

LA MUERTE: EL FINAL DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Patricia Bohannon

SUMARIO

- Contenido
- Objetivos
- Trayectoria de la muerte
- Lo que se puede sentir al morir
- Actitudes de los mayores ante la muerte

Miedo al dolor
Miedo a la soledad
Miedo al sin sentido

- Actitudes del personal de enfermería con los ancianos que están a punto de morir
- Lugar de la muerte

Muerte en casa
Muerte en el hospital
Muerte en la residencia de ancianos
El concepto de hospicio

- Muerte con dignidad

Implicaciones de enfermería
Factores de interferencia y su control

- Desarrollo de actitudes positivas en relación al cuidado de los ancianos que están muriendo

Una filosofía de la muerte para asistir a los ancianos
Dolor
Valoración

- Resumen
- Preguntas de auto evaluación
- Referencias

Contenido

En este capítulo se analiza el hecho de morir y la muerte como una parte importante de la vida, que se ha de tratar abierta y francamente entre los pacientes, las familias y el personal de asistencia. El personal de enfermería desempeña una función primordial en la asistencia de los pacientes que están a punto de morir, y de las familias que están sufriendo.

Objetivos

1. Describir la trayectoria de la muerte.
2. Valorar las actitudes de los ancianos en relación a la muerte, y al proceso de ésta.
3. Enumerar las principales causas de miedo de la persona que se está muriendo.
4. Explicar las actitudes del personal de asistencia con respecto al cuidado de los ancianos en fase terminal.
5. Comentar las ventajas e inconvenientes de los diversos lugares donde los mayores pueden morir.
6. Valorar el concepto del movimiento del hospicio.
7. Comentar el sentido de una muerte con dignidad.
8. Explorar los propios sentimientos con respecto al cuidado de personas que están en fase terminal.
9. Describir la función del personal de enfermería en la asistencia a una persona mayor que está en fase terminal.
10. Describir los servicios de apoyo para el personal de enfermería que se ocupa a diario de la asistencia de personas en fase terminal.

El acto de morir es un proceso normal que le ocurre a todos los seres vivos. Y al igual que el acto de nacer, constituye una parte más de la existencia. Es una experiencia única de cada persona, que representa la culminación del proceso global de envejecimiento. Para algunas personas, el proceso de la muerte ocurre de una forma rápida, sólo en un período de unas cuantas horas o días. Sin embargo, para otras personas el proceso que conduce a la muerte resulta un proceso lento y de deterioro, que se puede prolongar durante meses y posiblemente, años.

TRAYECTORIA DE LA MUERTE

Las personas somos seres físicos y psicosociales. Por consiguiente, si pretendemos tratar sobre una trayectoria de la muerte, o sobre el proceso que uno sigue hasta la muerte, debemos incluir no sólo una descripción de la muerte del cuerpo físico, sino también de la muerte de la persona. Aristóteles describió la muerte en la edad avanzada como un agotamiento: "Finalmente, cuando el movimiento ya no es posible, cesa el aliento y llega la muerte" (Hutchins, 1952). La ciencia ha aportado tantos datos al conocimiento del proceso de la muerte que ya no existen criterios tan claramente establecidos para definirla. ¿Cuándo se encuentra una persona realmente muerta?

Los seres humanos estamos constituidos por muchas células. Algunas de estas células pueden regenerarse por sí solas, pero otras no. Algunos órganos pueden continuar funcionando después de que otros hayan cesado de funcionar. Algunos sistemas deben funcionar para que una persona siga con vida, mientras que otros no son esenciales. Ha surgido una pregunta perpleja que está aún sin contestar: ¿envejecen las personas porque se desgastan sus sistemas, o se desgastan los sistemas porque las personas envejecen?

Desde comienzos del siglo XIX los signos que tradicionalmente se han asociado a la muerte han sido la ausencia de latido cardíaco (que puede aparecer unida a la falta de pulso); la ausencia de respiración, que se manifiesta cuando las extremidades, la boca y los labios se vuelven morados, y una falta de reflejos en las pupilas de los ojos. Con los avances experimentados en la tecnología médica, estos signos se han vuelto difíciles de determinar. Los respiradores, las unidades de reanimación cardíaca y los dializadores pueden mantener estas funciones vitales con poca o ninguna actividad cerebral. Emplear el criterio de muerte cerebral para determinar la muerte de una persona resulta especialmente controvertido. El electroencefalograma registra la actividad eléctrica del cerebro. Aunque el cerebro contenga el centro de la conciencia, puede estar destruido, mientras que el corazón y los pulmones pueden seguir funcionando todavía. Consiguientemente, si se acepta la muerte cerebral como el criterio para determinar la muerte de una persona, se realiza un juicio basado en el valor de la capacidad que tiene el ser humano para pensar, razonar, sentir y relacionarse con los demás. El conflicto surge cuando el cerebro de una persona muestra poca o ninguna actividad eléctrica, pero el corazón y los pulmones continúan funcionando, especialmente con la ayuda de máquinas.

Muchas personas mayores de nuestra sociedad comienzan una muerte psicosocial mucho tiempo antes de que el cuerpo desarrolle enfermedades físicas. Según la teoría del envejecimiento propuesta por Cummings y Henry (1961), las personas mayores se van desligando progresivamente de su entorno y se van retrayendo de modo paulatino en un estado de aislamiento. Las enfermedades crónicas causan un trastorno en las relaciones sociales, ya que alteran la movilidad, el discurso y la facultad auditiva, entre otros problemas. En la fase final de la vida, los ancianos pueden optar por aislarse de los demás. Con frecuencia limitan las visitas a una o dos personas de la familia o de amigos muy íntimos. Además, las personas mayores son particularmente propensas a este tipo de comportamientos cuando una enfermedad de larga duración ha producido cambios drásticos en su aspecto físico. El personal de enfermería debe tener en cuenta que no todo el mundo valora tener muchos familiares y amigos presentes cuando está a punto de morir. Muchas personas mayores se han separado de la familia y de los amigos, y no desean restablecer estas relaciones. Scanlon (1989) ha indicado que el aislamiento del entorno y de las relaciones con los demás es una característica normal en la adaptación de una persona que se está muriendo y no un reflejo de la pérdida de cariño.

Un paciente que estaba a punto de morir a causa de un melanoma tenía una hija a la que no había visto y con la que no había tenido ningún contacto durante varios años. Cuando vino a verlo, reaccionó con ella de un modo grosero y enfadado, y su hija ya no volvió más. Algunos días después, mientras hablaba con una enfermera, el paciente intentó explicar su comportamiento. Dijo: "No, no quiero volver a verla o hablar con ella otra vez. Ese dolor ya se acabó. ¿Por qué revivirlo ahora?" Murió una semana más tarde, solo, como él lo había decidido.

También se debe tener en cuenta la segregación social que tiene lugar en una residencia de ancianos. Generalmente, cuanto más discapacitada se vuelve una persona, más se la segrega de los residentes que presentan un estado físico y mental dentro de la normalidad. Watson y Maxwell (1977) han señalado que un aislamiento a nivel social y un retraimiento progresivo de los demás puede ser tan pernicioso para la mente y las emociones de un paciente como el deterioro biológico irreversible lo es para el cuerpo. La voluntad de vivir es más importante que cualquier medicación. Por consiguiente, el grado de relación social que puede ser terapéutico para la persona que se está muriendo varía considerablemente a nivel individual.

Algunos pacientes afrontan la experiencia de la muerte con una fuerte confianza en su fe religiosa. En ocasiones este férreo sentimiento religioso proporciona la paz y la firmeza necesarias para afrontar la muerte. Pero otras veces, esta fe sólo aviva los sentimientos de culpabilidad en relación a experiencias del pasado, y no crea sino miedo y ansiedad. Carey (1975) realizó un estudio en que medía la adaptación emocional en ochenta y ocho pacientes en fase terminal. Cincuenta y seis de ellos superaban los 50 años de edad. Advirtió que las personas intrínsecamente religiosas (aquellas que intentaban incorporar las creencias espirituales en su estilo de vida) mostraban una mayor fortaleza para afrontar el poco tiempo de vida que les quedaba.

