

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Hacia una gerontología más humana

P. Ángel Rodríguez Guerra, M. Id.
Dr. En Filosofía y Profesor Adjunto Asociado
Facultad de Medicina
Programa de Estudios Médicos Humanísticos
Pontificia Universidad Católica de Chile

1. Cuidado paliativo y geriátrico en el adulto mayor (1)

Un cuidado óptimo del adulto mayor debe ser sensible a los valores personales, culturales y espirituales, las creencias y prácticas, y se extiende en el apoyo a la familia y amigos incluyendo el periodo de luto.

El cuidado paliativo es ya una clase especial del cuidado de la salud de individuos que padecen una enfermedad grave en estado avanzado y su familia. La meta en el cuidado paliativo es confortar y proteger la dignidad de la persona enferma, así como proveer la mejor calidad de vida posible para esta persona y su familia. La familia es quienquiera que el enfermo diga que es su familia; puede incluir parientes, compañeros y amigos.

Un objetivo importante del cuidado paliativo es aminorar el dolor y otros síntomas, no solo cubre necesidades físicas sino también psicológicas, sociales, culturales, emocionales y espirituales. El cuidado paliativo puede ser el mayor foco del cuidado cuando ya no es posible curar la enfermedad.

Los servicios del cuidado paliativo ayudan a las personas a vivir lo que les queda de vida con dignidad y lo más confortablemente posible. Una de las características más importantes del cuidado paliativo es reconocer que la muerte es inminente e inevitable, su propósito no es ni apresurar ni posponer la muerte.

El cuidado geriátrico se ocupa de las personas mayores de 65 años y cubre un amplio rango de tratamientos que va del cuidado intensivo al paliativo. Puede trabajar junto con el cuidado paliativo para cubrir las necesidades específicas del adulto mayor. Cuando la persona se encuentra en el proceso del morir son apropiados: el control de síntomas, la continuidad del cuidado en centros especializados, flexibilidad y trabajo multidisciplinario.

2. Algunos mitos sobre el morir al final de la vida

- Los adultos mayores no necesitan de cuidados al final de la vida ya que van a morir de todas formas.
- La mayor parte de los adultos mayores mueren en centros especializados y, por lo tanto, reciben cuidado.
- El adulto mayor está preparado completamente para la muerte.

- El adulto mayor muere por su edad.
- No hay nada que se pueda hacer por un adulto mayor que se está muriendo

3. Vivir o morir bien

En lo que se refiere al morir bien existen problemas en las siguientes áreas: abuso del cuidado (tratamientos y hospitalizaciones innecesarias y no deseadas, pruebas diagnósticas innecesarias) y carencia de cuidado (no paliar el dolor, llevarlo tarde al tratamiento, sacarlo del hospital prematuramente).

Para mejorar el cuidado al final de la vida hace falta: aliviar (controlar el dolor y otros síntomas), tomar decisiones (el uso o no de tratamientos de sostenimiento de la vida, poder elegir el cuidado que recibirá) y apoyo (social, espiritual, psicológico y emocional).

a) Principios del cuidado

- Proyección: poder discernir decisiones con el adulto mayor antes de que sea demasiado tarde.
- Apertura: capacidad de afrontar asuntos difíciles.
- Honestidad: facilitar todos los detalles conocidos acerca de la enfermedad y su pronosis.
- Autonomía: animar y ayudar al adulto mayor y su familia a tomar decisiones y actuar independientemente.

b) Morir bien

La habilidad del adulto mayor de morir bien depende en parte de la experiencia vivida anteriormente. Una consideración primaria es ver si el adulto mayor muere de la forma que prefiere. Las preferencias dependen de la personalidad, el género, la cultura, la clase social, el grupo étnico y las creencias espirituales.

