

LA COMUNICACION Y TRATO CON LOS ANCIANOS. SUS NECESIDADES Y NUESTRAS DIFICULTADES

ospitaleko
orria
página
hospitalaria

JACINTO BATIZ

Coordinador Médico de la Unidad de Medicina Paliativa
Hospital San Juan de Dios de Santurce (Bizkaia)

Para comenzar este artículo elijo unas palabras de la Dra. Elisabeth Kübler Ross que ambientarán el mensaje que les quiero transmitir.

"Las personas mayores, al final de sus vidas, necesitan un contacto físico: que les toquemos, alimentemos, que les mimemos, limpiemos, las visitemos, con dulzura".

INTRODUCCION

El envejecimiento progresivo de la población en las últimas décadas y las enfermedades crónicas evolutivas, como el cáncer, insuficiencia de órganos y más recientemente la irrupción del SIDA, conducen a los pacientes a la llamada fase terminal que, más tarde o más temprano, enfrentará a las personas con su propio final.

Por otra parte, nos encontramos en la era en que la comunicación está más avanzada y, paradójicamente, sucede que estos enfermos alcanzan las mayores cotas de soledad, hasta el punto de que esta sociedad puede hacerles más daño que la propia enfermedad.

La relación médico-enfermo ha pasado de una concepción vertical y paternalista a una relación más horizontal, donde la comunicación con el enfermo anciano y el escuchar sus necesidades nos da la oportunidad de tener una relación de empatía que, sin duda alguna, mejorará nuestra actuación profesional, ya que concebimos al anciano desde una perspectiva global, como persona, como paciente, como anciano; actuan-



do con cariño y respeto total, teniendo siempre en cuenta sus propias decisiones.

El Dr. Gómez Sancho escribe: "Podríamos pensar de entrada qué efecto puede tener para un anciano el diagnóstico de una enfermedad asociada comúnmente con la muerte, cuando la vejez es de por sí percibida, sobre todo, en nuestra cultura, como enfermedad y antesala de la muerte".

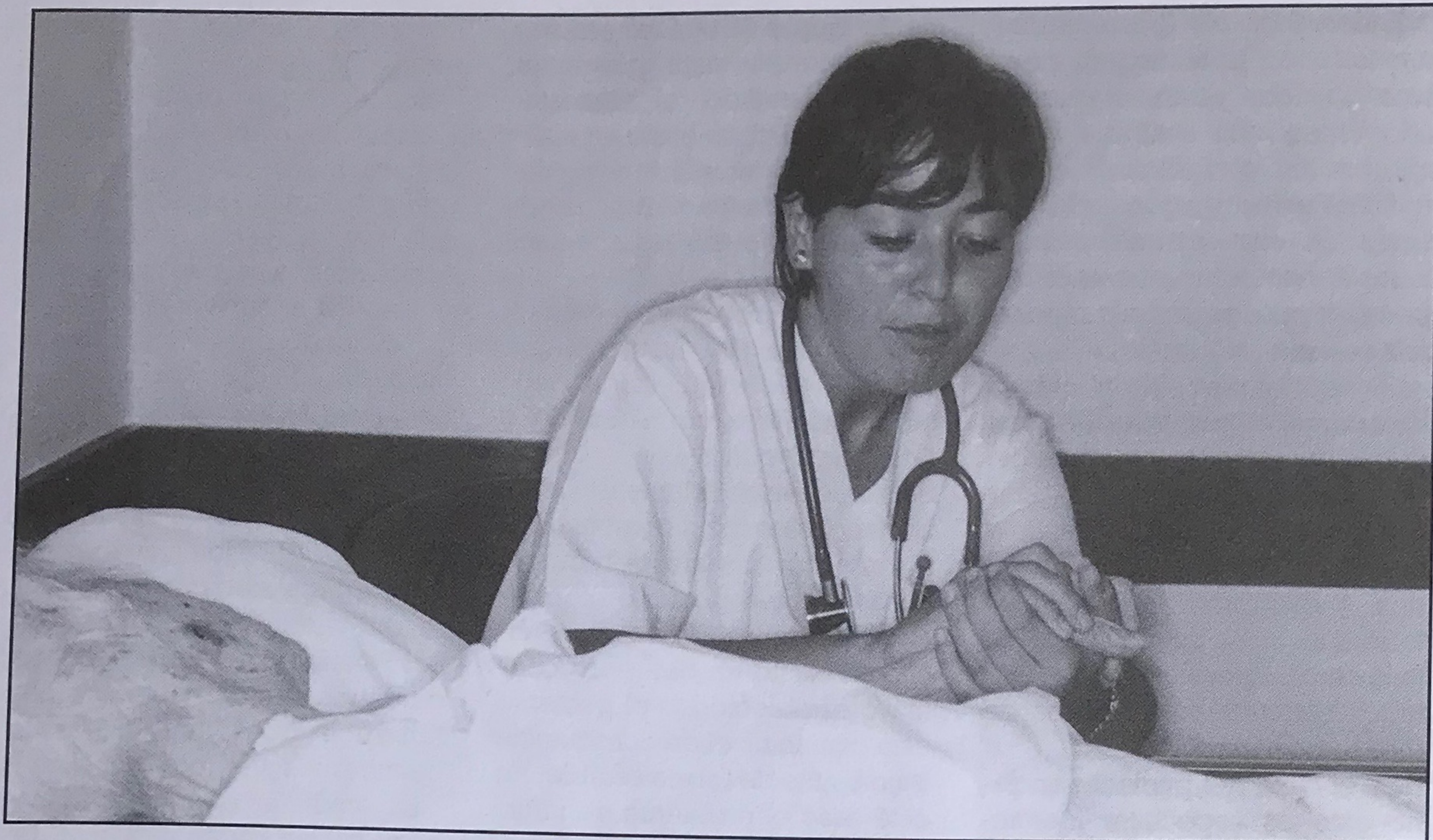
Teniendo en cuenta esta reflexión, al enfermo geriátrico que padece una enfermedad terminal hay que entregarle todo el cariño porque su vejez ya tiene presente su sensación de estorbo y de carga que la sociedad ha establecido en función de su propia vejez y de las variables de productividad, y por ello está más expuesto a decaer como persona íntegra. Por ello debemos arroparlo con todas nuestras fuerzas día a día.

