

ENFERMEDAD TERMINAL Y VEJEZ

José Javier Soldevilla Ágreda

INTRODUCCIÓN

La muerte es descanso para muchos, especialmente para aquellos que han tenido la fortuna de vivir muchos años y en ese tránsito quizá acostumbrarse a despedirse de muchos seres queridos. La muerte es descanso para todos aquellos que han agonizado durante décadas, aferrados a una vida limitada en espacio y no tanto en tiempo. La muerte es descanso, nunca manifestado, para familias que han soportado la lucha de enfermedades largas, devastadoras para el cuerpo y el recuerdo del ser cuidado. La muerte es reclamada a voces por muchos que sufren esa calamidad y a veces hasta celebrada con frases hechas cuando aquel se va. La muerte es algo natural, especialmente cuando el que le da la bienvenida es alguien que no cumplirá los ochenta o noventa años y en ese caso, también se suaviza que la causa sea una enfermedad más o menos patente, con nombre definido, que una muerte por reloj biológico, por propia vejez, aunque esto se anticipe unos años a ese máximo que nuestros cuerpos tienen capacidad de sobrevivir.

En cualquier de estos casos, las más de las veces, la muerte se ve de la manera más natural, menos ebria de sollozos inconsolables, menos descorazonadora que en otro cualquiera de otra edad. No quiero decir que no provoque tristeza y dolor, pero sin la estridencia afectiva de otras situaciones. Incluso el propio individuo mayor las más de las veces, cuando no invoca, recibe de forma más serena esa llamada, para la cual, aunque nunca lo confesara en sus conversaciones, estaba preparándose.

Fijense que un fenómeno como el de la muerte, negado, alejado, ocultado con todo su genio por la Sociedad que nos acoge, hasta se vuelve comprensible, no peca excesivamente de mal gusto cuando el finado es un anciano. Es ley de Vida. Es el ciclo natural, independientemente de que ese

ser mayor haya muerto de un proceso fulminante, de “viejo” o realmente aquejado de un cortejo sindrómico que cumple casi todos los patrones esgrimidos para calificarlo académicamente de proceso terminal.

Con esta premisa. Con una atmósfera de sosiego voy a tratar de hacer, de una forma poco convencional, una aproximación a distintos aspectos que envuelven esta situación para muchos inexistentes, como es la enfermedad terminal en el viejo. El mismo cáncer se maquilla cuando, como veremos, el sujeto elegido es alguien que todos consideramos una persona mayor, catalogación que como otras cosas apuntadas en nuestra Sociedad ha visto variar sus asignaciones, desplazando a edades cada vez más avanzadas esa particular forma de filiar a este grupo de población.

LA VEJEZ Y LA MUERTE

Decía García Lorca, “la muerte es la pregunta de las preguntas”. La búsqueda del ser humano, el único consciente de su propio envejecimiento y de la muerte como fenómeno biológico y universal no ha cesado desde el comienzo de los tiempos. Buscar respuestas para la Muerte, su “después”, su evitación, ha condicionado culturas y religiones, y todavía hoy nos coloca, como realidad individual y subjetiva ante una situación ineludible que se acompaña de soledad.

Los sentimientos de temor, aprecio sereno, esperanza o desprecio estoico hacia la muerte han sido los más frecuentes y reiterados a lo largo de la existencia del ser humano y frente a ellas postuladas actitudes:

- La muerte eludida, que busca eliminar nuestra preocupación por ella confiando en que el progreso resolverá (“Como no me he preocupado de nacer, no me preocupo de morir”. F. García Lorca).
- La muerte negada, despidiéndote de la vida como si tal cosa (“La vida es como una obra de teatro. Si te aburres, te sales”. Seneca)
- La muerte apropiada, como compañera continua que ayuda a conformar nuestra existencia desde el momento que nacemos (“Así como una jornada bien empleada produce un dulce sueño, así una vida bien usada causa una dulce muerte”. Leonardo da Vinci).
- La muerte absurda, privando a la vida de todo significado.

Es improbable que esta Sociedad, donde la aspiración de manipular y controlarlo todo es su máxima, acepte la muerte como algo natural y la negación de los valores en los que se ha ido apoyando.

Al igual que la muerte, la vejez, para muchos es más que un valor, un anti-valor y la negativa, una expresión de comportamiento. La esperanza de vida se ha incrementado notablemente coqueteando con el límite biológico de la especie humana, y esta larga vida le proporciona al individuo una cercanía con la enfermedad y por tanto con la muerte que para el común de los habitantes, facilita la mentalización y aceptación del proceso, siendo menor la sensación de tragedia por esa muerte, apoyada en la falta de rol social-laboral que el anciano cobra en este modelo social, el cual ya se encontraba desde hace años “un poco muerto”.

El prisma del anciano

Antes apuntaba que el sosiego quizá fuera una buena expresión para tildar el final de la vida en la mayor parte de los ancianos, como también para afrontar el duelo que más tarde trataremos, aceptando el veterano algunos de los postulados que acabamos de mencionar.

Hay una suma de pérdidas a lo largo de la vida que rompe poco a poco nuestras conexiones biológicas y afectivas con ésta, afligiéndonos y matándonos un poco.

En la medida que nos hacemos mayores perdemos más: a los hijos del hogar, un papel destacado en la sociedad, vitalidad hasta conducirnos a la fragilidad o dependencia. Dice Fernando Gomez-Busto, que de este modo se habría producido “la Muerte del Deseo que llevaría a la Muerte Social hasta que llegue la Muerte Física. Quizá por tanto, no sea tanto la idea de la “Muerte” como la de “Pérdida”, lo que aflige al anciano”.

Pero, la negación de la muerte que impera en nuestra sociedad no pasa de largo de este grupo y aún siendo un proceso individual hay muchos factores subjetivos especialmente del moribundo, del anciano, que van a trazar esta visión.

La cultura impregna la conciencia individual y comparte que el hecho de morir acontece como algo natural. Morimos porque envejecemos y envejecemos aunque no enfermamos. Pero la amenaza de soportar una vida finita lleva a la sociedad a un estado de frustración que parece suavizarse con la edad.

Una variable importante en la visión de la muerte para el adulto mayor pasa no obstante por el tipo de enfermedad que la provoca, la presencia o ausencia de dolor y especialmente la pérdida de autonomía y conciencia que pueda acompañarla.

La circunstancia del fallecimiento, como desenlace esperado o muerte traumática, el lugar de ese hecho y el tipo de asistencia recibida en ese tran-

ce, tanto a nivel técnico, como afectivo, humano, comunicativo, para el mismo como para sus familiares, van a dibujar una visión con tintes muy distintos y que seguro otras personas más jóvenes no trazarían así.

La actitud ante la muerte se completará casi con seguridad con la experiencia vital de cada individuo, poco homogénea, sus convicciones, sus creencias religiosas, todas ellas capaces de influenciar una pauta de conducta.

Visión del profesional

Desde el punto de vista del observador de la muerte. Si la Sociedad misma entiendo que ha sido permisiva con la presencia evidente de la muerte para los más mayores de nuestra comunidad, la suavidad de la proximidad de una muerte anunciada, también este mismo crédito va a habitar en una parte importante de los profesionales encargados de su cuidado.