Muchas personas mayores de nuestra sociedad pertenecen de algún modo a un grupo religioso. Es importante determinar la fe religiosa del paciente en fase terminal. Por lo general, el paciente compartirá sus creencias con el personal que le asista, pero en otras ocasiones será necesario preguntar esta información. A menudo, la visita de un pastor, de un sacerdote, de un rabino, o de un amigo religioso puede ser de gran ayuda.

Estas personas pueden rezar con los pacientes, así como leerles la Sagrada Escritura. A estos pacientes les suele resultar más fácil expresar sus preocupaciones espirituales a alguien que comparte su misma fe religiosa.

Aunque el pastor, el sacerdote y el rabino se encuentren más cualificados para facilitar ese apoyo espiritual, también el personal de enfermería puede suministrarlo. Leer las Escrituras, y rezar con ellos por la noche puede proporcionarles la tranquilidad y el alivio que las medicaciones no les pueden proporcionar. Sin embargo, no se debe asumir que todos los pacientes en este estado precisan de un apoyo espiritual. A algunas personas incluso se les puede ofender, si les pregunta en relación a sus preferencias religiosas. Para algunos pacientes, el hecho de llamar al pastor les supone la certeza de una muerte inminente, y esta convicción les puede crear hostilidad y ansiedad.

De esta breve consideración se desprende de una forma evidente que la trayectoria de la muerte es individual. No parece haber ningún modelo, y se puede predecir muy poco. El hecho de morir es una experiencia difícil, ya que morir implica dejar de vivir. La muerte es el fin inevitable de la vida y, sin embargo, algo que todos debemos afrontar. Sobre todo, un derecho fundamental del ser humano es tener una muerte que esté de acuerdo con sus valores individuales.

LO QUE SE PUEDE SENTIR AL MORIR

Moody (1975) ha realizado un estudio extensivo entre personas a quienes se les ha devuelto a la vida a través de la resucitación. De un análisis de las descripciones que estos pacientes han hecho de la muerte, se pueden predecir varios aspectos en torno a la experiencia de la misma. La facultad de oír parece estar aún presente después de que la respiración y el latido hayan cesado.

Las voces pueden parecer lejanas, pero el paciente probablemente las oiga y las entienda. Algunas personas indicaron que habían oído al médico cuando certificaba la defunción.

La mayoría de los pacientes en el estudio de Moody manifestaron haber experimentado sensaciones placenteras. Parecían sentir paz y tranquilidad. Había una diversidad de referencias con respecto a la oscuridad y a la luz, y experiencias visuales. Algunas personas fueron capaces de ver sus propios cuerpos y lo que les estaba ocurriendo. Otras personas parecían regresar a diferentes épocas de la vida, o presenciar rápidos flashbacks de experiencias del pasado. Al principio no querían abandonar los cuerpos, pero una vez que experimentaron esas sensaciones placenteras, no querían volver a sus cuerpos. Uno de los pacientes de este autor, a punto de morir a causa de un fallo renal, pidió a su familia que no rezase para que siguiese con vida, ya que había estado lo suficientemente cerca de la muerte para saber que era mejor que la vida.

ACTITUDES DE LOS MAYORES ANTE LA MUERTE

La persona mayor está preparada para la muerte sólo porque puede predecirse que la vida está aproximándose a su fin. Sin embargo, una adaptación emocional a un diagnóstico terminal puede ser tan difícil de aceptar como lo sería en el caso de una persona de 20 años. Muchos ancianos que viven en residencias creen que la muerte es el único futuro que les queda. Tan sólo desconocen el momento real. Las personas mayores tienden a fijarse objetivos a corto plazo, y a adoptar una filosofía de la vida que consiste en vivir el día a día. Mientras que los pacientes más jóvenes tienden a seguir realizando planes a largo plazo y a negar su pronóstico.

A muchas personas mayores les preocupa la carga que pueden representar para su familia, especialmente para el cónyuge anciano. Algunos mayores optan por ir a vivir a una residencia de ancianos, pues consideran que vivir con los hijos resulta destructivo para la familia. En cambio, los pacientes más jóvenes con enfermedades crónicas rara vez expresan su preocupación por el efecto que la enfermedad pueda tener en la familia.

Esberger (1980) ha realizado una compilación importante de lo que se ha escrito en torno a las actitudes de los ancianos ante la muerte. Esta compilación ha puesto de manifiesto que las personas mayores están más familiarizadas con la muerte, con los funerales y con los comentarios que las personas más jóvenes. También es más probable que hayan realizado preparativos con respecto a su propia muerte. Puede que incluso deseen la muerte si sus vidas adolecen de la falta de afecto y de interrelación personal. Además, los mayores se aferran con más fuerza a la tradición religiosa, y es más probable que crean en la vida después de la muerte más que las personas jóvenes. Oberst, Thomas, Goss y Ward (1989) advirtieron que los cuidadores de edad avanzada presentaban una mayor aceptación de la muerte y estaban más preparados a tratar positivamente con las exigencias que ésta les imponía.

Cualquiera que afronte la muerte experimenta algún tipo de miedo. Williams-Ziegler (1984) ha distinguido las tres causas principales de miedo: el miedo al dolor, el miedo a la soledad y el miedo al sin sentido. Algunos aspectos de estos tipos de miedo son exclusivos del paciente mayor.

Miedo al dolor

El miedo al dolor es universal. El dolor en la persona mayor es de algún modo diferente. Según Woodrow, et al (1975), la tolerancia al dolor, medida por la presión en el tendón de Aquiles, disminuye a medida que aumenta la edad. Sin embargo, otros han advertido que a medida que las personas envejecen, su tolerancia al dolor en respuesta a los estímulos periféricos o de la piel en realidad aumenta. El dolor es subjetivo y causa temor, bien sea real o imaginado. El alivio del dolor es un objetivo primario en la asistencia de los pacientes en fase terminal. El personal de enfermería no debería asumir que los ancianos precisan siempre de menor medicación contra el dolor. Herr y Mobily (1991) advierten que los pacientes mayores pueden negar el dolor, bien porque no quieran admitir que su estado está empeorando, o porque no quieran parecer débiles ante los demás.

A medida que el paciente se aproxima a la muerte, la necesidad de narcóticos puede disminuir y podrá dormir durante largos períodos de tiempo. No se debe asumir que estos pacientes no tengan dolor sólo porque no se quejen. Pueden estar sufriendo considerablemente, pero encontrarse demasiado débiles para solicitar que se les suministre medicación. Un fallo cardiorrespiratorio puede causar una respiración lenta e irregular. Se les puede administrar narcóticos para prevenir el sufrimiento, incluso cuando exista un índice respiratorio bajo, si la muerte resulta inminente. Carey (1975) ha descubierto que el grado de desasosiego que experimenta el paciente en fase terminal se asocia negativamente con la capacidad del paciente para afrontar su esperanza limitada de vida. En otro estudio, Dobratz, et al (1991) han demostrado que el 66 % de los sujetos tenía un dolor ascendente hasta el momento de la muerte. Este dolor exigía que se les suministrase cada vez dosis mayores de opiáceos, y se variase la vía de la administración. Por consiguiente, proporcionar el alivio necesario a los ancianos puede comportar el uso de muchas técnicas innovadoras de enfermería.

Miedo a la soledad

El miedo a la soledad se ve intensificado en el caso de los ancianos que mueren internos en una institución. Pueden demostrar este miedo en muchos aspectos. Algunos pacientes solicitan de un modo constante la atención del personal de enfermería. Aunque sean capaces de desempeñar muchas funciones por sí mismo, simplemente buscan la seguridad de saber que alguien está a su lado. Algunos pacientes expresan su soledad volviéndose

hostiles con el personal de enfermería o con la familia. Se puede ayudar a la familia explicándole esta reacción. El personal de enfermería y la familia necesitan ser comprensivos y aceptar este tipo de comportamiento hostil.

