The background features watercolor-style illustrations of butterflies and leaves in shades of green, blue, purple, and pink. A large white circle with a dark red border is centered on the page, containing the title and author information.

CUIDADOS PALIATIVOS Y ENVEJECIMIENTO

tarea de todos

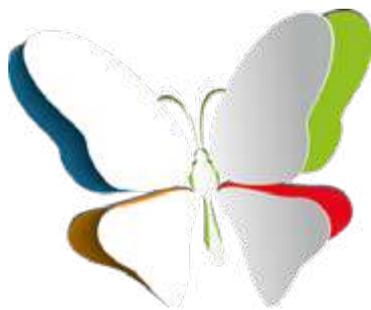
• *Els Van Hoecke* •



Serie: Cuidados Paliativos 2, N° 8



**Cuidados
Paliativos y
envejecimiento
Tarea de todos**



La autora **ELS VAN HOECKE**, es apoyada en la revisión y diagramación por:

Alejandra Covarrubias Lara, Elizabeth Van Hoecke
y María Fernández G.

Diseño de la tapa: Ana Grace Tarqui

Referencia: ONG SENTEC – Cuidados Paliativos:

La Paz, Av. Ecuador N° 2181 – Ed. San Antonio – Sopocachi

E-mail: cuidadospaliativosb@gmail.com

Facebook: Cuidados Paliativos – Sentec - Bolivia

Página web: www.cuidadospaliativosbolivia.org

Teléfono: 591-2-2411510

Oruro, Av. Tacna N° 40 - Casilla 1036

Teléfono: 591-2-5241477

Deposito Legal: 4-1-942-19

ISBN: 798-99974-0-664-4

Impreso en: C&C Impresiones

Calle Otero de la Vega # 271 - Zona San Pedro

Email.: cycimpresiones@hotmail.com - Telf.: 2495695

Abril 2019



Presentación

Este trabajo es un conjunto de artículos de la autora ELS VAN HOECKE y de dos médicos, LORENA MEDINA Y CLAUDIA MENDOZA, ambas activas en cuidados paliativos de Sucre. Contiene una recopilación de algunos textos extraídos de publicaciones anteriores tanto de la autora, como de internet, y un aporte de Julia Jiménez, especialista en el trabajo con adultos mayores, quien hace algunos años escribió este texto para SENTEC – Cuidados Paliativos y ahora nos parece que es el momento oportuno para publicarlo. Apreciamos también a Naomi Feil, una de las mejores expertas al nivel mundial sobre envejecimiento, no la conocemos personalmente, pero sus textos y videos nos han estimulado en nuestra búsqueda sobre la importancia que necesita el adulto mayor en este mundo. Lo que queremos mostrar con esta publicación, son los diferentes aspectos de la vida de los adultos mayores, su envejecimiento y el apoyo necesario de cuidados paliativos para ellos, una tarea para todos.





ÍNDICE

Introducción

Capítulo 1.	Cómo afrontar la tarea de ser padres de nuestros padres Alejandro Schujman	13
Capítulo 2.	Curar a veces, aliviar muchas veces, pero confortar siempre Claudia Mendoza	23
Capítulo 3.	Aspectos psicológicos en la vida de los adultos mayores Els Van Hoecke	33
Capítulo 4.	La buena gestión de las emociones en la vejez ASISTED (empresa Cataluña)	41
Capítulo 5.	La soledad <ul style="list-style-type: none">• ¿La soledad es lo mismo que estar solo? Els Van Hoecke• El Reino Unido cuenta con un Ministerio de la Soledad Laura Peraita	45 45 47
Capítulo 6.	El dolor espiritual y existencial del adulto mayor Els Van Hoecke	53
Capítulo 7.	¿Desorientación o demencia? <ul style="list-style-type: none">• Terapia de validación Naomi Feil• Historias que se olvidan contar Lorena Medina	59 59 62