La naturalidad de contemplar un proceso como tal, a priori lo siento como una gran ventaja que me facilitará un acercamiento menos compungido, y por compungido menos pleno, pero precaución. No es ajustado a derecho que por considerarse algo tan normalizado, no se preste la atención especializada y específica que un proceso de terminalidad cobra y antes que todo ello, participando en un tipo de muerte más lenta, aquella que margina al mayor sumiéndole en el aislamiento y la soledad (“Nadie más muerte que el olvidado”. G. Marañón).

Se me antoja interesante un recordatorio a los profesionales sanitarios y exquisitamente a aquellos que tienen en sus manos el cuidado del grupo de los más mayores. Los ancianos siguen siendo “entidades biopsicosociales” con muchas más heridas emocionales, carencias afectivas y conflictos internos que influyen en su grado de equilibrio, armonía, en una palabra, bienestar. Conocemos la plenitud de vida y esperanza que llena la vida de una persona sana y como se desploma cuando enferma y su código de valores humanos cambia. Nuevas emociones, la intuición, la información, la lógica y la ciencia, las creencias y las nuevas experiencias ayudan a forjar esos nuevos valores humanos. ¿Qué sucede con la escala de valores de una persona anciana y enferma al tiempo? Los profesionales a menudo, embebidos por la naturalidad mal entendida del proceso de envejecer y en ellos hasta de enfermar, pasamos ajenos a la dramática situación que puede existir. El estado emocional del anciano ha de orientar la actuación de los profesionales que le cuidan en salud o enfermedad en relación con la toma de decisiones.

El anciano enfermo tiene emociones, sentimientos, deseos que cambian como en el resto de población también a diario y son los ingredientes del año-

rado grado de bienestar que disfrutan. ¿Estamos preparados para resolver con mínima eficacia y diligencia problemas emocionales como el miedo, la desesperanza, la soledad, el verse rechazado, incluso antes?, ¿estamos preparados para detectar a menudo en seres inexpresivos o incapaces de manifestarse por cauces normales, que algo está alterado?

Entrar de pleno en el mundo de las emociones precisa definir las. Conocer las características y propiedades de las emociones del mayor, alejando estereotipos que han puesto demasiadas sombras en nuestro camino, ayudarán a nosotros, los profesionales a manejar constructivamente las nuevas situaciones de la vejez antes, de la muerte anunciada más tarde, con el menor impacto negativo. Una recomendación que hacemos a menudo los gerontólogos se hace obligada como prólogo a una intervención adecuada con el mayor como protagonista: ¿has identificado tus propios sentimientos frente a la persona que tienes el encargo de ayudar?, ¿has catalogado tus emociones?, ¿has anticipado como herramienta terapéutica como crees que será tu propia vejez y muerte?. De este modo y a pesar del anunciado sosiego que acompaña habitualmente a la muerte del anciano, estarás en mejores condiciones de ayudar.

La vida afectiva, relacional y espiritual recuerda Jaime Sáenz (2000), conforman la “vida biográfica” de la persona, única e irrepetible. La vida biológica solo representa apenas el 25 % del ser humano como persona y además es compartida y común con el resto de los de su especie. El 75 % restante corresponde a su vida biográfica, específica, distinta y única para cada persona. Cuando la persona envejece o enferma lo hace de forma integral, no por parcelas ni plazos, quedando afectados todos los componentes del ser humano y cada uno de éstos reclamando sus propias necesidades, físicas, emocionales y sociales. Todo acercamiento con fines terapéuticos, paliativos o de armonización ante el envejecimiento, han de integrar estas inseparables facetas. Nuestra formación, quizá nuestra deformación profesional, a menudo hace que focalicemos toda nuestra energía científica a un solo componente, ignorando el resto, condenando irremediablemente a la ineficacia.

Sin duda que es más difícil afrontar el encargo de cuidar de las necesidades emocionales. El grado de dominio de nuestros sentimientos nos posiciona hacia un terreno de competencia, o como observo, de alejamiento, ciñendo nuestra vista y actuación a esferas exclusivamente físicas.

FASE TERMINAL DE LA ENFERMEDAD EN EL MAYOR

El anciano en fase terminal de su enfermedad es aquel que presenta un proceso agudo o crónico, de diagnóstico certero, con ausencia de un trata-

miento específico, síntomas múltiples y cambiantes y gran impacto emocional para el y su familia, con situación clínica irreversible y, aún con la dificultad que entraña establecer un criterio cronológico de terminalidad, muerte prevista en un plazo breve de tiempo (¿en torno a los seis meses?).

El cáncer es una enfermedad enormemente presente en la población añosa, aumentando su incidencia con la edad, pero existen en el anciano otros diversos procesos no oncológicos de larga duración que cobran esas características admitidas para la enfermedad terminal, y por tanto, candidatas a ser incluidas en programas de cuidados paliativos.

Antes de profundizar en el propio proceso de final de vida, quizá sea el momento de recordar algunas de las características del anciano que le son dadas por su edad avanzada y que orientará la aproximación e intervención de los profesionales sanitarios en cualquier situación del proceso salud-enfermedad.

El límite establecido en este eje, salud y enfermedad, se diluye hasta llegar a extremos donde es imposible catalogar adecuadamente qué corresponde a la normalidad de un cuerpo viejo y que ha de considerarse síntoma o signo de un proceso patológico. El refugio de esta delicada frontera se encuentra en el conocimiento de esos cambios morfológicos, psicológicos y funcionales que acompañan a la edad y que de entrada justifican presentaciones que peligrosamente pudieran considerarse terreno de la enfermedad. El mantenimiento de ese equilibrio inestable en el que se encuentran la gran mayoría de los mayores, especialmente los más longevos, va a ser la gran meta de todos los encargados de su cuidado, alejando de nuestra mente la fácil ecuación que aglutina a menudo vejez y enfermedad y lo que de ella deriva.

También la forma de enfermar del anciano es diferente y las características de la enfermedad atípicas, con muchos síntomas de difícil reconocimiento (incluso “elementos de confusión”) si se siguen los parámetros aprendidos para otros grupos de edad. La pluripatología o coincidencia de varios procesos de enfermedad simultáneamente, la consecuente plurifarmacia y la tendencia a la cronicidad e invalidez, encabezan la serie de fenómenos habituales en la enfermedad del anciano y de la que pueden obtenerse los primeros dictados para una aproximación efectiva, articulando obligatoriamente una valoración multidimensional exquisita y planteando una atención integral que aleje o retrase la devastadora repercusión funcional que suele acompañar a la enfermedad.

Dadas las implicaciones inmediatas que especialmente el proceso neoplásico puede condicionar en el anciano, sobremanera, el mayor deterioro funcional, recordar la utilidad de utilizar dentro de la valoración geriátrica exhaustiva, junto a escalas validadas, herramientas básicas en el proceso de

detectar y cuantificar capacidades físicas, cognitivas, funcionales y sociales del mayor (Tabla 1), dos escalas específicas utilizadas para evaluar el estado general del paciente con cáncer y con ello a menudo aventurar la esperanza de vida: La Escala de Karnofsky (pacientes con puntuación de 50 o menos, tienen un grave riesgo de fallecer durante los seis meses siguientes) (Tabla 2) y el Índice del Eastern Cooperative Oncologic Group (ECOG) (Tabla 3).