Hasta ahora, tal vez hemos pensado que el anciano, en el final de su vida, no entiende, mu-

chas veces no oye y, además, tiene dificultades para ver. Por estas razones, tenemos la idea equivocada, no lo dudo, de que para qué vamos a explicar lo que sucede, si no va a entender. Esta idea la tenemos que desechar siempre. No tenemos que caer en esta tentación siempre que tengamos que atender a un anciano. Pero comprendo que no es fácil todo esto, por lo que creo conveniente analizar algunos aspectos que nos ayuden a comprender mejor cómo debemos comunicarnos y cómo debe ser el trato con nuestros ancianos enfermos y particularmente, en su fase terminal.

Necesidades de comunicación del anciano en su fase terminal

La comunicación y el trato deben ir a resolver uno de los grandes problemas del anciano terminal: se encuentra solo, incomunicado. El anciano necesita sentirse acompañado y comunicado. Necesita que se le



conozca de una forma profunda en vez de volverle la cara hacia otro lado. Necesita que se le respete, que se le cuide en vez de apartarlo de nuestro lado.

No olvidemos que el anciano es marginado laboralmente, ya que le jubilan; familiarmente también es marginado, le abandonan, no cuentan con él; socialmente le llaman "tercera edad"; también biológicamente es marginado, ya que tiene más posibilidades de enfermar. El Dr. Ribera Casado afirma que una forma de discriminación social del viejo es la falta de paciencia y comprensión que podamos tener con nuestro trato.

El anciano enfermo pierde el control sobre el proceso de su enfermedad, sobre las decisiones que se tomen sobre él, así como de sus cuidados médicos. Generalmente es menos consultado sobre las decisiones terapéuticas que se van a tomar con él. También es verdad que se mantiene un menor interés por conocer la verdad según se avanza en la edad. Los más jóvenes piden ser informados de la verdad con más frecuencia que los ancianos.