Capítulo 8. Alimentación adecuada para las enfermedades de los mayores

Ana Lázaro - Alberto Martín - Ricardo Ferro 69

Capítulo 9. Algunas terapias naturales al final de la vida

Els Van Hoecke 77

Capítulo 10. Planteamientos básicos de los cuidados paliativos geriátricos

Julia Jiménez 83

Anexos

Anexos 1 91

Anexos 2 93





“Cuando llega la muerte abandonamos el capullo de seda y somos libres como una mariposa. Nos servimos de esta imagen del lenguaje simbólico, la muerte física del hombre es idéntico al abandono del capullo de seda de la mariposa”

Elisabeth Kübler Ross
Del libro “La Muerte un Amanecer”





INTRODUCCIÓN

En nuestros tiempos aumenta la esperanza de vida en la población, trayendo consigo la necesidad urgente de hacer frente con un gran apoyo físico, psicológico-emocional, social y espiritual, a este número creciente de adultos en edades avanzadas que padecen y/o morirán con enfermedades crónicas. Por ello existen actualmente los Cuidados Paliativos que brindan cuidados orientados a mejorar la calidad de vida, hasta el desenlace final.

Escuchamos conversaciones como la siguiente: Un niño de cuatro años dice a su abuela: "¿Abuela, tienes miedo de morir?" Y la respuesta de la abuela es: "No, no tengo miedo de morir, pero sí, tengo miedo de vivir... sola, abandonada, con enfermedades y dolores, con ansiedades..."

Los adultos mayores son parte de este grupo grande de personas que necesitan los cuidados paliativos. La sociedad los relega y, sin embargo, cuánto conocimiento, sabiduría y experiencia nos aportan. A cualquier edad, en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia patológica siempre podemos hacer algo para incrementar y/o mantener la mejor calidad de vida posible para la persona.

¿Cómo disminuimos este miedo por vivir? Reconociendo que hay en su pasado un tesoro lleno de verdad y de belleza; que nos cuenten sus alegrías y sus sufrimientos. Dejándoles envejecer con la misma paciencia y amor, con que dejamos crecer a nuestros hijos, dándoles su lugar y cuidándolos con respeto y reconocimiento.

Como familiares, amigos o cuidadores, el silencio puede ayudarnos porque nos obliga a reflexionar; nos aclara y fortalece en el acompañamiento a los adultos mayores. Para la mayoría de ellos, el gusto por vivir es lo más importante, lamentablemente ese no es el caso de muchos otros para quienes envejecer es sinónimo de aislamiento y ser inútil. Ellos son sabios y merecen un cuidado porque cada uno ha vivido una experiencia única.

Este libro no está completo, podemos aumentar diversas temáticas que traen consigo esta realidad; esta publicación es limitada y puede ser completada para aumentar temas relacionados con



Cuidados Paliativos y envejecimiento - Tarea de todos

la calidad de vida como: implementar sus momentos vacíos con música, o aprender los efectos positivos del aroma para hacerles la vida más agradable. Podemos hacer con ellos ejercicios de respiración y enseñar a los adultos las virtudes de ello. Existen remedios naturales sin efectos secundarios negativos y existen muchos otros tipos de apoyo para que estén más relajados.

Este libro es una guía y un apoyo a los familiares, cuidadores, amigos, pacientes y a los adultos mayores mismos, porque ellos han hecho historia con sus propias vidas.





CÓMO AFRONTAR LA TAREA DE SER PADRES DE NUESTROS PADRES





Capítulo 1.

CÓMO AFRONTAR LA TAREA DE SER PADRES DE NUESTROS PADRES

Para empezar el desarrollo de este capítulo, nos parece importante plantear las siguientes preguntas que pueden servir para prepararse ante la pérdida de padres mayores:

- ¿Logro aceptar el envejecimiento de mis padres?
- ¿Amamos a nuestros padres que ya están en la tercera edad?
- ¿Podemos aceptar nuestro nuevo rol de atenderlos?
- ¿Acepto que yo también voy a envejecer?
- ¿Tengo muchos problemas y ahora mis padres más?