Tabla 1. Algunas Escalas de uso frecuente en la Práctica Geriátrica

Escalas de Valoración Funcional

- Escala de Barthel
- Índice de Katz
- Índice de Lawton y Brodie
- Índice de Incapacidad Física de la Cruz Roja

Escalas de Valoración del Estado Mental

- Mini Mental State : Pfeiffer
- Mini examen cognitivo de Lobo
- Behave-AD
- Geriatric Depression Scale
- Escala de Depresión de Yesavage

Escala de Valoración Social

- OARS
- Family Apgar

Tabla 2. Índice de Karnofsky

- 100. Asintomático
- 90. Síntomas y signos menores de enfermedad
- 80. Actividad normal con esfuerzo
- 70. Incapacidad para realizar actividad normal, pero se ocupa de sí mismo
- 60. Asistencia ocasional para sus necesidades personales
- 50. Requiere considerable asistencia y cuidado médico
- 40. Incapacitado, requiere cuidados especiales
- 30. Severamente incapacitado y requiere hospitalización

- 20. Muy enfermo, necesita tratamiento de apoyo
- 10. Moribundo
- 0. Muerto

Tabla 3. Índice del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

- 0. Totalmente activo, sin limitaciones
- 1. Limitación para la actividad física extraordinaria, pero puede trabajar
- 2. Limitado para trabajar, aunque es independiente para el autocuidado
- 3. Limitado para autocuidado, confinado a cama o sillón
- 4. Severamente incapacitado, totalmente dependiente para autocuidado
- 5. Muerto

Aceptar la muerte

He anunciado que con el respeto que debe la generalización, la muerte para el anciano tiene menos visos de tragedia y parece menos injusta que cuando llama a la puerta de un joven. Esto por el contrario, no significa que renuncien a la vida, pero sí, con la suficiente información, a las tentativas inútiles para prolongarla.

Wilson Astudillo cita algunos de los elementos que pueden facilitar la adaptación del anciano a la muerte:

- El buen control de sus síntomas
- El ayudarles a dejar en orden sus asuntos pendientes
- Que conozca la verdad, si lo desea
- Que pueda despedirse
- La compañía de sus seres queridos
- Ayudarle, como apunta Nuland, a “vivir cada día como si fuéramos a permanecer en la tierra para siempre”.

La aceptación de la muerte por parte del anciano pasa por la preservación de la dignidad ante este proceso, y que el filósofo López Aranguren (1992) retrata con maestría y con enorme sencillez, como legado didáctico a los que participamos en el habitual cuidado de los más mayores y de los moribundos:

“Dignidad equivaldría a la valoración de la propia muerte por los demás y ante los demás. La muerte sería un espectáculo en que nos morimos para los demás y al que habría que pedir tan sólo cuatro cosas: que sea un espectácu-

lo decoroso, que no desdiga de lo que fue nuestra vida, que lo sea en compañía y que lo sea en el propio entorno”.

EL CÁNCER EN EL ANCIANO

El hecho de envejecer supone un factor de riesgo para padecer un proceso tumoral y este hecho en los países desarrollados supone la segunda causa de muerte para los mayores de sesenta y cinco años, después de las enfermedades cardiovasculares.

Puede cifrarse que aproximadamente el 60 % de todos los tumores malignos y el 70 % de las muertes debidas a ese diagnóstico, anidan en personas mayores de 65 años.

En Europa se estima que una de cada cuatro personas muere de cáncer y una de cada tres llega a padecerlo.

Datos del Sistema Nacional de la Salud (1997) apuntan que el diagnóstico de cáncer se incluye en el 12 % de los diagnósticos al alta y que el 50 % de éstos se centra en la población mayor de 65 años, constituyendo las neoplasias, por su frecuencia, el cuarto diagnóstico al alta hospitalaria.

Existen nexos que unen cáncer y envejecimiento con mecanismos explicativos siempre multifactoriales, tales como:

- Periodo de tiempo más prolongado a diferentes agentes potencialmente cancerosos
- Mayor susceptibilidad de las células envejecidas a la exposición carcinogénica
- Aumento de la dificultad con la edad de reparar las células dañadas
- Las alteraciones del sistema inmune con la edad favorecen una función defensiva menos efectiva ante procesos tumorales.

Curiosamente, diversos estudios del U.S. National Cancer Institute destacan la disminución de la mortalidad por cáncer en los últimos años en adultos menores de 54 años, pero un aumento en los mayores de 65 años, lo que nos obliga a una reflexión sobre la evaluación diagnóstica y la actitud terapéutica ante estos casos.

Creencias mantenidas en el tiempo se desvanecen a nuestros pies. Salvo en algunos tipos concretos de cáncer (mama o próstata) éste se comporta igual en cuanto a agresividad que en otros grupos de pacientes más jóvenes, incluso, algunos tipos como el melanoma lo hace de forma más incisiva en el anciano.

Mayoritariamente, los tumores malignos en las personas mayores crecen al mismo ritmo y siembran metástasis en los mismos lugares que en otros grupos.

Ante estas evidencias se hace insostenible que tradicionalmente se sigan excluyendo de la mayoría de ensayos clínicos sobre tratamiento quirúrgico o farmacológico de procesos tumorales a los mayores de setenta años. Como recoge un estudio extenso de casi 23.000 tumores recogidos en el New Mexico Tumor Registry, la proporción de casos en los que se intenta algún tratamiento potencialmente curativo, especialmente con cirugía, disminuye con la edad, aumentando el porcentaje de sujetos no tratados en el grupo de los mayores.

No cabe duda que la valoración multidimensional, aproximando la situación global del paciente, enfermedades asociadas, complejidad perioperatoria llegado el caso, incluso la técnica quirúrgica, van a ser elementos base en la toma de decisiones, sin duda más dificultosa y sensata que en el grupo de jóvenes, pero no excluyente.

El proceso de toma de decisiones en el paciente mayor con cáncer, Cruz Jentoft lo dibuja con acierto como una balanza, en la cual habrá de contraponerse la esperanza de vida de esa persona, las posibles complicaciones derivadas del tratamiento y la calidad de vida estimada, frente a las posibilidades de curación, esperanza de vida esperada, complicaciones y calidad de vida con cada una de las opciones terapéuticas disponibles.

Las dificultades diagnósticas más importantes seguramente radican en:

- La distribución diferente de los distintos tipos de tumores en el anciano
- La habitual coexistencia de otras enfermedades concomitantes
- Sintomatología “caprichosa”, “atenuada” y con mucho menos valor para sospechar proceso tumoral (por ejemplo el llamado “síndrome constitucional”).
- Las dificultades de comunicación con el anciano, que por desconocimiento prescinden del testimonio del paciente o en casos, obligan a mediaciones familiares y de otros cuidadores.
- Y muy especialmente, y aunque paradójico por la alta incidencia de estos procesos, la infravaloración de los estudios en el anciano.

La edad en si misma nunca debe constituir una barrera para avanzar en la valoración.

Las posibilidades que hoy ofrecen la cirugía, quimioterapia y radioterapia son equivalentes a las que se asignan a la población más joven.

Es necesario hacer referencia a la repercusión psicológica del conocimiento de la enfermedad neoplásica que según diversos estudios puede ser mucho mayor que en otros grupos de edad, pudiendo derivar en trastornos afectivos y psíquicos graves tales como depresión, ansiedad, aislamiento, pérdida de autoestima, de indudable valor pronóstico, y lo que hace etiquetar a estos pacientes ancianos como de elevado riesgo.