Una buena muerte puede incluir: estar libre de dolor, haber resuelto conflictos pasados, satisfacer deseos finales, ser asistido por seres queridos, poder funcionar lo mejor posible.

c) Soporte social

- Es un importante factor determinante de la salud a través de la vida.
- Influye en la manera de ver el final de la vida.
- Ayuda a encontrar formas de despedirse.
- Proporciona una conexión con el pasado y puede ayudar a las personas a encontrar significado a su vida.
- Para mejorar el soporte social hay que: animar a la familia y amigos en su función de apoyo reforzando el valor que tienen para el enfermo; facilitar oportunidades de socialización si es deseado; averiguar por qué se retiran miembros de la familia o amigos (miedos, ansiedades).

d) Desafíos relacionados con el morir bien

1. Aislamiento

Puede resultar de la pérdida del papel que se ocupaba en la sociedad o la familia, o por frecuentes hospitalizaciones y restricciones debido a la enfermedad. El aislamiento ocurre por: falta de apoyo de la familia en la casa; miedo de producir ansiedad en los demás si habla.

La pérdida de esperanza puede crear aislamiento emocional; no informar al adulto mayor de su condición lo que impide el que pueda tomar sus propias decisiones; morir en el hospital u hospicio.

Algunas cosas se pueden hacer para reducir el aislamiento: dar información al paciente; facilitar recursos comunitarios; reforzar la importancia que tiene para la familia y la comunidad; facilitar el compartir con la familia experiencias, esperanzas y miedos.

2. Marginalización

Cuando un adulto mayor se está muriendo pero no ha sido referido a un programa de cuidados paliativos, puede no recibir servicios apropiados. Esto puede suceder porque la persona puede tener múltiples problemas de salud y mientras podría morir de cualquiera de ellos en cualquier momento, puede que no halla ninguna enfermedad específica que ponga en riesgo su vida.

3. Miedos y preocupaciones comunes al adulto mayor

Estos están influidos por: la cultura, el grado de soporte social, el conocimiento de la enfermedad y la experiencia pasada, pérdida de la independencia, ser una carga, perder control por deterioro físico o mental de no poderse librar del dolor, de perder la conciencia por sedación, de ser olvidado fácilmente, de sufrir indignamente, de la muerte y separación, de morir solo o sin nadie que lo quiera.

El adulto mayor tiende a pensar más acerca de la muerte y a aceptarla que el joven debido a las múltiples pérdidas por las que han pasado.

4. Encontrar significado y crecimiento personal

Cuando la persona siente que su vida tiene significado o importancia para otros se afronta la muerte con mayor calma y se puede evitar la depresión. El sentido de la muerte es experimentado de muchas maneras.

El morir ofrece importantes oportunidades para el crecimiento personal y relacional, la intimidad, la reconciliación.

El soporte y guía espiritual puede ser esencial cuando la persona afronta crisis que desafían su deseo de vivir y sus creencias espirituales. La expresión de la espiritualidad puede variar dependiendo de la raza, género, clase social, experiencia personal y comunitaria.

La mayor parte de los adultos mayores reflexionan sobre su sentido moral y experimentan un sentido de ser finitos, se identifican más con el pasado que con el futuro, aceptan la muerte y valoran el poder ejercer control sobre el final de su vida.

La revisión de la vida lleva a afrontar el significado que ha tenido para uno mismo y en relación con otros. Puede llevar a resolver conflictos y a perdonar.

El recordar puede llevar a transmitir lecciones aprendidas por experiencia.

¿Cómo ayudar al adulto mayor a encontrar sentido a su vida y a crecer personalmente?

Facilitar oportunidades de revisión de vida y de recuerdo; animar a expresar sentimientos, sueños, miedos, esperanzas, deseos y expectativas. Escuchar al adulto mayor cuando expresa una necesidad de encontrar sentido a una experiencia y responder a preocupaciones de la forma que se sienta más comfortable; animar al adulto mayor a ser autor de su propia vida, ayudarlo a hacer buenas sus metas. El adulto mayor es viviente historia capaz de dar origen a las páginas más hermosas del pasado y del presente: libro en el que todos debiéramos leer.

