



El final de la vida

Cuando llega el momento de afrontar la muerte, son muchos los sentimientos y sensaciones que se agolpan en la persona. Por eso, en la actualidad, se da un valor primordial al cuidado del enfermo en esos momentos en los que la curación ya no es posible. Aliviar el sufrimiento debe ser, por tanto, el primer objetivo para profesionales y familiares

DR. SANTI BERNADES.

Equip de Suport i Avaluació Sociosanitaria. Hospital Sagrat Cor Martorell.

La mejora global de las condiciones de vida durante las últimas décadas, junto con los nuevos tratamientos de determinadas enfermedades, la disminución de la mortalidad infantil y otros avances biomédicos, han propiciado

que cada vez más gente viva más años. Este progresivo envejecimiento poblacional ha abierto un debate acerca de la repercusión social, sanitaria y económica de este fenómeno. *Vivir más tiempo debe conllevar por parte de las políticas sanitarias actuaciones e in-*

Aunque a todos nos llega la muerte, las percepciones que tenemos sobre ella varían mucho

tervenciones dirigidas a fomentar en la población estilos de vida sanos y comportamientos saludables que retrasen todo lo posible en el tiempo la aparición de problemas de salud (teoría de la compresión de la morbilidad de Fries).

La persona enferma valora una serie de deseos ligados a su estado de salud: vivir lo máximo posible, funcionar con normalidad, verse libre de dolor y otros síntomas de malestar, no tener problemas derivados del tratamiento médico y permanecer solvente económicamente.

Sentimientos ante la muerte

La cultura, la educación, la religión, los valores personales nos dan una visión diferente de la muerte. Puede considerársela como “un hecho biológico, un rito de traspaso, algo inevitable, un hecho natural, un castigo, la extinción, la realización de la voluntad de Dios, el absurdo, la separación, la reunión...”. Una de las cosas que nos enseña la tanatología es que, aunque a todos nos llega la muerte, las percepciones que tenemos sobre ella varían mucho. En muchas culturas, tanto del pasado como del presente, se ha considerado la muerte como un momento

de marcado carácter social del que toda la comunidad es testigo y co-partícipe.

Kübler-Ross afirmó que los moribundos pasan por cinco fases emocionales en el momento de enfrentarse a la muerte inminente: la negación (sentimiento de soledad y abandono, de negación de la realidad, con la impresión de que mientras no se hable de ella, se mantendrá alejada), el enfado (ira porque la noticia de la muerte cercana constituye la última frustración de la vida, dado que los proyectos quedarán inacabados y las ilusiones truncadas), la negociación (un intento de intercambio de beneficios a cambio de la posibilidad de permanecer en vida un poco más de tiempo), la depresión (una mezcla de sentimientos de dolor, pérdida, vacío, vergüenza y culpabilidad) y la aceptación (consecución de un estado de paz en el que se asume la inevitabilidad e inminencia de la muerte). Bowlby, por su parte, utilizó una combinación de las teorías del apego y del proceso de comunicación humana para construir una teoría interpersonal del duelo. Para este autor el duelo consta de cuatro fases: aturdimiento, añoranza y búsqueda, desorganización y desesperación, y reorganización.

Tratar el sufrimiento

El sufrimiento constituye un fenómeno más amplio que el dolor, y tiene muchas causas potenciales, de las cuales la lesión de una parte de nuestro cuerpo es sólo una de ellas. Así, además del dolor u otro síntoma, el sufrimiento puede ser inducido por la ansiedad, el miedo, la pérdida de personas, funciones u objetos queridos, etc. El dolor puede aliviarse con analgésicos, el sufrimiento no. La característica esencial del sufrimiento es la percepción de amenaza.



*Quando curar
no es posible,
mejorar es muy
probable. Y
siempre se puede
y se debe cuidar*

De la misma manera que el profesional sanitario adquiere habilidades para reconocer el origen del mal funcionamiento corporal, también debe formarse en las habilidades para reconocer, evaluar y abordar el sufrimiento. Para explorar las necesidades subjetivas de la persona es necesario que el profesional sanitario esté familiarizado con el manejo de las técnicas de *counselling*: empatía, escucha activa, preguntas adecuadas dosificadas con

silencios y tiempos de reflexión, apoyo emocional, solución de problemas, etc.

Curar y cuidar son dos principios básicos e inseparables de la atención sanitaria de calidad. El viejo aforismo del siglo XIV: “Curar, a veces; mejorar, a menudo; cuidar, siempre”, se ha convertido hoy en el lema de los cuidados paliativos. Cuando curar no es posible, mejorar es muy probable. Y siempre se puede y se debe cuidar.

Los cuidados paliativos se traducen en una prevención y un manejo eficaces del dolor y otros síntomas perturbadores, incorporando a la vez el cuidado emocional y la atención hacia todos aquellos aspectos subjetivos que son prioritarios para el enfermo y sus allegados dentro de su propio marco cultural: valores, creencias y necesidades de todo tipo, incluyendo las de carácter espiritual, religioso y/o existencial. Se trata de ayudar a afrontar lo que denominamos “dolor global”, es decir, el sufrimiento con independencia de su causa. *Los que sufren no son los cuerpos; son las personas.*



Cuidar hasta el final

En la proximidad de la muerte existen varios ámbitos que afectan positivamente en la calidad de vida de los enfermos:

- a) Alivio del dolor y otros síntomas somáticos.
- b) Percepción de que las principales fuentes de amenaza, de acuerdo con la priorización del enfermo, se encuentran bajo control.
- c) Oportunidad de interacción afectiva con los seres queridos.
- d) Sentimiento por parte del enfermo de que la enfermedad y la muerte no supondrán una carga insoportable para ellos.
- e) Consideración de que su vida ha tenido algún sentido.
- f) Confianza en que se evitará una prolongación inapropiada del proceso de morir.

Recientemente la “Societat Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia” ha elaborado un documento sobre “Atención de cuidados paliativos de los pacientes geriátricos en la etapa final de la vida”. En este documento se desarrollan cuatro puntos para

Nuestra prioridad como familiares, cuidadores o profesionales es asegurar el confort al final de la vida

asegurar una atención de calidad también para los pacientes geriátricos no oncológicos, que se enumeran a continuación.

1. Formación de los profesionales de la salud en geriatría y cuidados paliativos, tanto en el pregrado como en la aplicación de programas de formación continuada desde las propias instituciones.

2. Garantizar la continuidad en la atención de los pacientes durante el proceso de su enfermedad. Para ello *es imprescindible mejorar la coordinación y los sistemas de comunicación entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales con el soporte de las nuevas tecnologías* (historia informatizada, correo electrónico, etc).

3. Toma de decisiones al final de la vida, implementando el proceso de consentimiento informado y recomendando la elaboración de un Documento de Voluntades Anticipadas.

4. Toma de decisiones con la familia. El objetivo consistirá en ofrecer pautas terapéuticas y recomendaciones vinculadas a los valores y preferencias del paciente, consensuadas con la familia.

No debemos olvidar que, por encima de todo, nuestra prioridad como familiares, cuidadores o profesionales es asegurar el confort al final de la vida. Para ello son necesarios valores y aptitudes como humanidad, respeto, sentido común, vocación o profesionalidad, entre otros. ♥