La información al paciente anciano y a su familia, el respeto por la opinión del paciente, el obligado consentimiento informado y el planteamiento conjunto de las opciones terapéuticas contribuyen a un menor impacto del proceso tumoral.

ENFERMEDADES NO ONCOLÓGICAS COMO TRAMO FINAL DE LA VIDA

No solo el anciano con patología oncológica ha de ser candidato a Cuidados Paliativos dentro de los diferentes modelos básicos de atención al moribundo desarrollados con desigual entidad en nuestro país.

El estado de incurable en el anciano no siempre lo describe la naturaleza de la enfermedad causal, a menudo difícil de enunciar y mucho más de jerarquizar por la coincidencia de varios procesos, sino más bien por las alteraciones que acompañan globalmente al paciente, las posibles complicaciones y el estado de deterioro funcional que conlleva.

Entre los procesos no oncológicos más habituales, que por sus características, larga evolución o simultaneidad deben conllevar una atención paliativa podemos citar:

- Insuficiencia de órganos irreversibles: corazón, pulmón, hígado o riñón.
- Enfermedades neurológicas degenerativas avanzadas: Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson,...
- Accidentes Vasculares Cerebrales no recuperables, complicados y con gran incapacidad
- Síndrome de Inmovilidad irreversible
- Fracaso multiorgánico

Estos procesos suelen tener ciertas diferencias con la patología oncológica, expresada por una mayor irregularidad en su evolución (a pesar de la heterogeneidad común en el individuo anciano) y la dificultad de establecer un pronóstico, ya que es a menudo la acumulación de varios problemas, que aisladamente no tendrían dificultades para ser solucionados, los que convierten la situación en irreversible.

Algunos de los ancianos que se encuentran en esta circunstancia encajan en una definición clásica en el ámbito gerontológico como es la de “anciano frágil”, el cual puede verse abocado a su situación de terminalidad por un “acontecimiento gatillo” (fractura de cadera, infecciones, ACVA,...) seguido de otras complicaciones, incluso menores, que llegan a hacer claudicar su capacidad de remontar, por agotamiento de su reserva biológica.

ASPECTOS PSICO-SOCIO-CULTURALES A CONSIDERAR EN EL ANCIANO TERMINAL

MM Ross y su equipo (1994) recogieron datos sobre una cuarentena de enfermeras que trabajaban en la comunidad en el Reino Unido, permitiéndole describir un contexto tipo del enfermo terminal geriátrico:

- En general, el anciano afronta la muerte con la experiencia de toda una vida en la que apoyarse.
- En general, el anciano acepta mejor la muerte que el joven.
- La presencia de pluripatología determina en el anciano terminal un grado de fragilidad no comparable con el joven en situación terminal.
- En general, el anciano tiene menos apoyo social y familiar, y además el propio anciano tienen diferentes expectativas respecto de su necesidad de ser asistido.
- En general, el anciano es menos consultado sobre decisiones terapéuticas.

Podría completarse este contexto, seguramente válido para nuestros mayores en situación de terminalidad, con otros elementos a considerar entre los aspectos psico-socio-culturales y que no pueden obviarse en ese acercamiento obligado:

- Grado de aceptación o no del diagnóstico (¿la verdad?)
- Nivel de pérdida en las capacidades funcionales
- Pérdidas en:
 - El control del proceso
 - La adaptación al medio
 - La independencia
 - Diferente aceptación de la muerte
 - Valoración del dolor

No pasan inadvertidas las connotaciones culturales que llevan a nuestra Sociedad a construir mitos y prejuicios muy elaborados, tanto entre los propios ancianos como entre los profesionales sanitarios, exponentes del resto de la comunidad y que Castellote (1997) recoge así:

“Entre los ancianos:

- El cáncer se trata de una enfermedad epidémica consustancial a la edad
- En cuanto a su etiología, unos piensan que es contagioso, otros creen que es causado por lesiones accidentales, otros por el estrés, etc.
- Una vez contraído, es demasiado tarde; siempre es incurable incluso si el diagnóstico es precoz.
- La aparición de síntomas como anorexia, fatiga y pérdida de peso se interpretan como relacionados con la edad o con otras enfermedades, no con padecerse cáncer, salvo que se tenga dolor.
- El tratamiento antineoplásico es peor que la propia enfermedad.
- La creencia de que si el anciano sabe que tiene cáncer, se volverá deprimido y desesperado.

Entre el personal sanitario:

- Los ancianos son rígidos, intratables y tienen enfermedades incurables.
- En anciano es una mala fuente de información y poco interrogable.
- Atribuir síntomas precoces a la edad o a otras enfermedades coexistentes.
- El diagnóstico, una vez obtenido, siempre llega demasiado tarde. Los ancianos no sienten dolor y lo toleran mejor. Los opiáceos causan adicción y distorsión mental.”

EL DUELO EN EL ANCIANO

Por las diferencias que en el anciano puede tener este proceso de transición hacia una nueva identidad, como define el duelo Magdalena Pérez, voy a dedicarle un breve espacio.

El duelo como experiencia puede conjugar reacciones de distinta índole, físicas, espirituales, cognitivas que no siguen un patrón determinado y no es gradual ni lineal. Para cada persona la pérdida cobra un significado distinto y quizá no fuera correcto, por tanto, hablar de un proceso de duelo normal, o con qué criterios calificarlo de patológico, según la intensidad y duración de las reacciones.

Ser mayor puede influir de forma importante en el modo en que éstos se enfrentan al dolor que acompaña la pérdida de un ser amado, hasta sugerir a menudo, las ideas sociales imperantes, que el anciano es incapaz de sufrir, incapaz de amar, o bien en el otro extremo, por su fragilidad, incapaz de superar este proceso, y tender a sobreprotegerlos e infantilizar su cuidado.

La experiencia de toda una vida ayuda a prepararse, adaptarse y aceptar diversos cambios. Cuando las personas llegan a edades avanzadas experimentan numerosas pérdidas en su capacidad física, en su memoria, en su agilidad mental, en su trabajo, en su rol social, en su autonomía, en sus relaciones por muerte, aunque también ganancias tales como la visión más sosegada de la vida, la satisfacción de los nietos, la flexibilidad de responsabilidades anteriores, y, sobre todo, la sabiduría.

Todas estas experiencias, parte del desarrollo personal, hacen en general al anciano estar preparado para las pérdidas. A pesar de que en esta etapa las pérdidas suelen ser más constantes, la capacidad para enfrentarse a ellas sigue inalterada. También participan en la elaboración del duelo la fuerza de la relación con el fallecido (especialmente no olvidar la interdependencia existente en el caso del cónyuge que puede “justificar” la alta tasa de depresiones y suicidio) y muy especialmente las características de la propia enfermedad terminal y la presencia de otras fuentes de estrés en ese intermedio, tales como la obligación de abandonar su vivienda, problemas económicos, dependencia, etc.

A manera de conclusión, debemos cuestionar la exactitud de nuestras percepciones ante el duelo de la persona mayor con el objetivo de encarar mejor la relación de ayuda en esta fase. Las pérdidas ocurren a todas las edades y la pena no es distinta. El periodo de recuperación y el impacto no es distinto en razón de la edad y finalmente, recordar que la respuesta al apoyo y al cuidado que se brindan por parte de los mayores es, al menos, semejante a la de otros más jóvenes.