5. Pérdida de control

En un tiempo en que ocurren muchos cambios incontrolables, es importante para el adulto mayor el mantener control sobre áreas que son todavía manejables. Un adulto mayor competente puede mantener control sobre decisiones sobre el tratamiento a seguir, calidad de vida y sobre ser sometido o no a sostenimiento vital, siempre que sea adecuadamente informado. La forma en que llevemos a cabo las cosas puede contribuir o no a que el adulto mayor mantenga un cierto control. Es importante entender sus valores y animarle a tomar parte en las decisiones. Un adulto mayor puede estar acostumbrado a obedecer al médico y no hacer preguntas.

Normas culturales pueden afectar al proceso de toma de decisiones. Algunas culturas no promueven la autonomía y el adulto mayor puede dejar las decisiones en manos de otros. Es importante tener en cuenta que puede estar tomando decisiones no en su interés propio sino para evitar ser una carga emocional o financiera a la familia.

Para ayudar al adulto mayor a mantener su control se debe: siempre pedir permiso antes de hacer algo, respetar decisiones, animar a tomarlas, respetar los valores del paciente, animar al diálogo, facilitar la discusión entre los miembros de la familia.

6. Financiamiento

Las preocupaciones financieras constituyen un elemento adicional de sufrimiento para el paciente y la familia. Las dificultades financieras pueden afectar las oportunidades posibles de cuidado. Se debe informar de recursos que tengan un costo mínimo y de los programas asistenciales disponibles

7. El cuidador, la familia y el adulto mayor

La salud precaria, la dependencia, el aislamiento y la carga sobre el cuidador son factores que pueden llevar a un incremento en la vulnerabilidad al abuso y negligencia en las manos del que cuida. Si el familiar da el cuidado por obligación o coerción, la relación queda negativamente afectada. Puede fomentar resentimiento en ambos el cuidador y el adulto mayor. El resentimiento puede también ocurrir si el cuidador experimenta pérdida de empleo o disminución de salario debido a sus responsabilidades. Muchos cuidadores son también adultos mayores y frágiles, lo cual aumenta la carga. La falta de habilidades puede llevar a un cuidado pobre o abusivo.

Muchas instituciones no tienen adecuados recursos para proveer un cuidado efectivo al final de la vida.

4. Aspectos éticos (2)

a) Principios:

- **Autonomía:** Aceptar el derecho del adulto mayor a tomar decisiones y tratarlo con respeto y dignidad.
- **No maleficencia:** Cuando el adulto mayor está en el proceso de morir este principio puede requerir el no llevar a cabo dolorosas pruebas médicas, ya que no habría beneficio para el paciente.
- **Beneficencia:** El tratamiento que se elija debe tener potencial de ayuda al paciente, y los agentes de salud y el servicio social están moralmente obligados a proveer tal cuidado.

Justicia: Los profesionales de la salud deben tratar al adulto mayor igualitariamente y bien. No es aceptable recibir escasos recursos de acuerdo con características como el género o la raza. En algunas ocasiones puede haber conflicto entre los principios y es difícil decidir cuál principio debe prevalecer sobre el otro. Por ejemplo, qué decidir cuando el adulto mayor y la familia difieren en sus preferencias o cuando el adulto mayor quiere que se haga de todo con él irracionalmente.

Algunas preocupaciones con respecto a la ética basada en principios son: 1) está basado en una rigidez de reglas y principios; 2) puede presuponer un comienzo equivocado de reflexión ética; 3) no toma en consideración suficiente las circunstancias de la vida diaria y 4) tiene una base cultural y por lo tanto no es universal.

Algunos moralistas favorecen una aproximación casuística, que mantiene que los juicios morales están basados en el entendimiento de situaciones específicas; los principios deben surgir de los casos o situaciones que ocurren. Casos similares se usan como guía para ayudar a resolver problemas actuales.