El acto de morir es una experiencia individual. Cada uno de nosotros debemos afrontarla solos. La relación con otras personas que estén sanas puede ayudar a que se disipe el miedo ante el hecho de morir. Aunque también nos recuerde todo lo que dejamos atrás. Algunas personas desean relacionarse con los demás para olvidar sus temores, mientras que otras lo evitan para reducir la angustia. Una vez más, cada persona adopta una actitud individual ante la muerte.

Miedo al sin sentido

El miedo de que la vida haya carecido de sentido se manifiesta más en las personas mayores. Si los ancianos obtienen pocos logros y consideran su vida actual improductiva, puede que rememoren continuamente experiencias del pasado que justifiquen su independencia y capacidad productiva. Los ancianos que están en el trance de morir pueden pasar muchas de sus últimas horas rememorando el pasado. Buter (1974) señaló que esta revisión de la vida responde a un deseo de reconciliar el pasado con el presente, de modo que la vida pueda seguir evolucionando y cambiando hasta el final. Indicó que este proceso mental permite al anciano adaptarse a las nuevas circunstancias de la fase final de la vida. Para la persona a punto de morir, esta revisión de la vida la ayuda a reconciliarse con los conflictos y fracasos del pasado y le otorga un sentido a su vida. Además, recordar el pasado puede proporcionar simplemente una sensación placentera. Un recuerdo agradable puede servir de tranquilizante y, a su vez, aliviar la tensión y la angustia.

ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON LOS ANCIANOS QUE ESTÁN A PUNTO DE MORIR

A los médicos se les enseña el arte y la ciencia del diagnóstico y del tratamiento de la enfermedad con el objetivo de poder aliviarla. Con frecuencia los médicos toman decisiones en relación a un tratamiento, que se basan en su conocimiento de la enfermedad y de la viabilidad del tratamiento. Muchos médicos no creen que tengan derecho a dar importancia a la edad del paciente o a su calidad de vida.

Se deben tener también en cuenta los efectos del tratamiento, tanto quirúrgico como médico. El proceso de envejecimiento disminuye la capacidad de que dispone el cuerpo para tolerar un trauma. Por consiguiente, el paciente mayor con problemas múltiples debe recibir un tratamiento más suave, o más conservador. Kastenbaum (1981) describió cómo las personas que están a cargo de la asistencia de estos enfermos pueden optar por renunciar a un tratamiento que podría prolongar la vida y la calidad de ésta, si tienen la convicción de que la persona mayor está dispuesta a morir. Las decisiones que atañen al tratamiento deberían fundamentarse en otros factores que no sean sólo la edad.

El paciente mayor suele presentar una complicación de varias enfermedades crónicas, que suponen un reto para la actuación del médico. El tratamiento de una enfermedad puede agravar otra. A algunos especialistas esta posibilidad les parece disuasoria. La decisión de no tratar una enfermedad a menudo se fundamenta en la convicción de que el paciente, en última instancia, terminará muriendo de otra complicación. Por ejemplo, un médico puede decidir no tratar un sepsis en una paciente que está a punto de morir de un cáncer metastático.

Al personal de enfermería se le enseña también a atender al paciente enfermo para que se restablezca. Cuando el paciente tiene una edad avanzada y presenta problemas múltiples, se debe ser más considerado en el inicio de la intervención de enfermería. Lo cual tiene aún más relevancia cuando las intervenciones implican dolor. Se puede dudar, por ejemplo, en ayudar a que ande un anciano artrítico. Si el pronóstico del paciente es crítico, el personal de enfermería puede encontrar dificultad en comenzar a proporcionarle los cuidados higiénicos básicos, como el cambio de la ropa de la cama, el baño y el aseo bucal. A veces el personal de enfermería se niega a atender a la persona que está a punto de morir, ya que teme que con el movimiento le pueda sobrevenir la muerte.

La actitud del médico con respecto a la asistencia del paciente a punto de fallecer se refleja a menudo en la actuación de las otras personas que se ocupan del enfermo. Una vez que el médico ha decidido no tratar la enfermedad del paciente de un modo activo, el enfermero intentará que tenga una muerte en paz y sin dolor. Esta decisión puede verse afectada por la consideración de la edad, pero generalmente viene motivada por la capacidad que tiene el paciente para tolerar el tratamiento. Puede surgir un conflicto entre el médico y los otros

profesionales que asisten al anciano cuando estas decisiones no se toman de modo conjunto. El enfermero puede pensar que se debería dejar al paciente que muera en paz, mientras que el médico puede buscar activamente un diagnóstico específico, su cura, o remisión; aunque también puede ocurrir el caso a la inversa.

En algunas ocasiones, los pacientes pensarán que sus vidas no tienen sentido y que sería mejor estar muertos. Si el objetivo de un médico es contribuir a que se produzca una remisión y facilitar un remedio, los conflictos que pueden surgir son considerables. El personal de enfermería se desanima porque recibe poca cooperación del paciente, y la voluntad de los médicos se ve frustrada, ya que, a pesar de lo que hagan, el paciente no progresa. Un ejemplo de este tipo de situación lo constituyó el caso de un anciano de 72 años, con un cáncer no resecable en el esófago, y al que se le practicó una gastrostomía para poder alimentarlo. Durante semanas el anciano gritaba: "Quiero morir. Por favor, dejadme morir". A pesar de la intubación gástrica y de otras atenciones experimentó un empeoramiento progresivo. Las últimas tres semanas que estuvo con vida permitió pasivamente que el personal de enfermería le atendiese. Permaneció en una posición fetal y se negó a hablar. Finalmente, se le retiró el tubo gástrico y se le dejó morir.

Aún cuando el personal de asistencia es consciente de que el fin natural de la vida es la muerte, y de que su incidencia es más alta en la tercera edad, a menudo la muerte del paciente le causa dolor. El capellán Herman Cook, director del Servicio de Capellania en el Hospital Parkland de Dallas, Texas, se ha referido al dolor del personal de asistencia como el "tercer dolor".

Los médicos que han invertido mucho tiempo y energía en el diagnóstico y en el proceso del tratamiento experimentarán una sensación de fracaso profesional después de la muerte de un paciente. El personal de enfermería también experimentará una sensación de fracaso profesionalmente cuando se ha dedicado intensamente al cuidado y a la asistencia del enfermo.

Existen otros tres factores que pueden provocar el dolor en el personal de asistencia. Uno es la franqueza que se produce entre el paciente a punto de fallecer y la persona que le atiende. Esta confianza parece crear un sentimiento mutuo de afecto, que es de gran valor tanto para el paciente, como para la persona que le asiste, y para el médico. La pérdida o el final de esta relación provoca el dolor.

El segundo factor que puede aumentar la sensación de dolor del personal de asistencia radica en el grado hasta el que se identifica con los pacientes. Los pacientes que tienen la misma edad, raza, o posición socioeconómica que la persona que los atiende le hacen recordar al profesional su propia vulnerabilidad ante la muerte. También, la pérdida de aquellos pacientes que recuerdan al personal de asistencia a sus propios seres queridos puede aumentar el sufrimiento.

El tercer factor que también incide en el sufrimiento de los profesionales es el valor social que el personal de asistencia haya podido ver en la aportación del paciente en la vida de los demás. Como en la sociedad en que vivimos muchas personas consideran improductiva la posición de los ancianos, también puede ocurrir que la muerte de un paciente mayor no genere apenas dolor en la persona que le haya asistido. Sin embargo, si el médico o el profesional de enfermería se identifica o tiene una relación de afecto con el paciente, se verán potenciados el sentimiento de pérdida y el dolor que acompaña a esta pérdida.

