrid 2001
- LOPEZ ALONSO, M *“El cuidado: un imperativo para la bioética”* Universidad Pontificia de Comillas, Madrid 2011
- SANDRIN, L. *“Ayudar a los demás. La psicología del Buen Samaritano”* Sal terrae. Santander 2014
- BERMEJO, JC *“Envejecimiento en la Vida Religiosa”*