BASES PARA UN CUIDADO ADECUADO DEL ANCIANO EN FASE TERMINAL

El gran principio: la calidad de vida

Concepto, paradigma de los cuidados paliativos, sobre el cual deberá orbitar toda nuestra actuación.

Sin duda y a pesar del consenso de la práctica en busca de esa aspirada calidad de vida para este trance final de la vida, es éste un término difícil de definir, cambiante y muy influenciado por cultura, religión y escala de valores

de cada persona. No obstante, su valoración y propuesta de manejo adecuado, no puede eludir el contemplar e incidir en:

- Aspectos físicos, especialmente relacionados con el dolor y otros síntomas molestos.
- La capacidad funcional que resta.
- La afectación familiar del proceso.
- Las implicaciones espirituales individuales.
- El bienestar emocional.
- La orientación sobre el pronóstico.
- La satisfacción con el tratamiento libremente elegido.
- La perturbación en la imagen corporal, intimidad y sexualidad.
- El papel social y ocupacional, más doblegado habitualmente en la vejez.

El dolor en el anciano

El dolor es uno de los síntomas más temidos por el anciano con cáncer (afecta a dos de cada tres) y otras enfermedades no oncológicas avanzadas (uno de cada tres), por el temido deterioro funcional que le ocasiona. Como apunta Nuñez (1996) puede corregirse con tratamiento adecuado entre un 75 y un 90 % de los enfermos.

Pero el dolor persistente conlleva consecuencias más graves que el “simple sufrimiento puntual”. Cecily Saunders describió el dolor total, con su entramado físico, emocional, social y espiritual en un intento de explicar la necesidad de un abordaje integral de cada persona. Si bien el umbral de percepción tiende a ser relativamente constante en todos los humanos, el umbral de tolerancia está sometido a variaciones en el que patrones culturales especialmente, modulan la descripción, vivencia, etc. Es decir esa clara vertiente de interpretación subjetiva y existencial.

El dolor físico solo se transforma en sufrimiento, algo que ya no se corrige con analgésicos por su sentido metafísico, cuando se considera como signo precursor de un daño importante que acecha nuestra existencia o cuando se teme su intensificación o prolongación en un futuro sin posibilidad de control.

Se abre aquí un nuevo punto de reflexión que nos obligará a detectar y frenar algunas de las posibles causas de sufrimiento que se me antojan más frecuentes en el anciano, de un amplio catálogo (Twycross RG. 1983):

- Dolor físico, disnea, náuseas, vómitos
- Alteraciones físicas de la enfermedad
- Pérdida de los seres queridos
- Falta de sentido
- Sensación de desamparo, impotencia e inutilidad
- No ser querido
- Morir solo
- Dependencia de otras personas

Los ancianos tienen más riesgo de que su dolor sea menos reconocido y por tanto tratado debido a:

- Dificultad en su capacidad para comunicar el dolor
- Prescripción de analgesia a demanda, en lugar de hacerlo de forma regular y pautada
- Mitos en torno a la mayor tolerancia frente al dolor, mala tolerancia por el contrario a los analgésicos y creencia de la inevitabilidad del dolor por condiciones de edad.
- Gran prevalencia de “dolor crónico”.
- Presencia de procesos varios y simultáneos, especialmente del aparato locomotor, que suelen acompañarse de dolor.

El dolor es muy frecuentemente infratratado en ancianos, especialmente en aquellos que tienen dificultades para comunicarse (demenciados, con deterioro cognitivo,...) y en los cuales los signos directos de dolor y el uso de escalas analógicas o funcionales de dolor no van a servir, debiendo completarse su valoración con signos indirectos tales como:

- Expresiones faciales: gestos, boca apretada, ceño fruncido
- Gemidos y gritos
- Cambios de humor
- Tendencia a agarrarse a “todo y todos”
- Resistencia a ciertas maniobras de movilización especialmente
- Puños apretados, sudoración de manos
- Roces cutáneos repetitivos
- Taquipnea

No haré un repaso exhaustivo de las distintas opciones para controlar el dolor en el anciano pero si apuntar aquellos planteamientos que siguen vigentes para este grupo de población como para el resto:

- a) Preguntar al anciano si tiene dolor
- b) Aceptar la palabra del paciente acerca del dolor
- c) Nunca subestimar los efectos negativos del dolor crónico en el estado general y la calidad de vida
- d) Ser exhaustivo en la valoración del dolor
- e) Tratar el dolor antes de hacer más pruebas diagnósticas
- f) Estimular e involucrar al propio anciano, sus familiares y cuidadores en el tratamiento
- g) Emplear tratamientos farmacológicos y no combinados cuando sea posible
- h) Usar los fármacos analgésicos de forma correcta

Una vez consideradas ciertas circunstancias que habitualmente están presentes, tales como:

- Modificaciones en la farmacocinética y farmacodinamia de muchos medicamentos,
- Menor filtrado renal y hepático del cuerpo viejo
- Alteraciones en la comunicación
- Diferente impacto emocional
- Etc.

Y mitos que pueden hacerlo algo diferente:

- Umbral doloroso elevado
- Virulencia de los opioides en el anciano, ...

EL LUGAR DONDE SOBREVIENTE LA MUERTE

El hospital

La decisión de permanecer en tu casa o ingresar en el hospital en esta fase final de la vida es sagrada y debe ser celosamente respetada. Los ancianos especialmente, prefieren morir en casa, sin embargo somos testigos de que la muerte ha cambiado de cama. Apenas uno de cada diez pacientes muere en

la actualidad en su propia cama, haciéndolo en las prestadas por Instituciones hospitalarias o residenciales. ¿Qué poderosas circunstancias están llevando a estos resultados?.

Los hospitales generales no están generalmente organizados para prestar una atención efectiva al paciente moribundo y su familia. Es un lugar diseñado para diagnosticar y curar. Ni arquitectónica y funcionalmente, su mecánica interna permite las más de las veces en la última fase de la vida tener una experiencia positiva.

Decía Rilke que “en los hospitales está la muerte pequeña... Ahora se muere en quinientas cincuenta y nueve camas. En serie, naturalmente. Es evidente que, a causa de una producción tan intensa, cada muerte particular no queda tan bien acabada, pero esto importa poco. El número es lo que cuenta. ¿Quién concede todavía importancia a una muerte bien acabada?...”

“Morir en el hospital es sinónimo de morir sólo” (Sanz J. 2001)

Las unidades de cuidados paliativos hospitalarias en el marco asistencial del anciano en situación terminal son pocas y todavía muy jóvenes en nuestro panorama, tratándose de unidades especializadas en la atención integral del paciente en fase terminal, y lo ideal, es que formen parte activa de un programa con soporte domiciliario. Nada tienen que ver con el concepto de hospitalización tradicional, siendo preciso adaptaciones y cambios organizativos para adaptarse a esas necesidades especiales y cambiantes. Los centros socio-sanitarios se pueden acercar por flexibilidad y costos al modelo propugnado, para todo tipo de pacientes en su fase final de enfermedad, con menos dificultad que los rígidos, tecnológicos y caros hospitales tradicionales.