Alejandro Schujman, Escritor y psicólogo especializado en familias. Director de Escuela para padres. Autor de “Generación Ni-Ni, es no porque yo lo digo” y coautor de “Padres a la obra”.

“Mi padre tiene ya 92 años. Todas las semanas espera el domingo al mediodía, día de encuentro familiar por excelencia. Espera que llegue el ‘día de la historia’. Los dos amamos el mundo de la fantasía, el cine, los libros. Me enseñó a navegar en universos de princesas, piratas, dragones, castillos, duendes y unicornios. Pero mi héroe más fantástico fue siempre él. Hoy ya no camina, pero desde su silla espera como un niño que lo sorprenda. Cincuenta años después, quien inventa las historias soy yo. Al principio me entristecía, pero hoy disfruto y le devuelvo algo de lo mucho que él me dio de pequeña. Se cierra un ciclo, bello y triste a la vez; como la vida misma ¿no?”

Desde el diván, relatos que me llegan a lo más profundo, me conmueven e interrogan.





Los brazos fuertes que nos acunaban hoy tiemblan. Las miradas que nos protegían hoy son cuencos hoy confusos y temerosos. La seguridad que salía de esos mismos labios en verdades fundantes hoy es tibieza y desamparo. Quien inventaba juegos para que construyamos el placer por el comer, **hoy precisa que le cortemos la comida en trozos pequeños.** Quien nos hacía “¡A la una, a las dos, a las tres!” para saltar al cielo, hoy no puede subir la escalera si no le damos nuestro brazo como apoyo.

De nuestros “¿Cuánto falta? ¿Cuándo llegamos? ¡No quiero esperar más!”, al angustioso **“¿Qué día es hoy, hijo mío?”**. El tiempo pasa y también crecen nuestros padres, y vaya si es difícil.

Ser padres es contener, dar sostén, acompañar en el crecimiento, ser garantes de nuestros hijos. Educar, criar, crear, garantizar lo primordial en la especie más indefensa del reino animal, el ser humano. Somos hijos cuando nacemos, y seguimos siéndolo cuando el ciclo se cierra y envejecemos.

Pero **en la curva debemos pasar de ser cuidados a cuidadores**, la ecuación de la protección se invierte, quienes antes velaban por nosotros hoy necesitan nuestro amparo. Y los hombres y mujeres estamos preparados -aunque muchas veces no sepamos cómo- para gestionar la crianza de nuestros niños. Pero no lo estamos de ninguna manera para hacerlo con nuestros padres. Podemos cuestionarnos y preguntar por qué nos cuesta tanto.

Crear a nuestros niños es acompañar con júbilo, miedo, aciertos y errores el inicio de la vida. **Y pensar el declive y la muerte de nuestros propios padres nos entristece, enoja y complica.** Nos angustia, nos enoja y nos enfrenta a la película de nuestra propia finitud. Ver a nuestros mayores envejecer es asistir a un lento ocaso de los guerreros, de la idealización a la triste realidad.

“Me parte el corazón verla tan frágil, indefensa y desvalida. Ella me sostenía a mí, era un roble, y ahora depende de mí, es una muñequita de porcelana. No puedo acostumbrarme a verla de esta manera”.





La esperanza de vida es hoy mucho más alta que hace décadas atrás, por avances de la medicina, políticas de vida más saludable y evolución propia de la especie. Esto es fantástico, pero todo tiene pros y contras. Nuestros padres llegarán con más chances a ser ancianos y bienvenido sea.

Pero...

Cuidarlos es empezar también a decirles adiós. Cuidarlos es devolver con amor nuestros primeros años de vida plenos de caricias, domingos en la cama grande con mimos, tele, dibujitos y vainillas con chocolatada. No hay buenas noticias en el principio de este cuento. La muerte existe y entristece, y si es de nuestros padres más aún. Pero como decía Víctor Frankl desde el horror de un campo de exterminio del genocidio nazi, “Lo último que pueden quitarnos es nuestra libertad”. Y aún en esta situación de dolor tenemos opciones.