LUGAR DE LA MUERTE

Si se pudiera elegir el lugar donde vamos a morir, la mayoría elegiríamos probablemente nuestro propio hogar. Según demostró una encuesta sin publicar realizada en 1975, de un total de 150 enfermeros, el 60% contestaron que preferirían morir en casa. Sin embargo, muchos pacientes no tienen elección. Pueden encontrarse en coma y precisar cuidados que no se les pueden suministrar en casa. Stein, et al. (1982), en un estudio realizado con personas ancianas de Miami, advirtió que el 35 % vivían solas, y no contaban con la ayuda de nadie. Como en la mayoría de las decisiones, existen ventajas e inconvenientes a la hora de morir en casa, en un hospital o en una residencia de ancianos.

Muerte en casa

La mayoría de las personas quieren morir en casa, ya que creen que serán capaces de controlar el trance hacia la muerte. Probablemente una de las consideraciones que más influya a la hora de decidir morir en la propia casa es de índole económica. Debido al considerable aumento en el coste de la asistencia hospitalaria, la

tendencia a morir en casa ha experimentado más auge. Además, se cuenta con la ventaja de encontrarse en el entorno familiar y disponer de los propios objetos personales. Otra ventaja importante de morir en casa es la oportunidad de estar acompañado de la familia. Lo cual cobra una importancia especial en el caso de los mayores que desean tener a su lado a los nietos y tataranietos.

Los inconvenientes de morir en casa son también considerables. A menudo esta carga supone un problema para la familia. Puede que los ancianos no quieran interferir en la vida familiar de sus hijos. Algunas personas mayores no creen que su cónyuge pueda asumir la responsabilidad del cuidado continuo que precisan. Además, al ser mayores pueden presentar enfermedades crónicas, o limitaciones físicas, que les impidan ocuparse de la asistencia del cónyuge que está a punto de morir. Fengler y Goodrich (1979) describieron al anciano que atiende a su cónyuge como "el paciente oculto". Thompson, Breckeridge y Gallagher (1984) encontraron un empeoramiento de los problemas de salud de aquellas personas que habían asistido a sus cónyuges cuando agonizaban. Una persona que decide morir en casa les está pidiendo a los seres queridos que asuman la responsabilidad de dejarles morir. Esta situación suele suponer una responsabilidad emocional tan importante que la familia se ve obligada a ingresar a la persona en el hospital cuando se encuentra ya en la fase agonizante. Es una petición devastadora solicitar de un ser querido que asuma la responsabilidad de dejarte morir.

Muerte en el hospital

Son muchas las ventajas de morir en el hospital. Tanto los servicios como la disponibilidad de asistencia son factores importantes. Por otro lado, a muchas personas les da seguridad saber que existen el equipo y las técnicas necesarias para poder controlar muchos de los temidos síntomas que pueden aparecer. También para la familia representa una ventaja verse aliviada de la responsabilidad que implica el cuidado de un enfermo. La principal ventaja de morir en el hospital es que la persona que atiende al enfermo comparte con la familia la responsabilidad de la muerte. La familia puede estar segura de que se ha hecho todo lo posible por aliviar la agonía del ser querido.

De todos modos, morir en un hospital también presenta muchos inconvenientes. En la mayoría de los hospitales los pacientes no pueden comer, dormir o moverse a su gusto. Ven invadida su intimidad y se encuentran con ropa extraña en una cama extraña. Se ven sometidos a agujas, a tubos, a pruebas y a una medicación sin su consentimiento. Si se niegan a aceptarlo, se les considera poco dispuestos a colaborar y se les reprocha de modo verbal, y no verbal, como si fueran un niño. Si la agonía dura mucho tiempo, morir en el hospital puede llegar a convertirse en un tremendo sacrificio económico para la familia. Esta situación se agrava en el caso del paciente anciano que vive de la pensión del retiro y presenta una enfermedad prolongada, que precisa de varias hospitalizaciones. Al final, el cónyuge no sólo se queda sin medios económicos, sino que a menudo tendrá que pagar unas facturas médicas a las que es incapaz de hacer frente.

Muerte en la residencia de ancianos

En la sociedad actual, muchas personas mayores terminan sus últimos días de vida internadas en una residencia de ancianos. La mayoría de los núcleos familiares son pequeños y en muchas ocasiones los dos adultos de la familia tienen que trabajar para poder mantener la casa económicamente. Por consiguiente, no existe una persona física que pueda asumir la continua responsabilidad que supone el cuidado de una persona mayor en casa.

En el caso de una agonía prolongada, las residencias de ancianos pueden constituir una alternativa, que perturbará en menor grado el núcleo familiar. Hoy en día, en muchas residencias de ancianos se anima a los residentes para que traigan sus objetos personales, y algunas incluso disponen de un mobiliario hogareño. Los pacientes no se ven sometidos a múltiples tratamientos invasivos, pero cuentan con un personal experto que les atiende en las funciones diarias. Muchas residencias han empezado a facilitar un servicio de hospicio, con un personal de plantilla que asume parte de la asistencia del paciente terminal.

Las residencias de ancianos también tienen sus inconvenientes. Los pacientes que están agonizando se tienen que someter a un horario similar al de un hospital. Los mayores a menudo muestran prejuicios sobre el ingreso en una residencia. Una mayor necesidad de cuidados físicos en la fase de agonía supone una carga adicional a una plantilla de enfermería, por lo general sobrecargada de trabajo. Con el fin de evitar que los demás residentes presencien la experiencia de la muerte, a la persona agonizante se le suele separar del resto de los residentes y, por tanto, se sentirá sola.

Los cuidados en una residencia, así como la hospitalización, resultan caros. Muchas personas mayores disponen de una cobertura de seguro limitada para sufragar los cuidados en una residencia. Con frecuencia, son los hijos o el cónyuge quienes deben asumir la carga económica adicional para que el familiar pueda recibir esta asistencia.

El concepto del hospicio

Tanto los ciudadanos de a pie como el personal de asistencia han sido conscientes de la necesidad de encontrar mejores medios para abordar la muerte. En un periodo tan corto como es el de quince años, el concepto del hospicio ha logrado una extensa publicidad, así como un desarrollo progresivo. En 1974 había sólo un hospicio en Estados Unidos. Actualmente hay miles, que abarcan desde pequeños grupos de voluntariado, hasta instituciones más grandes que se ocupan de la asistencia de cientos de pacientes terminales, y de sus familias (Amenta, 1984).

Según la Organización Nacional de Hospicio, constituida en marzo de 1978, el hospicio se define como un servicio paliativo y de apoyo, que proporciona asistencia física, psicológica, social y espiritual a las personas en fase terminal, así como a sus familias. El objetivo del hospicio es facilitar apoyo y cuidados a las personas que se encuentran en la última fase de una enfermedad incurable, de modo que puedan llevar una vida tan plena y confortable como sea posible (National Hospice Association, 1979).

El movimiento del hospicio en América ha seguido los pasos del conocido hospicio británico St. Christopher's Hospice en Londres. Existen diversas variantes de St. Christopher's, que incluyen desde programas para pacientes hospitalizados hasta programas de asistencia a domicilio, y otros servicios de asistencia para pacientes internos. Básicamente, todos los programas de hospicio facilitan servicios paliativos y de apoyo, que dirigen médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, orientadores, clero y personal voluntario. El objetivo de estos programas consiste en reducir las tensiones físicas, emocionales, espirituales, sociales y económicas que se experimentan durante la última fase del periodo de la enfermedad, en la agonía, o en la fase posterior a la muerte (McCabe, 1982).

La Ley Nacional de Reembolso del Hospicio, aprobada por el Congreso en 1983, contemplaba, por primera vez, las ayudas de reembolso de Medicare para los servicios de hospicio prestados por los programas debidamente autorizados. Para estar autorizados, los programas de hospicio deben contar con un director médico y deben proporcionar:

1. Una asistencia sanitaria las veinticuatro horas del día.
2. Servicios sociales.
3. Asistencia médica.
4. Orientación.
5. Servicios de asistencia en casa.
6. Medicación para el paciente ambulatorio y material médico.
7. Apoyo a los familiares que pierden a un ser querido.