Otra aproximación sugiere que el análisis ético debe hacerse en el mundo real más que basarse en principios abstractos; hay que ver el contexto que cada individuo es único, que miembros de diferentes clases sociales, raciales y el género razonan de diferente manera.

b) Decir la verdad

El adulto mayor tiene derecho a:

- Recibir información completa sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento; alternativas de tratamiento, riesgos y beneficios y entender las implicaciones de cada uno;
- recibir esta información de forma compasiva y no abrupta;
- recibir esta información, aunque no la haya solicitado.

- Excepción ‘Privilegio terapéutico’: no conocer la verdad, pues ésta puede causar un daño sustancial al paciente;
- Cuando la familia pide no informar al adulto mayor, debe estudiarse con cuidado, ya que a veces existen temores infundados;
- Procurar, cuando el diagnóstico es grave, informar al adulto mayor del mismo, en presencia de alguno de sus familiares, esposa o hijos.

c) Consentimiento informado

El adulto mayor requiere que:

- reciba la suficiente información para entender lo que implica cada decisión;
- tome decisiones de manera libre, basadas en sus valores personales y deseos;
- se le dé tiempo;
- se le anime a que formule preguntas;
- se le provea de soporte emocional y espiritual, y
- se le respete.

d) Decisión sustitutiva

Cuando el adulto mayor no es capaz de tomar decisiones, debe buscarse un sustituto. Para que una persona sea capaz de tomar decisiones debe ser capaz de entender la información y las consecuencias de su decisión. El sustituto debe tomar decisiones de acuerdo a los deseos del adulto mayor si los conoce. Para ello debe haber tenido conversaciones con él o que el adulto mayor haya expresado sus deseos sobre salud en un documento legal. Si no se pueden conocer los deseos del adulto mayor se debe actuar en lo que puede ser considerado el mejor interés para él.

e) Confidencialidad: protección del record de salud del adulto mayor

El agente de salud y los proveedores de servicio social tienen el deber de no revelar información a terceros que el adulto mayor no lo desee, incluido la familia. Mantener la confidencialidad es una forma de respetar la autonomía del adulto mayor y de promover la confianza y comunicación. Se requiere un lugar privado para discutir temas sensibles y la información debe mantenerse en lugar seguro. En algunas ocasiones es permisible e incluso obligatorio romper la confidencialidad: enfermedades transmisibles, enfermedad mental que puede causar daño a otros, situación de abuso.

f) Decisiones sobre tratamientos

El adulto mayor tiene el derecho de negarse a tratamientos de sostenimiento vital si no son curativos. La resucitación cardiopulmonar no es beneficiosa cuando el paciente es terminal o posee problemas médicos múltiples. En algunos casos la carga de hidratar artificialmente o de aportar nutrientes puede ser mayor que los beneficios, en el caso de pacientes terminales.

g) Aspectos éticos en el control del dolor

Es éticamente aceptable e incluso obligatorio paliar el dolor del paciente aun cuando pueda acortar la vida. Es importante reconocer que algunos adultos mayores pueden elegir aceptar un cierto nivel del dolor para evitar ser sedados.

h) Comités de ética

El papel de los comités de ética consiste en: asistir en la definición y clarificación del dilema; identificar opciones; hacer recomendaciones o sugerencias sobre cómo resolver el dilema. En la mayoría de las organizaciones las recomendaciones de los comités de ética no son obligatorias; la decisión depende en último caso de las personas implicadas.

5. El cuidado al final de la vida ⁽³⁾

Unir los conceptos del cuidado al final de la vida con los principios y prácticas de los cuidados paliativos y los proveedores de servicio social puede ofrecer al adulto mayor y su familia un espectro completo de oportunidades y opciones de tratamiento, apoyo y cuidado de la salud, que se extienda al periodo del duelo. El resultado final puede ser una mejor calidad de vida para el paciente y los cuidadores, libres de dolor innecesario, sufrimiento y discontinuidad en el cuidado.