No hace mucho, tan sólo unos meses, en nuestra Unidad, habíamos presenciado la decisión de una familia de ingresar a la abuela en una Residencia Geriátrica, que un tiempo antes ha-

bía sido ingresada en nuestro Hospital a petición de ellos mismos para tratamiento rehabilitador por secuelas de un accidente cerebrovascular. Durante su ingreso acudió personal de la Diputación para hacer una evaluación de la paciente para el ingreso en la Residencia que la familia había solicitado. La paciente, a pesar de su afasia, consiguió preguntar para qué estaban aquellas personas, y cuando le informaron que era para ingresarla en una residencia, la enferma se negó a ser reconocida y el llanto era diario a partir de ese día. La familia, extrañada por esta actitud de la abuela, nos preguntaba que si lo que le pasaba era que "no tenía riego". Nosotros le dijimos que lo que le pasaba era que ellos estaban decidiendo su vida por ella, y que nunca se lo habían consultado.

Los ancianos necesitan ser escuchados con imperiosa necesidad. Es preciso para ello que se tengan en cuenta sus ideas, tanto culturales como religiosas. Desean sentirse útiles; es preciso que tengamos presente que los ancianos tienen derecho a que se les tome en cuenta. Con nuestra actuación debemos generar confianza sin que destruyamos la esperanza.

El anciano tiene necesidad de que se le respete como ser libre

que debe tomar sus propias decisiones, por sí mismo, no tratándole como a un menor, no es un niño.

Debemos conocer y tener siempre muy presente que los ancianos tienen necesidad de una comunicación abierta y sincera, tienen necesidad de sentirse acompañados y tienen necesidad de poder expresar libremente sus emociones. Esto deberá hacer que el Equipo de Cuidados Paliativos que atienda a los ancianos acoja a la persona mostrándole que no está solo, escuche con aceptación y empatía y mantenga cierto contacto físico que indique cercanía y respeto de sus momentos, de sus silencios.

Estos pacientes observan que los sanitarios entramos en su habitación para administrarles los medicamentos, para tomarles la tensión, pero ellos no quieren que nos marchemos, desean que nos quedemos algo más de tiempo con ellos. Ellos quieren saber que alguien está junto a ellos para darle la mano cuando tenga necesidad de ello.

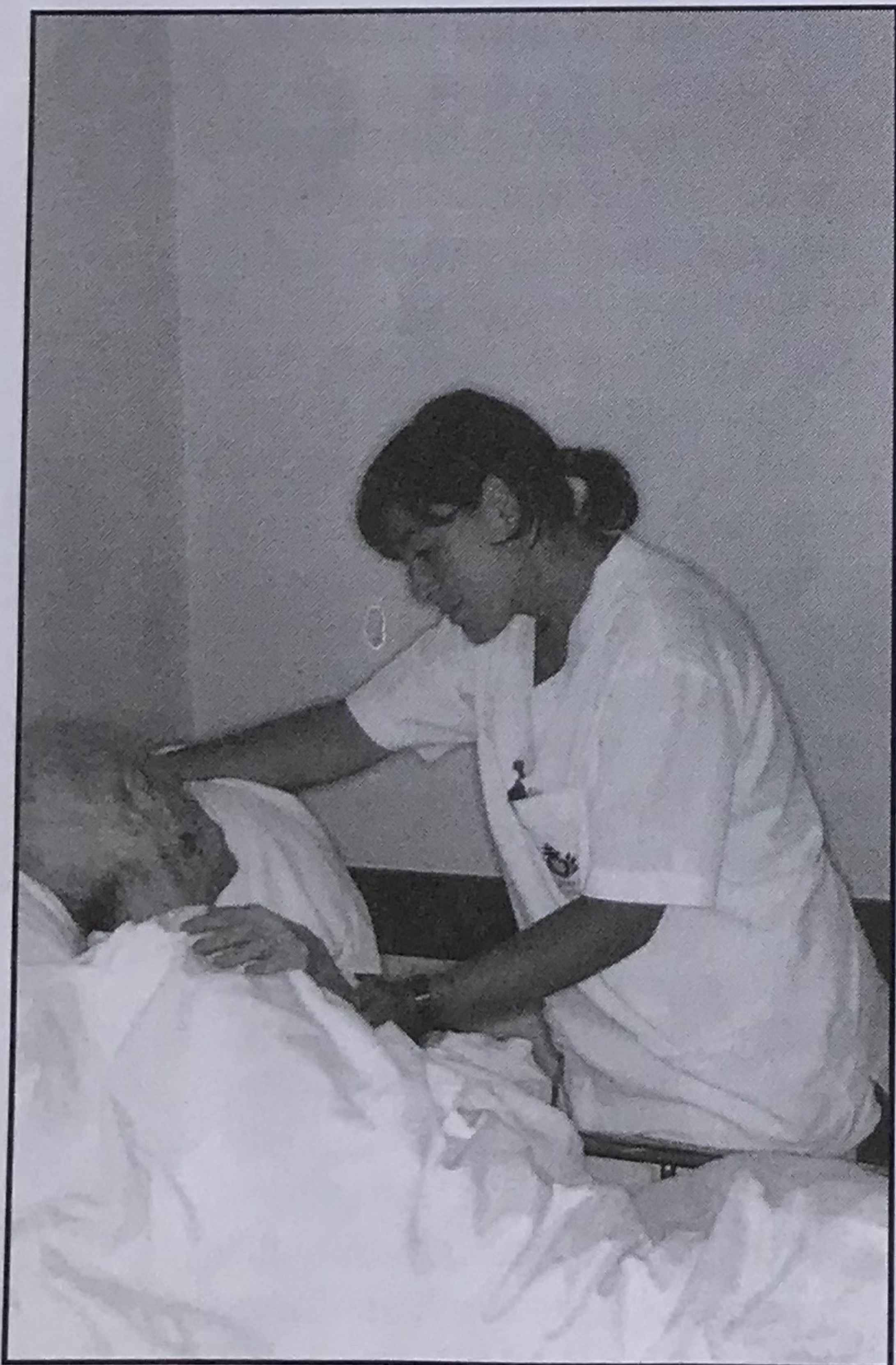
Dificultades en la comunicación con el anciano en fase terminal