Todos los programas de hospicio autorizados deben poder facilitar servicios tanto al paciente hospitalizado como al ambulatorio. Actualmente existen más de 1.700 programas de hospicio, que ayudan a las familias en la asistencia a domicilio de personas mayores en fase terminal (National Hospice Organization, 1989).

Los pacientes mayores que pueden solicitar Medicare Part A pueden optar por la asistencia del hospicio si el médico certifica que se encuentran en fase terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. En vigencia a partir de enero de 1989, no especifica ningún límite de días de cobertura para la asistencia de hospicio. Anteriormente, la ayuda que reembolsaba Medicare por la asistencia de hospicio no superaba los 6.500 dólares (Hamilton y Neubauer, 1989).

La aprobación de esta ley supuso un hito y estableció el programa de hospicio como una alternativa posible en el sistema sanitario de Estados Unidos. En ella se establecen claramente normas que aseguran una calidad de asistencia más uniforme. Por último, suministra una fuente de ingresos a los programas de hospicio, que antes dependían de la recaudación de fondos del municipio y de la aportación económica de los pacientes.

La asistencia del hospicio en casa requiere un cuidado intensivo. La mayor parte de esta atención la suministra la propia familia. La función del personal de enfermería del hospicio consiste en preparar, supervisar y ayudar a las personas que facilitan los cuidados. Un análisis de estudios previos revela que la familia precisa

una información sincera sobre el estado del familiar, la seguridad de que se le proporcionará toda la ayuda posible y el aprendizaje de las técnicas necesarias para asistir al paciente (Hull, 1989). Las familias señalaron como factores importantes de esta asistencia la accesibilidad a este servicio las veinticuatro horas del día, la experiencia de los profesionales, la facilidad de comunicación y una actitud sin prejuicios (Hull, 1991). El personal de enfermería del hospicio debe ser un profesional experto, profesor y consejero, y debe ser capaz de colaborar estrechamente con otros profesionales del equipo del hospicio.

Todavía existen muchos temas relacionados con la asistencia del hospicio que preocupan a los pacientes y a las familias. El médico del hospicio debe asumir la responsabilidad médica. Muchos médicos y pacientes no quieren aceptar esta transición. El paciente debe firmar una solicitud de consentimiento en la que se indique claramente que el paciente renuncia a seguir un tratamiento curativo. Esta decisión a menudo resulta aterradora. Los ancianos que se encuentran en un estado crítico y que no disponen de una persona que les atienda, precisan de los servicios de hospitalización. Por consiguiente, los hospicios pueden tener reservas a la hora de aceptar a estas personas.

Un paciente del programa de hospicio debe pasar el 80 % de los días en casa. Prácticamente todos los beneficiarios de Medicare que soliciten recibir la ayuda del hospicio deben tener una casa, una persona competente que les asista y suficiente dinero, para que esta persona que les atiende pueda estar sin empleo durante un periodo prolongado (Lynn, 1986).

Una encuesta realizada a 400 pacientes terminales con programas de hospicio tanto en régimen hospitalizado como en casa, y en centros de asistencia convencionales, demuestra que los pacientes y las familias que siguieron la asistencia del hospicio se encontraron altamente satisfechos de su servicio. Un análisis económico indicó que el coste por paciente era de 1.100 dólares menos en la asistencia del hospicio en casa que en la del hospital (Greer, 1983).

Carney y Burns (1986) descubrieron que la mayoría de los servicios facilitados por los programas del hospicio eran realizados por personal de enfermería licenciado. Señalaron que los pacientes más desfavorecidos eran los pacientes más ancianos, los pobres, las minorías raciales y las personas que vivían solas o con familiares que eran incapaces de proporcionarles un cuidado continuo. Hays (1986) advirtió que los pacientes hospitalizados experimentaban más dolor, náusea/vómito y problemas respiratorios. Además, sus familias mostraban más ansiedad y fatiga que las familias de los pacientes que recibían asistencia en el domicilio. Sin embargo, Grobe, et al (1981) indicaron que las familias de los pacientes asistidos en el domicilio tuvieron que aprender técnicas de movilización, de regulación intestinal, de conservación de la comodidad, de control de la dieta, de tratamiento del dolor y de cuidado de las heridas de la piel, para facilitar la asistencia en el domicilio. Más de la mitad de las personas que se encargaban del cuidado de los pacientes en el estudio de Holling (1986) experimentaron un cansancio físico significativo, que derivó en una fatiga y agotamiento severos. Sin embargo, también describieron una proximidad con el enfermo durante esta fase terminal, que les parecía gratificante. Cantor (1983) demostró en un estudio realizado en la ciudad de Nueva York con 178 personas mayores y débiles, a cargo de un paciente terminal, que experimentaron altos niveles de tensión por las exigencias físicas y económicas de la asistencia requerida por el paciente. Estos estudios indican que la asistencia del hospicio, como la asistencia hospitalaria y la prestada en la residencia de ancianos, tienen sus ventajas al igual que inconvenientes. Por consiguiente, el profesional de enfermería que aconseje al paciente terminal y a su familia debe considerar muchas variables sociales y económicas con el fin de remitir al paciente al servicio que sea más adecuado en función de cada caso.

MUERTE CON DIGNIDAD

La televisión y el cine han mostrado la muerte simplemente como el acto en que se cierran los ojos y cesa la respiración. Desgraciadamente, éste es el único tipo de muerte que muchos norteamericanos han visto. En realidad, la muerte raramente ocurre de este modo. Muy pocas veces se encuentra una persona saludable y activa, y un minuto después aparece muerta. La mayoría de los norteamericanos identifican la "muerte con dignidad" con una "muerte sin máquinas" (respiradores, monitores y fluidos por vía intravenosa). Sin embargo, la decisión de no emplear estos avances de la tecnología médica no asegura, en cualquier caso, una muerte de la misma calidad que la que vemos en la pantalla de la televisión.

La estructura social norteamericana pone mucho énfasis en la habilidad del ser humano para controlar la naturaleza. Su herencia sostiene este valor, mostrado por las personas que soportaron las adversidades en su viaje hacia el oeste. Además, nuestra sociedad concede mucha importancia a la productividad, que se valora

hasta tal punto que somos incapaces de disfrutar de lo que hacemos. Por último, la sociedad norteamericana sólo considera el aislamiento social como segunda causa de vejación después de la muerte. Con estos valores arraigados desde que nacen, no parece extraño que los norteamericanos teman el proceso hacia la muerte más que la muerte en si misma.

En 1980, el 40 % de toda la asistencia directa de los hospitales fue administrada a personas que sobrepasaban los 65 años de edad. Para el año 2050 las personas mayores requerirán casi el 80 % de la asistencia hospitalaria (Oakley, 1986). Estas cifras indican que para esa fecha el personal de enfermería puede pensar en un incremento de la asistencia a este sector de población. Más ancianos precisarán una atención compasiva y de apoyo cuando se enfrenten al trance de la muerte

Implicaciones de enfermería

El material bibliográfico de enfermería abunda en el uso de procedimientos específicos que se han de realizar con el paciente terminal. El concepto de "morir con dignidad" se emplea indiscriminadamente con pocos criterios específicos, y que resultan notoriamente imprecisos.

El 15 de diciembre de 1973, Science News (p. 375) informó de que la Asociación Médica Norteamericana había aprobado una resolución que permitía la retirada de las máquinas y del uso de grandes dosis de analgésicos con el permiso del paciente o de la familia.

Simms (1975) señaló que la muerte con dignidad requiere un entorno estable y cómodo, con la posibilidad de un alivio físico, psicológico y espiritual. Fayback (1975) señaló que la muerte con dignidad exige confortabilidad, un dolor mínimo, tranquilidad y la ausencia de medidas heroicas que prolonguen innecesariamente la vida. Cooper (1973) indicó que la muerte con dignidad debería depender de la tradición cultural.