El cuidado al final de la vida requiere una aproximación de compasión activa que trata, conforta y apoya individuos mayores que viven o se hayan en el proceso de morir de condiciones progresivas o crónicas. Tal cuidado, como ya decíamos al inicio, es sensible a los valores personales, culturales y espirituales, creencias y prácticas e incluye el apoyo a la familia y amigos hasta el periodo del duelo.

1. El cuidado de los cuidadores

Cuidar al adulto mayor al final de la vida puede causar estrés, pero muchas veces es una experiencia que reconforta. Ofrece oportunidades para demostrar amor y afecto, para potenciar la unidad y mejores relaciones en la familia, para reflexionar sobre el significado de la vida, el crecimiento personal y el autoconocimiento.

La mayor parte del cansancio del cuidador proviene de factores como la falta de tiempo personal, el tener que trabajar adicionalmente, y además los problemas de comportamiento que se producen en el paciente. Los cuidadores necesitan mejor apoyo del que normalmente reciben. Es importante reconocer que hay una diferencia entre el cuidador familiar y el profesional.

2. El duelo

El duelo es una reacción compleja emocional, cognitiva y perceptiva que acompaña la pérdida. Envuelve la separación dolorosa de alguien o algo que hemos amado mucho y duele profundamente. El duelo puede ocurrir antes y después de la muerte. La preparación psicológica y social previa a la muerte puede disminuir el impacto de la muerte y sus consecuencias. Es la vivencia de la separación de una parte de la vida a la que uno estaba existencial y espiritualmente

apegado.

La recuperación después del duelo es el componente final, en cuanto sobrevivir la muerte de una persona amada y encontrar significado y propósito en la vida después de la muerte.

En la experiencia de la recuperación, después del duelo, hay diferencias de género. En la viudez, la mujer sufre más de depresión y visita más al médico, puede expresar mejor sus emociones, busca apoyo social. El hombre corre mayores riesgos de problemas de salud: suicidio, enfermedades cardiovasculares, accidentes, alcoholismo; evita confrontar sus sentimientos, habla menos de sus pérdidas y busca menos apoyo social.

3. Factores asociados con la depresión en el duelo en el adulto mayor

- Sentido de culpabilidad.
- Pensar que estaría mejor muerto o debería haber muerto con la persona fallecida.
- Sentirse indigno.
- Retardo psicomotor marcado.
- Experiencias alucinatorias de ver transitoriamente la imagen de la persona fallecida.

4. Características de los agentes de salud proveedores de servicio social en el cuidado al final de la vida

Los agentes de salud y los proveedores de servicio social experimentan estrés emocional diariamente como resultado de experimentar la muerte progresiva del adulto mayor y su enfermedad.

Se puede obtener, sin embargo, satisfacción por el trabajo en los cuidados paliativos: valorar a cada individuo, experimentar la reciprocidad de dar y recibir en las relaciones, tener una buena comunicación con verdadero sentido y significado y ayudarse mutuamente, sentirse próximo al adulto mayor y compartir parte de lo que uno es; la oportunidad de hacer diferencia en la vida de otro.

Ayudar al adulto mayor a lograr la salud óptima capacitándolo para hacer todo lo que es capaz de hacer; ser capaces de dar opciones a los pacientes, reconociendo que ellos dirigen sus propias decisiones, así como, de personalizar el ambiente del hospital de forma que los pacientes puedan sentirse más en su casa.

Asistir a las familias de los pacientes para que aprendan a enfrentarse al cuidado de un familiar que se está muriendo en casa, aprendiendo, al mismo tiempo, de los pacientes y familia. Ser capaz de proveer a las familias de buenos recuerdos en medio de tiempos difíciles. Ayudar al paciente a encontrar significado al sufrimiento. Oportunidad de aprender habilidades y a desarrollarse como persona. Tener buenas relaciones y el apoyo de los colegas. Evaluar la propia mortalidad y sobre todo, examinar el significado de la vida propia.