Hay tantas posibles combinaciones como historias de padres e hijos existen, pero básicamente hay tres maneras de enfrentar esta situación: Podemos ser hijos sobreprotectores e hipotecar nuestras vidas, y claramente no lo recomiendo. Podemos negar tomando distancia afectiva y que prevalezca el enojo como motor de la relación, y claro está que no es una alternativa tampoco recomendable. O podemos intentar lo más difícil, esto es: un sano equilibrio y acompañar amorosamente esta etapa de sus vidas y de las nuestras. El equilibrio es siempre la mejor manera de evitar la superpoblación de consultorios psicológicos.

En mi consultorio gran parte de las consultas, tienen relación con el manejo de los pacientes adultos en el vínculo con sus padres, **cómo cuidarlos sin que invadan espacios de la vida familiar,** cómo acompañar sin que desborde, por un lado, o por el otro.

Por supuesto que la **holgura económica será una aliada** a la hora de construir dispositivos de cuidado y acompañamiento. No es lo mismo disponer de dinero para pagar personal especializado que pueda auxiliar la tarea de los hijos, o tener que lidiar sin ayuda externa con los avatares que vayan surgiendo.





“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

Pero más allá de esto, a lo que quiero apuntar es a la manera de sentir, pensar y conducirse frente a esta inevitablemente dolorosa realidad.

Esta mujer que cuenta sus cuentos al padre pudo encontrar la llave para maniobrar en el mar de sus emociones. Puede ser ella una de las protagonistas centrales en los últimos años de vida de su padre, **disfrutar de estos tránsitos, no sin dolor**, pero lo disfruta.

Y aquí la clave: el enojo, el malestar, es siempre la diferencia entre lo que deseamos y lo que ocurre. La brecha entre realidad y deseo.

Y claro que queremos que la muerte no exista, claro que seríamos muy felices si la vejez no fuera parte del ciclo de existir. Pero las cosas no son como queremos, y tenemos la oportunidad histórica de poner en práctica aquello que nuestros padres debieron de enseñarnos: a frustrarnos, a manejar los conflictos, a luchar con la adversidad. Si podemos lograr esto, todo dolerá menos, mucho menos.

¿Y si mis padres no fueron amorosos?

Algunos pensarán “mis padres no fueron cariñosos y yo sufrí mucho de pequeño, ¿cómo hago para cuidar de ellos con amor?” Y aquí uno de los puntos más difíciles de esta cuestión, cuando el vínculo fue durante toda la vida difícil, complejo y el amor esencial circuló solo en segundo plano, es difícil, **mucho más difícil ser el sostén invertido de hijos a padres.**

Hay madres y padres que hacen lo mejor que pueden. Pero también debo decir, **esto es polémico** y dejo el debate abierto, hay padres que no han podido, sabido o querido ser padres amorosos.

Todos son lo mejor que pueden ser como padres, pero a veces no alcanza. Y si los hijos han sufrido mucho por la inacción de sus padres, **es complejo pedirle que amen y acompañen** a los ancianos en los últimos años. Es muy complejo para los hijos retribuir aquello que no han recibido, cuando estos padres envejecen.





También es importante saber que cuando el pasado grita, el presente se hace oscuro. **Es importante zanjar las cuestiones pendientes con nuestros padres cuando ellos viven.** Es hasta estúpido plantearlo así, pero con las lápidas no podemos resolver ni gestionar conflictos. Y muchas veces tenemos los seres humanos la costumbre de posponer al infinito y más allá.

Las cuestiones no resueltas en el pasado se vendrán encima si las posponemos y la muerte de nuestros padres nos sorprende antes de que resolvamos o zanjemos diferencias. No dejemos para mañana los conflictos que podemos resolver hoy.

El arte de poner límites

Por otra parte, necesitan nuestros padres y nosotros poner en funcionamiento el sistema de límites y estrategias de manejo de las nuevas situaciones. **Tendremos que poner coto a sus ansiedades,** entender sus angustias, pero también decir no.