Residencia de ancianos

La patología terminal, oncológica y no oncológica que podemos encontrar en el ámbito residencial, incluidas las demencias (presentes entre el 40 y 60 % de los residentes) es más variada que en el propio domicilio. Esta heterogeneidad y mayor prevalencia de procesos no neoplásicos hace más imprecisa y reticente la catalogación como enfermos terminales, y la supervivencia está en clara relación con tratamientos de sostén y cuidados de grandes dependencias.

La muerte es un suceso común en las residencias de ancianos y se hace evidente en una mayoría en los doce siguientes meses al ingreso, lo que puede revelar el padecimiento irreversible de estos usuarios, sin embargo, la preparación, la concienciación de profesionales y familia, la infraestructura débil en muchas de estas instituciones con escasa opción farmacológica, personal escaso en número, etc. hace sospechar que la calidad de la asistencia paliativa brin-

dada sea muy mejorable. Por otro lado el rol de la familia en este proceso en el marco de una institución cerrada todavía es escaso cuando no simbólico.

El domicilio

Los más optimistas vislumbran en los últimos años una humanización del proceso de cuidados del moribundo y parece incrementarse paulatinamente el número de fallecimientos en el domicilio (Gómez-Batiste, 1996), lo que supondrá un renovado reto para los equipos de atención primaria. Los actuales equipos comunitarios, precisarán ganar en prestanza en acciones tales como el fomento, estímulo y adaptación del enfermo y de la familia a esta nueva situación, reconocer y manejar síntomas e intervenciones comunes en cuidados paliativos, claudicación familiar, situaciones de verdadera urgencia y casos específicos que hayan de derivarse al hospital. También aventuro que será el espaldarazo definitivo para los equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos.

La atención domiciliaria de estos ancianos en situación terminal ha de cumplir una serie de requisitos básicos:

- Voluntad del enfermo y en caso de incapacidad, de su familia.
- Entorno familiar capaz de asumir los cuidados (cuidador principal y soporte familiar) y voluntad de hacerlo.
- Comunicación fluida entre enfermo, familia y profesionales, en un marco organizativo interdisciplinario.
- Cobertura asistencial durante las 24 horas.
- Existencia del recurso y buena coordinación entre los diferentes niveles asistenciales institucionales, con los equipos domiciliarios.

DOTACIÓN DE PRINCIPIOS, VALORES Y ATRIBUTOS DEL CUIDADOR DE ANCIANOS EN SITUACIÓN DE TERMINALIDAD

Indudablemente se puede aprender a cuidar. La formación desde esta filosofía constituye la única herramienta para conseguir estar preparado para responder a las necesidades actuales y futuras del paciente. La práctica, el componente técnico de nuestras intervenciones, el arsenal de herramientas con las que laborar en estas circunstancias es cada vez más sofisticada. Nuevas teorías, técnicas, habilidades e instrumentos para cubrir las necesidades actuales de una sociedad que es sumamente tecnológica, compleja y dinámica. La formación de todos los profesionales que han de participar en este proceso de cui-

dados al final de la vida ha de planificarse para servir a la sociedad de ese momento, y hoy la sociedad está envejeciendo a pasos agigantados.

El mejoramiento de la calidad en la práctica, el cuidado tal y como lo entendió la Sra. Virginia Henderson, una gran teórica de la Enfermería, busca además de ayudar en el abastecimiento de las necesidades que la persona realizaría por ella misma, si supiera, tuviera la fuerza y/o la voluntad necesaria, ayudar a encontrar una muerte digna y pacífica.

Permítanme entonces, diseñar para esta misión de cuidador de ancianos, máxime al final de su vida, profesionales embebidos por el razonamiento científico y lógico, por el conocimiento más exquisito sobre la vejez y la muerte (todo eso es Ciencia) pero tocados por una necesaria dosis de arte.

A lo largo de toda la historia los líderes de la enfermería se han referido a nuestra disciplina como un arte y al mismo tiempo una ciencia.

Arte, como virtud, disposición y habilidad para hacer alguna cosa. Arte como conjunto de preceptos y reglas necesarios para hacer bien alguna cosa. Arte como desarrollo de habilidades para procurarse y administrar los recursos con creatividad. En nuestro contexto el arte es algo más que un concepto lineal y estático. Supone una forma de hacer, un tipo de percepción activa, dinámica y en continuo desarrollo. Una calidad emocional, un refuerzo al papel de la inteligencia o del pensamiento. Una forma ingeniosa, creativa y estética de cuidar.

Acariciaré algunos elementos, principios, valores o atributos, la mayor parte de ellos de talla humanista, que desde mi personal visión constituyen piezas clave que dan vida al espíritu de artista que debe inundar el ejercicio de este quehacer. Son sólo títulos humanos al alcance de todos que posibilitan el verdadero arte de cuidar. Que nadie aprecie en ellos tonos sensibleros y de debilidad relacional. Más bien todo lo contrario.

ACEPTACIÓN

Aceptar es permitir que el otro sea el mismo sin condiciones. Reconocer y aceptar las diferencias sin juzgar. Aceptar es recibir y acoger con igualdad. Aceptar es tener capacidad de no utilizar tus principios, tu cultura, tus costumbres como fórmula única por la que otros debieran de regirse o decidir. Aceptar es poseer amplitud de miras. Aceptar en nuestro caso es no elegir.

AMABILIDAD

Maneras afables, trato exquisito, lenguaje cálido y respetuoso.

En la primera visita de la mañana y al final de la jornada. ¿Qué tendrá que ver la fatiga con las formas? El trato como el tacto son sanadores.

ALEGRÍA

Sentimiento gozoso por vivir que se transmite.

Aflicción, dolor, penas son ingredientes presentes en muchos episodios de nuestra práctica laboral. La enfermedad habitualmente no permite expresar deseos vitalistas. La alegría que podemos ofertar como servicio puede contribuir a devolver ese interés. La alegría como el color se manifiesta con signos externos. La sonrisa es el reconstituyente más eficaz, ansiolítico más inocuo y seguro que también podemos autoadministrarnos.

CALMA

Autocontrol, dominio de si mismo, paz interior.

Es la voz mágica de llamada ante situaciones de crisis. Es tener capacidad para involucrarse en una atmósfera de paz y tranquilidad semejante a la que se experimenta cuando cesa una situación tensa, incluso antes de haberse iniciado.

COMUNICACIÓN

Piedra angular en el cuidado al anciano al final de su vida, facilita su participación, reduce los errores y la mala práctica, mejora el cumplimiento terapéutico y es la opción más honesta y operativa de la interacción entre los profesionales y el anciano moribundo.

Muy a menudo aplicando criterios paternalistas secuestramos información al paciente anciano dando a la familia en exclusiva un rol que rompe el principio de autonomía que no ha de perderse por razones de edad o de salud.

El mensaje –el lenguaje– puede dificultar gravemente la comunicación: El Dr. Jaime Sáenz Ortiz apuntaba: “no siempre el mensaje enviado es el mensaje comprendido”

CONFIANZA

Dícese de la persona en quien se puede confiar. Nunca romper en nuestro ejercicio con ese depósito de esperanza. Sería cometer uno de nuestros pecados capitales.

Confianza es ánimo, aliento, vigor para obrar, seguridad en uno mismo, es el motor. Es creer en nuestra misión y en nuestros propios potenciales.