En su conocido estudio, la doctora Kubler-Ross, et al (1975) identificaron cinco respuestas emocionales en los pacientes en fase terminal:

1. Shock y rechazo.
2. Ira.
3. Negociación.
4. Depresión.
5. Aceptación.

El rechazo puede ser una respuesta emocional de protección, ya que la persona es incapaz psicológicamente de aceptar la idea de su propia muerte. Por consiguiente, el personal de enfermería debe estar preparado para aceptar este rechazo del paciente, aunque sin secundarlo. La aceptación es la respuesta vista en los pacientes que han asumido la idea de que tienen una enfermedad terminal, aunque tal aceptación no implique perder la esperanza. De hecho, Kubler-Ross (1972) señaló que la esperanza es un componente esencial de una muerte con calidad. Pero, ¿puede alcanzar un paciente esta fase de aceptación y albergar todavía una esperanza?

El personal de enfermería con frecuencia piensa que las personas mayores temen menos la muerte que las más jóvenes. Los pacientes mayores que muestran ira y resentimiento pueden ser clasificados como "pacientes problemáticos". No se puede esperar que los mayores presenten una aceptación pasiva de la muerte.

Un pastor que dispensaba consuelo y servicio espiritual a las personas agonizantes visitó a una anciana de 92 años que se encontraba casi inmovilizada por la artritis y postrada en cama en una residencia de ancianos. El pastor asumió que, como tenía 92 años y se encontraba en un estado físico tan delicado, probablemente querría hablar de la muerte, un tema para el que venía preparado como persona experta e interesada en esta experiencia. A la primera mención del tema, la anciana se sentó recta en la cama y le dijo con una voz firme: "Escucha esto, Tom. Me llevaré la vida conmigo, sea como sea". Ese incidente le enseñó una lección sobre el significado de la muerte para una persona mayor.

Factores de interferencia y su control

Aunque el acto de morir sea una experiencia única y cada uno tenga sus preferencias personales, algunas veces existen factores inevitables que interfieren en una muerte digna.

El dolor: Una muerte digna implica la ausencia de dolor físico. Puesto que el dolor es un síntoma subjetivo, el personal de enfermería debe confiar en la valoración que el paciente haga de la intensidad del dolor. Muchas personas mayores consideran que la necesidad de pedir analgésicos es un signo de debilidad y de dependencia, y que ser capaz de soportar el dolor es en sí una muestra de dignidad. Algunos ancianos que son conscientes de la pérdida de lucidez mental no quieren tomar medicación, ya que piensan que agravará aún más ese problema. Para muchas personas el miedo a que la medicación les cause algún daño es peor que el dolor en sí. Austin, et al señalaron que el 50 % de los pacientes de su estudio no estaban de acuerdo con el uso de los analgésicos prescritos, a pesar de que estaban sufriendo un dolor intenso. Cuando se les preguntó la razón, las respuestas más comunes fueron: el miedo a la adicción y la pérdida de control; Ferrell y Schneider (1988) advirtieron que el 83 % de los pacientes con cáncer de su estudio tomaban menos medicación contra el dolor que la prescrita. Señalaron como causas para no tomar el medicamento el miedo a la adicción, el miedo a la tolerancia, la confusión en la dosis y la sensación de que el dolor no se puede tratar.

Billings (1985) recomendó que la medicación contra el dolor debería administrarse siguiendo un horario puntual para mantener el nivel conveniente de analgésico en la sangre y, así, asegurar el alivio del dolor. También recomendó que se utilizase el calor, el frío, la hipnosis, la relajación, la técnica de imágenes guiadas y la bioautorregulación para ayudar a controlar el dolor.

La asistencia de enfermería en esta fase agonizante debe consistir en suministrar alivio. Aunque en este estado la dependencia de la medicación no sea importante, se debe tener en cuenta si el paciente tolera la medicación. Cuanto más tiempo se tome una medicación, mayor será la dosis que se necesitará para aliviar el dolor. Muchos ancianos presentan una insuficiencia a la hora de metabolizar y expulsar los narcóticos. Por consiguiente, si se les administra dosis próximas en el tiempo pueden producirles un efecto acumulativo. Resulta interesante que Austin, et al (1986) también advirtieron que la mitad de los pacientes entre los 71 y 85 años manifestaron tener un dolor que era difícilmente controlado. Dobratz, Wade, Herbst y Ryndes (1991) han indicado que sólo el 23,3 % de sus pacientes precisaron continuas dosis de morfina subcutánea antes de morir. Al resto, el 76,7 %, se les trató por vía oral y rectal. El control del dolor en los pacientes mayores es un campo en el que se precisa aún mucha investigación.

Vistas estas consideraciones, el personal de enfermería deberá realizar una valoración minuciosa del paciente que sufre dolor. Herr y Mobily (1991) han facilitado varias guías para valorar el dolor en un paciente anciano. Se debe poner una atención especial en valorar el estado cognitivo y funcional del anciano. Es muy importante que el paciente sepa que los narcóticos están disponibles cuando los necesite, y que el personal de enfermería seguirá haciendo todo lo posible para aliviar el dolor. Los narcóticos orales son la medicación más habitual para el alivio del dolor en los pacientes terminales. La morfina en líquido se encuentra también disponible ahora en Estados Unidos. Una dosis de morfina oral de 55-60 mg. se suele considerar equivalente a 10 mg. de morfina por vía intramuscular. Aunque después de un uso prolongado se puede reducir por debajo de los 30 mg. Es necesaria una observación constante para controlar el alivio del dolor, el estado mental y el estado respiratorio (Blues y Zerwekh, 1984).

En la fase terminal de la agonía, las personas frecuentemente entran en un estado semicomatoso, o de completa inconsciencia, de modo que la valoración del dolor resulta difícil. Existe una posibilidad real de que el estado semiconsciente sea producto de un uso excesivo de narcóticos. Por tanto, se ha de evitar este exceso. A menudo, el personal de enfermería administra medicación al paciente por la insistencia de la familia. Ésta sólo puede afrontar la muerte del ser querido si está durmiendo en paz. Dicha actitud refleja que concebimos la muerte como un proceso en que nos dormimos para no volver a despertar.

La pérdida del control. La cantidad de control que el paciente es capaz de mantener también contribuye a que sea una muerte con calidad. Igualmente, se le da importancia a poder tomar decisiones en relación al propio funeral. En un momento en que ocurren tantas cosas que no se pueden controlar, las personas agonizantes a menudo intentan tomar decisiones que conciernen a su asistencia, incluso aunque estén contraindicadas, para probarse a sí mismas que todavía tienen algún control.

Debido a que las instituciones son centros tan estructurados, muchas personas deciden morir en casa. Aquí pueden elegir cuándo quieren dormir, cuándo y qué quieren comer, y que tipo de medicación y dosis van a tomar.

El personal de enfermería debería permitir que los pacientes decidan cómo quieren morir: Muchos ancianos parecen pensar que son demasiado mayores para tomar decisiones. Delegan esta responsabilidad en la familia, en los médicos y en el personal de enfermería. Scanlon (1989) ha indicado que las preguntas más valiosas que se pueden hacer a un paciente a punto de morir son: "¿Qué es lo que más te preocupa?" y "¿En qué te puedo ayudar?". La intervención de enfermería debe responder a estas preguntas. Es importante establecer objetivos realistas con la persona afectada para proporcionar la ayuda que es esencial en una muerte digna.

La incapacidad de controlar las funciones corporales le recuerda constantemente a la persona afectada que se está produciendo una pérdida de control. Por ejemplo, como medida de prevención, se pueden poner sondas en la vejiga, pero la pérdida del control intestinal puede ser desvitalizante para el anciano. Se deben hacer todos los esfuerzos posibles por mantener a los pacientes limpios y secos, de modo que no se hieran sus sentimientos y se proteja su intimidad.