Pueden las personas muy mayores ponerse demandantes en extremo y tendrán los hijos que diferenciar cuándo es algo importante y cuándo no, manejar la brecha entre la urgencia y lo que no lo es.

En el camino, aquellas mismas cuestiones que intentamos implementar con nuestros propios hijos pequeños nos servirán para contener y aceptar el ciclo de la vejez de nuestros propios padres.

Caja de herramientas

- **Paciencia (mucho paciencia)**

Casi tanta como deben de habernos tenido ellos cuando nosotros pequeños. Si no se acuerdan de las cosas, si tardan más de la cuenta en vestirse, si son torpes con sus quehaceres. Cuesta, es difícil, pero paciencia.

- **Creatividad**

Buscar estrategias para enfrentar esta nueva realidad es menester. Buscar momentos de encuentros, disfrutar de





“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

aquello que se pueda, aprovechar para preguntar todo lo que queremos saber de nuestra historia, ser imaginativos ayuda a superar momentos difíciles de nuestras vidas.

- **Capacidad de poner palabras a nuestras emociones**

La bronca suele ser el disfraz de la tristeza. Identificar si es una u otra nos permitirá actuar en consecuencia.

- **Sentido del humor**

Tuve la suerte de conocer muy de cerca un gran hombre de nuestra historia. El querido Dr. Manuel Sadovsky, pensador y matemático emblemático decía con gran sabiduría a sus 80 años: “No lamento nada de mi vida, pero me da un poco de fastidio saber que converso como un hombre de 50 años, pero camino como un viejo”. El humor nos salva, nos hace más libres, tiñe la vida de una paleta de colores maravillosa.

De padres e hijos, cosechar lo sembrado y ejercitar el amor responsable

Suelo finalizar mis charlas con un video que trataré de relatar con la complejidad de pasar imagen a palabras:

En el jardín de una casa, padre e hijo sentados en un banco. El primero un hombre de edad, le presumo unos 70, el hijo de unos 35 quizás. El padre absorto, el hijo leyendo. Solo el murmullo del viento y las hojas. Un ruido imperceptible llama la atención del padre.

“¿Qué es eso?”, pregunta.

“Un gorrion”, contesta el hijo.

Segundos más tarde, la pregunta se reitera. “Ya te dije papá, un gorrion”, insiste con cierto fastidio. En el lapso de un minuto el padre inmutable repite cuatro, cinco, seis veces el mismo interrogante, como un canto, como un juego, pero no juega, pregunta el padre porque quiere saber, simplemente, “¿Qué es eso?”. El hijo va transformando su semblante hasta llegar a romper en un grito “¡¡¡Es un gorrion papá, ¿por qué me haces esto?!!!



El padre, sin pronunciar palabra, se levanta, se dirige hacia la casa y vuelve con una libreta que pone en manos de su hijo, y dice, ordena, con calma, pero con autoridad.

“En voz alta”. Y el hijo lee: “Hoy, mi hijo menor, que hace unos días cumplió tres años, estaba sentado conmigo en el parque cuando un gorrión se posó frente a nosotros. Me preguntó 21 veces qué era eso. Y yo respondí las 21 veces qué eso era...un gorrión. Lo abracé cada vez que me hizo la misma pregunta, una y otra vez. Sin enojarme, y sintiendo un infinito amor por mi pequeño hijo inocente”. Hay un instante de silencio conmovedor, y un abrazo reparador de este hijo a este padre que construyó un vínculo de amor, confianza y disfrute compartido; y pide lo mismo a este hijo que hoy es un hombre.

Tienen los hijos la posibilidad de acompañar y ser protagonistas de los últimos años de la vida de los padres, tienen la chance de dar algo del amor que han recibido, tienen la maravillosa oportunidad de gestionar el dolor con amorosidad y entereza, y quizás algún día, la idea de la muerte se nos haga menos tortuosa si podemos cerrar de forma saludable los duelos y desafíos que la vida nos va poniendo en el camino.