CONSUELO

Dice Bernabé Tierno, que es bálsamo siempre disponible para las heridas del alma, enjuagar lágrimas y ayudar a aceptar lo irremediable.

¿Qué más añadir?

CREATIVIDAD

Capacidad de crear algo de la nada. En ocasiones forjar ilusiones cuando a la vista de muchos estaría justificada la desilusión. Alimentar esperanzas aun cuando sólo quede un pequeño reducto de éstas. Intentar conservar las ganas por vivir aunque vida quede poca o dibujar una serena antesala a la muerte cuando para muchos es el final gris del recorrido.

CRITERIO

Juicio o discernimiento sobre lo que está bien o está mal. Sobre lo justo o injusto. Normas en las que basarse. Justificación para defender a ultranza nuestros códigos deontológicos, científico-profesionales y personales. Códigos que a su vez retroalimentan nuestros criterios.

DECISIÓN

Determinación. Resolución que se da a una cosa dudosa según tus normas o criterios. Aquello que inspira y avala tu formación y te permite de forma autónoma establecer y modelar muchos procesos diarios de cuidados. Los criterios posibilitan las decisiones. Las decisiones implican responsabilidad. La responsabilidad, genera crecimiento. No eludamos este potencial. Decidamos.

DISPONIBILIDAD

Prontitud en dar respuesta. Disposición para atender. Actitud suficiente para crear un clima de amparo y seguridad en nuestros clientes, porque saben que “siempre estás ahí”.

DULZURA-DELICADEZA

Suavidad, corrección. Es propio de personas magnánimas, fuertes y seguras de si mismas. Mujeres u hombres. Nuevamente no es un signo de debilidad. Es un atributo que debemos cultivar.

EMPATÍA

Sentir con el otro, ponerse en su lugar. Ejercicio que acerca y dispone. La mejor localización para entender al otro y poder ayudarlo. No obstante, entréname, su práctica puede minar estructuras débiles.

La empatía: “El doctor J., el profesor B., el doctor T.: lavados, planchados, estirados y perfumados, se inclinan desde lo alto sobre esa anciana mal peinada, un poco huraña; estaban hechos unos señores” (fragmento de la obra “Una Muerte muy dulce” de Simone de Beauvoir. 1977)

ENTUSIASMO

Dejar cautivar el ánimo por un trabajo distinto cada día, por la creación de una nueva obra en cada momento. Antídoto de la monotonía por rutina.

EQUILIBRIO

Autocontrol, dominio de sí, serenidad, objetividad. Estabilidad.

En el juicio y en los actos. Valor que una vez alcanzado te facilita la consecución de otros de los que han de nutrir nuestro sentido profesional. Por el contrario, el desequilibrio es frecuente prólogo de la caída, entendida como desajuste, fracaso, dejación, huida...

ESCUCHA

Saber escuchar –la escucha activa–. Decía Gregorio Marañón: “Sentarse a su lado cinco minutos en estas circunstancias equivale a una hora de pie”.

“Muchas veces las personas no escuchan porque se sienten amenazadas” decía Walter Hartzell.

FORTALEZA

Una de las cuatro virtudes cardinales que consiste en vencer el temor y huir de la temeridad. Fuerza y vigor para defender tus criterios con argumentos, tus cuidados con razonamientos, la fatiga del alma por el dolor y la muerte con las pequeñas consecuciones en otros. Fuerza y vigor para manifestar nuestra protesta ante situaciones de pasividad o mala praxis. Energías conservadas para no doblegarnos profesionalmente ante situaciones que puedan hacer peligrar los principios de bienestar y dignidad ante el anciano en situación terminal de enfermedad.

HUMILDAD

Para no cometer pecados de orgullo. Humildad como modestia que sola es capaz de desarmar la envidia, que por lo común hace a los hombres tan injustos (el Barón de Holbach). Todo lo contrario. Humildad o conocimiento de nuestras limitaciones o debilidades que impidan actuar obviando éstas y poniendo en peligro al ciudadano cuidado. Humildad que nos dote de capacidad suficiente para saber lo que puedo y debo hacer. La Humildad siempre está en los más grandes.

HUMOR

Reírse de sí mismo, relativizar las cosas, desdramatizar.

Combustible para el cuidador, que puede intoxicar beneficiosamente a los agentes cuidados. Incluso cuando en el horizonte solo se vea, final.

PACIENCIA

“Fuerza de la Fuerza”, fuente del esfuerzo y de la voluntad.

Sosiego en la espera. Perseverancia para ayudar a nacer o morir, para intentarlo una vez más sin tirar la toalla. Energía para soportar y soportarnos. Decía Fray Luis de León, “ a los que tienen paciencia las pérdidas se les convierte en ganancias, y los trabajos en merecimientos y las batallas en coronas”. También interesa recordar lo que Mariano Aguiló escribió al respecto: “No confundas la paciencia, coraje de la virtud, con la estúpida indolencia del que se da por vencido”.

PRUDENCIA

Sentido del tacto y de la medida.

No compite con la acción y la responsabilidad, más bien dirige a ambas.

SENCILLEZ

Naturalidad, autenticidad. Sencilla es la verdad.

La sencillez no compite con el conocimiento y se alía con la humildad. Pero nadie confunda. Sintoniza bien con la fortaleza y el criterio. La sencillez es un atributo que se da a los más grandes haciéndolos aún más grandes. Sencillos a mis ojos de cuidador de la vejez han de ser también la mayor parte de los procedimientos, técnicas y tratamientos que se practiquen y prescriban. No por sencillos pierden su valía, las más de las veces, la potencian.

SENSIBILIDAD

Sintonía humana. Estar abierto a los demás.

Propensión natural para captar de tu alrededor todos los mensajes y componer con ellos tu respuesta, tu atención, tu obra.

Capacidad para sentir con el otro los contrastes diarios de tu trabajo desde los más nobles a los más míseros. Exquisitez para dejarte llevar mecido por el arte de los otros.

SERENIDAD-SOSIEGO

“El mundo, en especial el mundo hospitalario, se mueve con tanta rapidez, que es demasiado fácil caer en malos hábitos antes de que nos demos cuenta “. Gran valor el proporcionado por la calma mantenida, aprendida y buscada. El fruto será un servicio claro y tranquilo aun cuando brote rodeado de dolor, bullicio, prisa o agobio.

SILENCIO

El mejor discurso. Nos ayuda a mantener la paz y la tranquilidad del espíritu.

Disponibilidad, tacto y silencio componen una mágica triada en la dotación del buen cuidador en estas circunstancias.

TACTO

Tacto como sentido para percibir, para recoger información. Tacto para tocar, medio de acercamiento o contacto. Tacto como habilidad para hablar u obrar en situaciones delicadas. De los tres tactos deberemos de beber. Los tres, estoy seguro, dan vida a la popular teoría del tacto terapéutico.

Decía Virginia Satir, “Creo que el mejor regalo que puede recibir de otra persona es el ser vista, escuchada y tocada por ella. El mejor regalo que puedo dar es ver, escuchar, comprender y tocar a otra persona”.

VOLUNTAD

Músculo del espíritu, motor de la persona al servicio de la razón y de la mente. Activa todas las potencialidades. Nos hace grandes o pequeños, dignos o indignos.