Dificultad respiratoria. La incapacidad de respirar fácilmente durante la fase final de la vida causa ansiedad y miedo en todas las personas. Un paciente que agoniza puede mostrar inquietud y ansiedad, aumentando la frecuencia respiratoria y el deseo de aire. La familia se inquieta cuando percibe el desasosiego del paciente. El médico podrá prescribir una medicación que inhiba el centro respiratorio del cerebro y por consiguiente, disminuya el deseo de aire. Por lo general, se opta por el empleo de morfina. Si el paciente ya ha desarrollado una tolerancia a este fármaco, puede que sean necesarias dosis más elevadas para calmar la sensación de falta de aire.

Se pueden emplear varias medidas para que cese la respiración agitada. Debe existir una atmósfera calmada. A menudo resulta efectivo tranquilizar al paciente diciéndole que inspire profundamente y se relaje. El paciente debería encontrarse en una posición que permita la mejor ventilación posible. Se debe hacer todo lo preciso para que el paciente descanse. En algunas ocasiones es necesario sedarlo con una medicación intravenosa permanente. El personal de enfermería puede tener reservas a la hora de administrar sedantes en dosis muy elevadas a los pacientes en fase de agonía. El centro respiratorio puede encontrarse tan inhibido que la frecuencia respiratoria del paciente puede no ser lo bastante alta como para proporcionar una ventilación adecuada. El personal de enfermería debe ser capaz de valorar esta situación correctamente. En las últimas horas de agonía el paciente puede presentar una respiración ruidosa o sofocada. Lo cual puede causar preocupación a la familia. Se debería intentar colocar al paciente de lado. Si esto no permite la desaparición de las secreciones que obstruyen el paso faríngeo, puede que sea necesaria una succión. El médico puede prescribir pequeñas dosis de atropina para reducir las secreciones. Si se tiene como objetivo proporcionarle alivio, entonces la asistencia implica también una medicación que le alivie el dolor.

La imagen física. La preocupación de las personas por el aspecto físico no conoce límite de edad. Los pacientes mayores con enfermedades crónicas suelen experimentar un cambio progresivo en la apariencia. El temor a un deterioro del aspecto físico en la fase final de la vida constituye a menudo un factor desencadenante de la depresión en los ancianos.

El personal de enfermería puede contribuir a reducir la depresión si ayuda a los pacientes en el cuidado diario del aspecto físico. Un caso concreto fue el de una encantadora anciana, que tenía cáncer de mama. Cada mañana, por petición expresa de la paciente, el personal de enfermería realizaba el ritual de limpiarle la cara y maquillarla. Murió una tarde que llevaba su preciosa bata rosa y con la cara maquillada completamente, incluida la sombra de ojos. Incluso se le había hecho la manicura. La muerte fue un acontecimiento importante en su vida, y estaba preparada para la ocasión.

En resumen, el acto de morir nunca resulta fácil, pero se puede hacer mucho para conseguir que sea más digno. El enfermero es a menudo la principal persona que asiste al paciente en su muerte. Mediante el alivio del dolor y con la asistencia necesaria para que pueda mantener el control, se le puede ayudar a que tenga una muerte digna, que es un derecho de todo ser humano.

DESARROLLO DE ACTITUDES POSITIVAS EN RELACIÓN AL CUIDADO DE LOS ANCIANOS QUE ESTÁN MURIENDO

¿Cómo pueden los profesionales sanitarios trabajar y tener un trato continuo con los pacientes terminales y con las familias, y seguir disfrutando de su trabajo y de la vida? Parafraseando a Kubler-Ross (1975), compartir la experiencia de la muerte con aquellos que entendieron su sentido puede ayudarnos a crecer como personas.

Una filosofía de la muerte para asistir a los ancianos

El personal de enfermería debe ser consciente de qué cuidado tiene que realizar y a quién va dirigido este cuidado. La atención que se ha de administrar a un anciano a punto de morir va encaminada a su asistencia, y no a su curación. Muchos enfermeros trabajan bajo el engaño de que sus servicios no tienen valor alguno, a menos que contribuyan a la recuperación de la persona. El paciente enfermo puede necesitar los servicios del profesional de enfermería independientemente de que pueda experimentar una mejoría o no. De hecho, cuanto más próximo se encuentra el momento de la muerte, se produce una mayor necesidad de cuidados de enfermería.

La asistencia que se le puede prestar es diversa, pero el objetivo último es ayudar a que la persona muera en paz y tan tranquilamente como sea posible. Siempre que se pueda, el paciente podrá expresar qué tipo de asistencia desea, según sus propios valores. Por consiguiente, es importante determinar cuáles son esos valores. Esta información debería encontrarse accesible a todo el equipo de asistencia sanitaria.

Dolor

Parte de la respuesta a la pérdida de una relación es un sentimiento de dolor, y es posible que el personal de enfermería experimente este sentimiento cuando un paciente muere. Se debería expresar este dolor y no pensar que por ello se pierde la profesionalidad. A veces, compartir algún tiempo con otros profesionales del equipo sanitario ofrece una oportunidad para expresar este dolor. Si el enfermero comprende que este dolor es una consecuencia de su implicación con el paciente, el dolor puede convertirse en algo positivo. Con frecuencia se debe recordar a estos profesionales que sin dolor no haya asistencia.

Valoración

Una tarea específica que se suele pasar por alto después de la muerte de un paciente es la valoración. Se deberían revisar los valores que el paciente consideró importantes y cómo se cumplieron tales objetivos. Además, se debería evaluar también cómo influyeron las personas en esa fase previa a la muerte. Aunque este análisis pueda revelar cierta debilidad en la asistencia del paciente agonizante, también destaca las atenciones que mejoraron la calidad de la muerte del paciente.

Éste puede ser un medio efectivo para cambiar la actitud del personal de enfermería en relación a ellos mismos y en relación a su práctica profesional. La tabla 11.1. muestra una técnica que puede usar la plantilla de una unidad oncológica para valorar la trayectoria de una muerte. Esta técnica puede ser útil a nivel individual, o en un grupo al que asistan varias personas que atendieron al paciente. Durante estas reuniones todo el equipo se apoya, ya que todos pasan por este proceso de dolor cuando pierden a un paciente.

Tabla 11.1. Una muerte digna: técnica de valoración.

- ¿Tuvo lugar la muerte donde el paciente quería morir?
- ¿Se cuidó de que el paciente estuviese limpio?
- ¿Se consiguió que el paciente estuviese tranquilo?
- ¿Tenía miedo el paciente?
- ¿Pudo mantener el control sobre su muerte?
- ¿Estuvieron presentes los seres queridos en el proceso de la muerte?
- ¿Se le dio apoyo a la familia?

RESUMEN

El proceso de la muerte es imprevisible. Tanto como sea posible, este proceso debe estar de acuerdo con los valores de la persona que se está muriendo. La persona mayor no tiene por qué aceptar mejor que una persona más joven un diagnóstico terminal. La mayoría de los mayores experimentan miedo al dolor, miedo a la soledad y miedo al sin sentido, como parte de la trayectoria previa a la muerte.

Aunque el personal de asistencia puede aceptar la muerte como un fenómeno natural que pone fin a la vida, sin embargo, pueden experimentar dolor. Tres factores que inciden en este dolor son:

1. La franqueza con el paciente.
2. La identificación con el paciente.
3. El valor social de las aportaciones que haya hecho el paciente.

A causa de los problemas asociados con la muerte en el sistema de asistencia sanitaria a domicilio, el concepto del hospicio se ha hecho una realidad. Aunque la idea de una asistencia de hospicio en el propio domicilio es prometedora, la presión que se ejerce sobre la persona a cargo del paciente suele ser muy importante, tanto física como económicamente. Muchas personas mayores viven solas o con el cónyuge, que también es mayor, y con limitaciones físicas, lo cual imposibilita que se suministre la atención necesaria en aquellos programas del hospicio en un régimen de asistencia a domicilio. Por consiguiente, las personas mayores seguirán necesitando los programas de hospicio en régimen hospitalizado, los hospitales y las residencias de ancianos para la asistencia durante el proceso previo a la muerte.