Además de su enfermedad terminal, el anciano tiene dificultades para entender (tiene problemas mentales), tiene difi-

cultades para oír (padece disminución en la audición), pero esto no debe justificar que no adoptemos una actitud de comunicación con ellos. Por eso quisiera señalar algunas dificultades en esa comunicación y tratar de ver cómo podemos superarlas para poder comunicarnos con ellos.

La importancia de mantener informado al paciente terminal del carácter y de la evolución de la enfermedad para contar con su colaboración directa y positiva en el desarrollo de todos y cada uno de los planes terapéuticos no es objeto de este artículo, pero entiendo que todos estamos convencidos de esta importancia.

En el caso del paciente anciano esto es especialmente importante ya que, por un lado, esta colaboración con frecuencia es más difícil de obtener, y por otro, el médico tiende también a eludirla basándose en que ha de emplear mayor tiempo y atención para poderse la proporcionar o por sus mayores dificultades para comunicarse con el paciente. En muchas ocasiones el médico intenta evitar la relación con el enfermo, para lo cual utiliza diferentes coartadas como son las visitas rápidas, el no dirigirse directamente al pa-



ciente sino a la enfermera o a acompañantes para preguntar sobre su estado, el contestar con monosílabos o frases estereotipadas, tomar actitudes demasiado distantes, el no conversar con el enfermo argumentando sordera.

En el campo de la Medicina Geriátrica existe un problema esencial, que es el estado mental del paciente, con su nivel de función cognitiva. Por lo que la información se planteará si el anciano tiene lucidez mental suficiente como para percibir la trascendencia de una información de este tipo. En muchos ancianos existe un deterioro cognitivo establecido, o el paciente está con un nivel de consciencia bajo o nulo de forma estable. En este caso el problema de informar deja de existir.

En nuestra sociedad adoptamos una actitud de relegar al individuo anciano a un papel eminentemente pasivo y a decidir por él, aplicándole criterios paternalistas que no se consideran adecuados para uno mismo.

En otras ocasiones existen actitudes psicológicas del propio paciente que actúan como límites para que la comunicación y el trato sean adecuados:

- Un límite muy importante en esta comunicación y trato con el anciano es su exigencia con cierto matiz egoísta; en muchas ocasiones el anciano se cree único.
- Otros creen que no hace falta que les dediquen tantos cuidados, ya que están acabando sus días; se creen inútiles.
- Otros esperan y agradecen todo lo que les hacemos. Se creen que no son merecedores de tales cuidados.

Cuando se os plantea informar a un anciano en fase terminal se piensa que abordar esta labor suele dar más trabajo y requiere más tiempo. En otras ocasiones se tiende a considerar, explícita o implícitamente, que el anciano ya ha vivido lo suficiente y que, por consiguiente, lo normal (y a veces, hasta lo deseable), es que se muera. Incluso, no es raro asumir que el propio anciano debe

compartir este tipo de pensamiento.