Cuando finalmente logremos fundir el mejor de los conocimientos técnicos sobre la esfera del anciano en situación terminal con estos valores huma-

nos pero comunes, estaremos ciertamente ante el cuidador ideal de este grupo de población en una situación irrepetible: su final de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRATIBEL, M^a C., DE CAMPO, A., CARRERA, I., CHICO, M. T., CRESPO J. M., ESKISABEL, B., GAITÁN, D., IBARGOEN, J. L. (2001): *Guía de enfermería en cuidados paliativos*. San Sebastián: Hospital Donostia.
- ARRIOLA, E., GONZÁLEZ LARREINA, R., IBARZABAL, X., BUIZA, C. (2002): “Criterios para la inclusión de un paciente con síndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos”, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37, nº 4, pp. 225-230.
- ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C., BÁTIZ, J. (2002): “Bases para el cuidado paliativo en los ancianos”, en ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C., ASTUDILLO, E.: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. 4^a ed. Barañain (Navarra): Eunsa, pp. 437-454.
- ASTUDILLO, W., MURUAMENDIARAZ, A., ARRIETA, C. (1998): *La comunicación en la terminalidad*. Bilbao: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- CASTELLOTE, F. J. (1997): “Cáncer en el anciano”, en *Oncología*, 20, nº 4, pp. 158-163.
- CRUZ JENTOF, A. J. (2001): “Cirugía y cáncer en el paciente mayor”, en *Revisiones en Cáncer*, 15, nº 3, pp. 99-105.
- DA PENA, J. M., BAGET, M., CASTAÑERA, P., BAULÍES, A. (1999): “Cuidados paliativos en atención domiciliaria”, en CONTEL, J. C., GENÉ, J., PEYA, M. *Atención domiciliaria. Organización y práctica*. Barcelona: Springer.
- DÉ BEAUVOIR, S. (1977): *Una muerte muy dulce*. Madrid: Pocket-Edhasa. 1^a ed.
- GARCÍA-ALHAMBRA, M. A. (1999): “Cuidados paliativos geriátricos en residencias”, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34, nº 92, pp. 9242-9245.
- DOYLE, D. (1987): *Domiciliary terminal Care*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- GÓMEZ-BUSTO, F. (2000): “El Anciano y la Muerte”, en ASTUDILLO, W., CLAVÉ, E., MENDINUETA, C., ARRIETA, C. *Cuidados Paliativos en Geriatria*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 547-563.
- GÓMEZ-BATISTE, X., PLANAS, J., ROCA, J., VILADIU, P. (1996): *Cuidados Paliativos en Oncología*. Barcelona: Jims.
- GÓMEZ-PAVÓN, J. (1999): “Cuidados geriátricos en las unidades de cuidados paliativos hospitalarias”, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34, nº 92, pp. 9213-9223.

- GORCHS, N., ESPAULELLA, P. (1999): "Formación en cuidados paliativos en geriatría. De profesor a facilitador", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, nº 92, pp. 9253-9258.
- Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de la SEGG (1999): "Geriatría y Medicina Paliativa", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, nº 2, pp. 119-120.
- JIMÉNEZ, E. F., PALOMERA, M. (1999): "Cuidados paliativos y de soporte en asistencia geriátrica domiciliaria", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, nº 92, pp. 9224-9233.
- LATIEGI, A. (2000): "La superación de las pérdidas por muerte en los ancianos", en ASTUDILLO, W., CLAVÉ, E., MENDINUETA, C., ARRIETA, C. *Cuidados Paliativos en Geriatría*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 585-593.
- LÓPEZ ARANGUREN, J. L. (1992): *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: Ministerios de Asuntos Sociales.
- LUNN, L. (1990): "Having no answer. Request for Euthanasia", en SAUNDERS, C. *Hospice and Palliative Care*. Londres: Eduard Arnoll, pp. 85-102.
- MORALES SANTOS, A. (2002): "Aspectos médico-legales en relación con el anciano terminal", en ASTUDILLO, W., CLAVÉ, E., MENDINUETA, C., ARRIETA, C. *Cuidados Paliativos en Geriatría*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 159-191.
- NÚÑEZ, O. J. M. (1996): "El problema del dolor en el enfermo terminal geriátrico", en RIBERA, J. M., GIL, G. *Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Clínicas Geriátricas*. Madrid: Editores Médicos S.A., pp. 149-152.
- PÉREZ HERNÁNDEZ, D. G. (1998): "Cuidados Paliativos en el paciente geriátrico", en Gómez Sancho, M. *Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales*, Las Palmas: Icept Editores S.L., pp. 213-220.
- PÉREZ TIRADO, M. (2000): "El duelo en el anciano", en Astudillo, W., Clavé, E., Mendinueta, C., Arrieta, C. *Cuidados Paliativos en Geriatría*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 567-581.
- POZO, X. (2000): "Dolor Total", en ASTUDILLO, W., CLAVÉ, E., MENDINUETA, C., ARRIETA, C. *Cuidados Paliativos en Geriatría*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 423-437.
- PRESTON, T. A. (2002): *Aprender a morir*. Barcelona: Amat editorial.
- RIBERA, J. M., LÁZARO DEL NOGAL, M. (2001): "Cáncer y Vejez", en *Revisiónes en Cáncer*, 15, nº 3, pp. 81-88.

- ROCAMORA BONILLA, A. (1991): “Duelo y Muerte”, en Hidalgo A., Fernandez Liria, A.: *Psicogeriatría*. Madrid: Idepsa, pp. 19-26.
- RODRÍGUEZ AIZCORBE, J. R., MARTÍN PECES, B. (2001): “Tratamiento de los síntomas en el anciano con enfermedad terminal”, en GONZÁLEZ, M., GONZÁLEZ MONTALVO, J. I., FELIU, J. *Cáncer en el anciano*. Barcelona: Masson, pp. 497-519.
- ROSS, M. M., MCDONALD, B. (1994): “Providing palliative care to older adults: context and challenges”, en *J Palliat Care*, 10, nº 4, 5-10.
- SÁNZ ORTIZ, J. (1997): “La comunicación al final de la vida”, en FLÓREZ, J.A. (ed.), *La comunicación y comprensión del enfermo oncológico*. Madrid: Zeneca Farma., pp. 155-164.
- SÁNZ ORTIZ, J. (2001): “Final de la vida: ¿puede ser confortable?”, en *Medicina Clínica*, 116, nº 5, 186-190.
- SOLANO, D., HINOJAL, C., DE LA VILLA F. M. (2002): “Urgencias en Cuidados Paliativos”, en ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C., ASTUDILLO, E. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. 4ª edic. Barañain (Navarra): Eunsa, pp. 247-257.
- TWYXCROSS, R. G., LACK, S. (1983): *Symptom Control y Far Advanced Cancer: Pain Relief*. Londres: Pitman Press.
- VERDEJO, C., TORRIJOS, M., MARTÍN, C. (2001): “Cuidados de enfermería en el paciente geriátrico con cáncer”, en *Revisiones en Cáncer*, 15, nº 3, 119-127.
- VÍLCHEZ, Y., DE LUIS, V. J., GÁNDARA, A. (2001): “El anciano terminal: un problema multidisciplinario”, en GONZÁLEZ, M., GONZÁLEZ MONTALVO, J. I., FELIU, J. *Cáncer en el anciano*. Barcelona: Masson, pp. 521-533.