Con un sector de población mayor cada vez más numeroso y un aumento en las enfermedades crónicas, la asistencia sanitaria en el futuro se irá encaminando progresivamente hacia el cuidado de los ancianos. El personal de enfermería tiene la oportunidad de ayudar a que las personas mayores mueran con dignidad. Su contribución en el control del dolor y el alivio de los problemas de respiración requiere una aplicación clínica experta. Se puede contribuir a que el paciente tenga una mayor calidad, ayudándole a cuidar el aspecto físico y permitiéndole que tome decisiones en relación a su propia muerte. Por último, el personal de enfermería que está a cargo de la asistencia de pacientes terminales debe valorar activamente los métodos de asistencia y, de este modo, desarrollar una actividad positiva.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Definir la trayectoria de la muerte.
2. ¿Qué significa el término muerte cerebral?
3. Señalar tres tipos de miedo asociados con la muerte.
4. Describir los conflictos habituales en torno a la decisión de tratar o no tratar a los pacientes mayores.
5. Señalar tres factores que pueden influir en el dolor que experimenta el personal de asistencia cuando el paciente muere.
6. Valorar las ventajas e inconvenientes de morir:
 - a) En casa.
 - b) En un hospital.
 - c) En una residencia de hospicio.
 - d) Con un programa de hospicio.
7. Describir cómo la edad influye en la actitud hacia la muerte.
8. Identificar tres factores que pueden influir en una muerte digna.
9. Describir las intervenciones de enfermería para controlar los factores que contribuyen a tener una muerte digna.
10. Señalar un método de valoración que cree en el equipo un desarrollo de actitudes positivas en relación a la asistencia del paciente terminal.

REFERENCIAS

- Amanta, M. 1984. Hospice USA 1984 -Steady and Holding. *Oncology Nursing Forum* 11 (5): 68-74.
- Austin, C., P Eyres, E. Heiferin, and R. Krasnow. 1986. Hospice home care pain management: Four critical variables. *Cancer Nursing* 9 (20): 58-5.
- Billings, JA. 1985. *Outpatient Management of Advanced Cancer*. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott.
- Blues, A. and J. Zerwekh. 1984. *Hospice and Palliative Nursing Care*. Orlando, FL: Grune and Stratton.
- Butler, R. 1974. Successful aging and the role of life review. *Jam Geriatr Soc* 12: 529-35. Cantor, M. 1983. Strain among caregivers: A study of experiences in the U.S. *The Gerontologist* 23 (6): 597-604.
- Carey, R. C. 1975. Living until death: A program of service and research for the terminally. In *Death, the Final Stage of Growth*, edited by E. Kubler-Ross. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Carney, K. and M. Burns. 1986. Hospice care: Some insights on nature, demand and cost. In *Hospice Handbook: A Guide of Managers and planners*, edited by L. F. Paradis. Rockville, MD: Aspen.
- Cooper, R. M. 1973. Euthanasia and the notion of death with dignity. *The Christian Centurt*, February: 226.
- Cummings, E. and W. E. Henry. 1961. *Growing Oíd*. New York: Basic Books.
- Dobratz, M. C., R. Wade, L. Herbst, and T. Ryndes. 1991. Pain efficacy in home hospice patients: A longitudinal study. *Cancer Nursing* 14 (1): 2-26.
- Esberg, K. K. 1980. Dying and life aged. *Journal of Gerontological Nursing* 6(1): 11-1.
- Fayback, M. 1975. Death with dignity. *Journal of Gerontological Nursing* 1(3): 42-4.
- Fengler, A. and N. Goodrich. 1979. Wives of elderly disabled men: The hidden patients. *The Gerontologist* 19 (3): 175-83.
- Ferreil, B. R. and C. Schneider. 1988. Experience and management of cancer pain at home. *Cancer Nursing* 11(2): 8-90.
- Greer, D. 1983. National hospice study analysis plan. *J. Chronic Dis* 36 (11): 737-80.
- Grobe, M., D. Ilstrup, and D. Ahmann, 1981. Skills needed by family members to maintain the care of an advanced cancer patient. *Cancer Nursing* 4 (5): 371-75.
- Hamilton, C. L. and B. 3. Neubauer, 1989. Hospice nursing: Serving ambivalent clients. *Nursing and Health Care* 10 (6): 321-22.
- Hays, 3. 1986. Patient symptoms and family coping: Predictors of hospice utilization patterns. *Nursing* 9 (6): 317-25.
- Herr, K. A. and P R. Mobily. 1991. Pain assessment in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing* 17(4): 12-19.
- Hohng, E. 1986. The primary caregiver's perception of the dying trajectory: An exploratory study. *Cancer Nursing Forum* 9 (1): 29-37.
- Hull, M. M. 1989. Family needs and supportive nursing behaviors during terminal cancer: A review. *Oncology Nursing Forum* 16 (6): 787-92.
- Hull, M. M. 1991. Hospice nurses caring support for caregiving families. *Cancer Nursing* 14 (2): 63-70.
- Hutchins, R. M., ed. 1952. *Great Books of the Western World*. Vol. 8. Chicago: Encyclopaedia Britannica.
- Kastenbaum, R. 3. 1981. *Death, Societt and Human Experience*. 2d ed. St. Louis: C. V. Mosby. Kubler-Ross, E., 5. Wessler, and L. Aviola. 1972. On death and dying. *JAMA* 22 (2): 174-79. Kubler-Ross, E., ed. 1975. *Death, the Final Sta ge of Growth*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lynn, 3. 1986. Ethics in hospice care. In *Hospice Handbook: A Guidefor Managers and Planners*, edited by L. E Paradis. Rockville, MD: Aspen.
- McCabe, S. 1982. An overview of hospice care. *Cancer Nursing* 5 (2): 103-8. Moody, R. A. 1975. *Life after Life*. Covington. GA: Mockingbird Books.
- National Hospice Organization. 1979. *Standards of a Hospice Program of Care*. Branford, CT: National Hospice Organization.
- National Hospice Organization. 1989. *A Guide to the Nation '5 Hospices*. Arlington, VA: Natio-nal Hospice Organization.
- Oakley, D. 1986. Projecting the number of professional nurses required for in-hospital direct care of older people: 1970-2050. *Western Journal of Nursing Research* 8 (3): 343-49.
- Oberst, M. T., 5. E. Thomas, K. A. Goss, and 5. E. Ward. 1989. Caregiving demands and appraisals of stress among family caregivers. *Cancer Nursing* 12 (4): 209-15.
- Scanlon, C. 1989. Creating a vision of hope: The challenge of palliative care. *Oncology Nursing Forum* 16 (4): 491-96.
- Simms, L. 1975. Dignified death: A right, not a privilege, *Journal of Ge rontological Nursing* 1(5): 21-25.
- Stein, 5., M. Linn, and E. Stein. 1982. The relationship of self-help networks to physical and psychological functioning. *Jam Geriatr Soc* 30 (8): 764-68.
- Thompson, 1., 3. Breckenridge, and D. Gallagher. 1984. Effects of bereavement on self-perception of physical health in elderly widows and widowers. *J Gerontol* 39 (4): 309-14.
- Watson, W. and R. Maxwell. 1977. *Human Aging and Dying*. New York: St. Martin's Press.
- Williams-Zicgler, 3. 1984. Allaying common fears. In *Dealing with Death and Dying*. 2d ed. (Nursing Skillbook series), edited by P. 5. Chaney, Springhouse, PA: Nursing 84 Books.
- Woodrow, K., G. Freidman, A. Siegelaub, and M. Collen. 1975. Pain tolerance difference according to age, sex, and race. In *Pain, Clinical and Experimental Perspective*, edited by M. Weisenberg. St. Louis: C. V. Mosby.