Nos debemos plantear si el anciano ha manifestado en algún momento de manera expresa y clara su deseo de conocer la verdad. Una anciana de 87 años siempre que sale por la puerta de la consulta se despidió diciéndome: "doctor, dígame siempre la verdad de lo que tengo. No se lo diga a nadie, dígame sólo a mí". Yo pregunto si es verdad que quiere que le diga todo, o lo que a ella le gusta que le diga. No estoy muy seguro. En realidad creo que quiere que nadie decida por ella. Los ancianos tienen miedo a que otros decidan por ellos. Les tenemos que garantizar que contaremos siempre con ellos.

La familia es el entorno humano más importante donde se desarrolla la vida del anciano. Aunque a veces pueda suponer un límite más. La familia suele presionar. Es habitual que se suela sentir intérprete de la voluntad y de la conveniencia del anciano (recuerden el ejemplo que les he citado de la decisión de la familia del ingreso en la residencia de la anciana). En ocasiones nos intenta decir lo que tenemos que hacer, lo que conviene y no conviene, lo que tenemos que decir y lo que tenemos que callar. Incluso a veces llega hasta la amenaza. De hecho es, tal vez, el obstáculo más importante para que el paciente mayor pueda desarrollar el principio de autonomía en el momento de su última enfermedad.

Esta injerencia de la familia, que muchas veces puede reflejar realmente la voluntad del enfermo y estar guiada por la mejor de las intenciones, contribuye con frecuencia a hacer más difícil la relación normal médico-enfermo. No siempre los intereses del anciano coinciden con los de su familia, aunque se trate de sus propios hijos.

¿Cómo debe ser la comunicación y el trato?

Cuando estaba preparando este artículo tenía las ideas, parecía que muy claras, de cómo debiera ser la comunicación y el trato con el anciano terminal.

Creía que les podría informar a ustedes de lo que hay que hacer en esta situación especial. Pero me dí cuenta que todo lo que les estaba preparando para explicar era muy fácil hasta que nos ingresaron en nuestra Unidad a una anciana ciega y sorda. Su hija, la única cuidadora, estaba enferma y solicitó el ingreso de su madre para que mientras ella se recuperaba de su enfermedad la cuidáramos nosotros. Se nos planteaba entonces un problema nuevo: no oye y además no ve. Sabemos que el tacto es la forma de comunicación no verbal que teníamos que emplear con esta enferma, pero la enferma estaba acostumbrada al tacto de su hija, el nuestro le daba miedo. Cuando le tocábamos suavemente lloraba y decía entre sollozos: "mi niña ¿dónde está mi niña?" No era fácil darle confianza tan sólo con el tacto. Poco a poco ha empezado a sonreír cuando nos acercamos a ella con nuestra caricia. Se agarra a nuestra mano y sonrío.

Debemos dar al anciano terminal la posibilidad de comunicarse, creando un ambiente favorable, manteniendo un nivel de vigilancia adecuado y asegurando una presencia disponible y atenta.

No debemos ampararnos en actos puramente técnicos (tomar la tensión, auscultar, poner una inyección...) sino utilizarlos como vectores de relación. Cuando la comunicación verbal ya no es posible, la mirada, el tacto y las caricias permiten todavía mantener un intercambio.

La comunicación es preciso que se mantenga activa constantemente y se haga de una manera fluida y teniendo en cuenta las características que tiene un anciano y además terminal. Es algo que se debe tener en cuenta como algo que a veces los sanitarios desechamos: "¡Bah, total no oye, está en otra órbita!" Esto no debe ser disculpa para no comunicarnos con él.

Cualquier mensaje que transmitamos debe rezumar esperanza en su fondo y en su forma. Además, habrá que cuidar especialmente la claridad del len-

guaje y buscar la comprensión del mismo. Dice el Dr. Sanz que "no siempre el mensaje enviado es el mensaje comprendido".

Tenemos que tener en cuenta que con la actitud de no preguntar, el anciano nos está expresando que no quiere saber. Nuestra actitud deberá ser la de dar tiempo para las nuevas preguntas que puedan surgir y mantenernos físicamente presentes mientras las dudas se reflejan en nuestro paciente y en su familia. Hay que evitar el hablar y salir corriendo.