6. **Espiritualidad**⁽⁴⁾

La espiritualidad significa algo diferente para cada persona. Al final de la vida, la espiritualidad puede ofrecer sentido y propósito a algo que de otro modo lo desafía. No solamente puede ayudar al adulto mayor, también es importante para el cuidador, la familia, el profesional y el voluntario, para ayudarlos a entender mejor la enfermedad y el significado del sufrimiento. En el contexto de la espiritualidad, uno aprende a reconocer el miedo a morir y asumir la realidad del decaimiento físico.

La espiritualidad puede ofrecer ayuda para encontrar lo que es permanente en un mundo que siempre cambia. Nos ofrece capacidad para perdonar. Nos ayuda a librarnos de la ansiedad acerca de lo que uno deseó pero no pudo vivir y acerca de los aspectos de la muerte que son temidos. Así como, a encontrar alegría en las relaciones con la familia y amigos del pasado y del presente. A experimentar, con humildad, satisfacción por lo conseguido y a tener esperanza en el Absoluto.

1. Desarrollo espiritual y envejecimiento

El desarrollo espiritual debe entenderse en el contexto del desarrollo integral, en el desarrollo de la personalidad a través de la vida, en el crecimiento más que en el decaimiento.

Un envejecimiento saludable incluye resolver el conflicto entre la integridad y la desesperanza, contribuir al desarrollo de la fortaleza de la sabiduría. La sabiduría mantiene y aprende a lograr la integridad en la vida, a pesar del declinar de las funciones corporales y mentales. Resolverlo es importante tanto para el crecimiento espiritual como psicológico. Adquiere importancia, en esta etapa de la vida, reflexionar sobre los valores que uno ha mantenido y defendido desde la infancia.

Nuestros sistemas de referencia y puntos de vista, que están hechos de creencias, actitudes, opiniones, sentimientos y juicios, quedan afectados según como damos sentido a la experiencia para guiar nuestras acciones. Se requiere un proceso de transformación del individuo y de la sociedad para desarrollar y promover un modelo integrado y saludable del envejecimiento que incorpore el bienestar físico, social, psicológico y espiritual.

2. Los funerales

Estos, incrementan el sentido de la realidad de la muerte, proveen una ocasión pública legítima para expresar y validar el duelo, proporcionan evidencia del valor del adulto mayor que falleció, apoyo social para los supervivientes, predictividad y organización en medio de una situación a veces incontrolable, una oportunidad para reflexionar sobre nuestra propia mortalidad, reafirman la identidad étnica o religiosa, enfatizan la cohesión de la familia, recuerdan a los sobrevivientes que la vida continúa, reafirma el orden social, ayudan a los niños a aprender acerca de la muerte y acerca del amor y apoyo que los seres humanos pueden darse entre sí en tiempos de crisis, son imagen de los valores y expectativas de una sociedad, proveen una oportunidad para examinar la

naturaleza de la vida dentro de un grupo cultural.

En síntesis, los aspectos del duelo son: reconocer la realidad de la muerte, expresar la tristeza, recordar a la persona que murió, desarrollar un nuevo sentido de identidad, recibir apoyo de otros.

7. El contexto cultural en el cuidado del adulto mayor (5)

La aproximación de la muerte lleva consigo valores y prácticas de origen culturales importantes a considerar, por ello en el cuidado del adulto mayor se debe: fomentar una atmósfera donde la expresión de la cultura es favorecida y celebrada; prevenir que ocurran situaciones que perturben al adulto mayor y familia; ayudar a asegurar el cuidado óptimo centrado en la persona.

1. Filosofía del cuidado paliativo: influencia cultural

La filosofía del cuidado paliativo está basada en la creencia que los individuos son personas únicas, valoradas en sí mismas hasta el momento de su muerte. Los deseos y necesidades de las personas deben ser respetados. Ciertos componentes importantes de la filosofía del cuidado paliativo pueden estar influidos por la cultura en términos de creencias, expectativas y familiaridad. Estas incluyen: el concepto de adulto mayor y familia como unidad de cuidado, aspectos físicos del cuidado incluyendo el control de síntomas, apoyo psicológico, dimensión ética y de valores, toma de decisiones y metas del cuidado, procesos del cuidado, expresiones de duelo y rituales.

2. Influencia de la herencia cultural en la práctica del cuidado

En lo que se refiere al control del dolor, la cultura puede influir en: la aceptabilidad de la expresión de dolor físico, la manera de expresar el dolor, el significado que se le da al dolor físico y al sufrimiento. En muchas ocasiones hay prejuicios contra el uso de analgésicos de tipo opiáceo por miedo a que altere la mente, cree adicción o sea mal visto. Adquiere importancia en este contexto el toque físico. Es importante considerar quién puede tocar a quién y en qué contexto (en algunas culturas el hombre no puede tocar a la mujer), que mano se usa (algunas culturas usan la mano derecha y la izquierda con diferentes funciones), si se puede tocar para proporcionar apoyo emocional, si ha de estar presente o no un familiar. La privacidad física, por ejemplo, puede ser muy importante para el adulto mayor en ciertas culturas. Para los musulmanes es importante poder encarar la Meca. En lo que se refiere a la nutrición, es importante considerar los tipos de comida que pueden ser comidos, quien puede preparar y servir la comida y de que forma, las prácticas habituales en el proceso de comer. En cuanto a las prácticas del aseo personal, las formas de baño, higiene y limpieza y finalmente otras terapias complementarias: plantas, masajes, rituales, oraciones, cantos, otros.

3. La comunicación

La variabilidad en el valor cultural que se da en decir la verdad al adulto mayor acerca de una enfermedad incurable puede ser una de las áreas más problemáticas del cuidado. Para algunas

culturas no se debería decir la verdad al adulto mayor ya que solo serviría para molestarlo y hacerle perder esperanza. También depende de cada familia.

Un obstáculo grande se da cuando no se comparte la misma lengua. No todas las culturas hablan y comparten las emociones de la misma manera. También hay diferencias en las comunicaciones no verbales. Aun hablando la misma lengua, cuando esta es la segunda lengua para los dos, es posible que aun pronunciando bien los mismos vocablos, no incluyan los mismos contenidos psicológicos, ni los mismos significados.

En lo que se refiere a la familia y los amigos, pueden tener diferentes papeles en las diferentes culturas. Por ejemplo, puede variar: quien tiene la autoridad, lo que se espera del género, quien toma las decisiones, quien puede participar en encuentros familiares. Las culturas tienen diferentes expectativas sobre la calidad del cuidado de los agentes de salud y los proveedores de servicio social.

Citas

1 Cfr. National Advisory Committee Canada. The Interdepartmental Division of Geriatrics, Faculty of Medicine, University of Toronto. The School of Nursing o Health Sciences, University of Ottawa. 2000.

2 Cfr. 'Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad', en Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, Madrid, 8-12 abril 2002.

3 Cfr. 'Una sociedad para todas las edades' en Primera reunión del Comité Técnico de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 13-16 de junio del 2000. Frankfurt (Alemania).

4 Rodríguez Yunta E. Espiritualidad del sufrimiento del enfermo de cáncer, Ed. Fundación Cultural Nacional Maximiano Errázuriz V. Santiago de Chile 2002 y Schafer Philipp. Spiritualità derlla terza età, Ed. Queriniana, Brescia (Italia) 2001.

5 Cfr. Sgreccia, E. Anzianità e valori. Ed. Vita e Pensiero. Università Cattolica del sacro Cuore, Milano 1991.