El Dr. Ribera dice: "las tareas del médico a lo largo del camino de la fase terminal del anciano, serán las de aliviar los dolores físicos y los males morales, estimular en la lucha por superar lo que se aproxima, relajar las tensiones y ansiedad, prevenir y adelantarse a las vicisitudes que vayan surgiendo y en último término asumir el papel de mano que nunca abandona y que siempre se encuentra dispuesta para proporcionar seguridad, calor y compañía".

Debemos emplear un lenguaje sencillo con el que nos puedan entender, explicarles lo que pregunten, no engañándoles. Ellos se deben sentir protagonistas, hay que darles muestras sencillas de cariño.

Si les tratamos como personas y lo hacemos como nos gustaría que nos trataran a nosotros en sus mismas circunstancias, no nos vamos a equivocar nunca.

Nuestro trabajo de sanitarios tiene un efecto positivo por sí mismo: el cuidado de nuestros pacientes con cariño y afecto aumenta la calidad y la cantidad de vida. Los pacientes terminales necesitan hablar con ternura y libertad sobre su situación. Los ancianos se encuentran más solos y nos necesitan más.

Los ancianos no son muebles más o menos antiguos y en las más de las veces, destartados. Son personas aún con vida, pero además, cargadas de mucha experiencia y de recuerdos, que no debemos ignorar ni pasar por alto.

Cuando sus vidas se van apagando, unas veces porque sus tuberías están obstruidas y

otras porque sus cables eléctricos están pelados y con sus conexiones rotas, o que el cáncer les juega una mala pasada en los últimos años, y las más de las veces porque su motor tiene ya muchas vueltas... nosotros debemos ayudarles, tal vez nuestra ciencia ya no pueda restaurar su estructura y su maquinaria, pero nuestra ayuda, nuestra compañía y nuestro afecto sí pueden dibujar en sus labios una sonrisa de agradecimiento.

BIBLIOGRAFIA

- JJ RODRIGUEZ SENDIN. Curso de habilidades en atención integral al dolor. Comunicación con el enfermo terminal y su familia. Sociedad Española de Medicina General. Instituto UPSA del Dolor. 1998. Prólogo.
- J. BATIZ. La comunicación y trato con los ancianos. En La Comunicación en la Terminalidad. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 1998. Págs: 200-208.
- M.A. RIPOLL, C. ALDA, C. URRACAS. Calidad de la atención a los pacientes oncológicos terminales. Opinión de los médicos de atención primaria. Grupo de RIMCAM de la Sociedad Española de Medicina General. Rev. Medicina General. Mayo/1998. Págs: 71-76.
- B. VELLAS, L. ALBAREDE, PH. GARRY. Cuidados gerontológicos paliativos. En Salud y Residencias de Ancianos 1. Ediciones Glosa. 1998. Págs: 36-45.
- RIBERA CASADO. Información en el anciano terminal. En Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Ciencias Geriátricas. Editores Médicos. 1995. Págs: 111-120.
- J. BATIZ, C. LAVANDERO. El anciano en fase terminal, sus necesidades espirituales, psicológicas y afectivas. Curso de especialización en Cuidados Paliativos. Universidad de Deusto. 1998.
- J. BATIZ. Cuidados Paliativos en el anciano. En Medicina Paliativa: bases para una terminalidad. Bilbao. 1997. Págs:239-257.
- W. ASTUDILLO, C. MENDINUETA, J. BATIZ. Los cuidados paliativos en los ancianos. En Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. W. Astudillo, C. Mendinueta, E. Astudillo. Tercera edición. AUNSA. 1997.
- KUBLER ROSS. Los niños y la muerte. Luciérnaga. 1993.
- M. GOMEZ SANCHO. La comunicación del diagnóstico al enfermo de cáncer. 2º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Santander. 1998.
- RIBERA CASADO. Paciente anciano y atención sanitaria ¿un paradigma de discriminación? En Rev. Labor Hospitalaria. Núm: 243. O.H. San Juan de Dios. Barcelona. 1997. Págs: 7-19.
- M. GOMEZ ORTIZ. Psicología del anciano enfermo. En Rev. Labor Hospitalaria. Núm. 243. O.H. San Juan de Dios. Barcelona. 1997. Págs: 23-39.