**CURAR A VECES,
ALIVIAR MUCHAS
VECES, PERO
CONFORTAR SIEMPRE**





Capítulo 2.

CURAR A VECES, ALIVIAR MUCHAS VECES, PERO CONFORTAR SIEMPRE

Dra. Claudia Mendoza
Médico General – especialización en Gerontología
Fundación Boliviana contra el Cáncer
Miembro Cuidados Paliativos La Paz - Sucre

“El Otro me afecta y me importa, por lo que me exige que me encargue de él”.

Seguramente a lo largo de la vida, sobre todo siendo niños, hemos disfrutado de la presencia de algún adulto mayor (abuelo/a) cercano a nosotros si es que no ha sido nuestro responsable y hasta ha fungido el rol de padre y/o madre. Atesoramos en nuestros recuerdos y corazones la exquisita experiencia de haber sentido su afecto, cuidados y compañía. Entonces, ¿qué nos aleja de la posibilidad de poder ofrecerles el cuidado permanente que “necesitan”?

Cuidar niños resulta volver al pasado individual y recordar aquellos días en que fuimos cuidados, atendidos y comprendidos por personas que también habían atravesado esa etapa, con mucho o poco podemos deducir qué es lo que un niño necesita: un baño, alimento, jugar, dormir, etc. Sin embargo, ¿quién puede deducir de la misma manera el cuidado que un abuelo/a, papá y/o mamá necesita?

Existen dentro del sistema de salud varios profesionales, varias especialidades que se dedican al cuidado de un nuevo ser: ginecólogos para el cuidado en vientre, neonatólogos para los primeros días de vida, pediatras para la primera infancia, especialistas en adolescencia, etc. ¿Qué les ofrecemos a los adultos mayores que según estadísticas a nivel mundial ocupan en cada país una franja cada vez mayor dentro la población actual, recibiendo la nominación de poblaciones y/o países envejecidos? Nuestro país no se libra de este futuro cercano. ¿Qué nos falta saber sobre las “necesidades de esta población”?





“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

Cuando “decidimos o tenemos que cuidar” a una persona mayor, ¿cómo enfrentamos tal desafío? En mi experiencia personal he visto varias reacciones:

1. “Es una persona mayor, que se cuide, tiene su dinero cada mes, que se haga”.
2. “A mí no me cuidó cuando fui niño, es su vida, ya verá que hace, que aprenda”.
3. “Es como niño, todo hay que hacérselo, no puede salir ni a la esquina”.
4. Otros.

Como alguna vez le expliqué a pacientes y familiares, el cuerpo, nuestro organismo al nacimiento, es como recibir una máquina nueva por lo tanto todo funciona bien, todo está calibrado para un perfecto funcionamiento, pero con el continuo uso a lo largo del tiempo seguramente algunas puertas ya no serán tan seguras, el techo tendrá goteras, habrá que cambiar algún vidrio, etc. Entonces ¿por qué pretender que nuestro organismo llegue indemne al final de nuestra vida? Cada parte, órgano y/o sistema puede estar averiado o tener un grado de defecto que necesita ser atendido como cual auto: a veces falla la parte mecánica, a veces la parte eléctrica. Las personas sufren desgastes dependiendo su crianza, entorno, oficio y/o profesión, genética, enfermedades heredadas según sexo y origen o adquiridas a lo largo de la vida por exposición o malos hábitos.

Así podemos deducir que es normal que las personas adultas mayores sufran diferentes episodios, enfermedades y/o dependencias, porque tampoco es lo mismo tener 65 años que 85 años. Es más, pueden sufrir lo que en salud denominamos “Síndromes geriátricos” (múltiples enfermedades con síntomas variables) o también “Enfermedades con presentaciones atípicas” (no indican claramente de qué enfermedad se trata, pero dicen que la persona mayor está enferma). Muchas veces, en lugar de fiebre o dolor, lo que se advierte es un cambio en la conducta o una pérdida de la capacidad de valerse por sí mismo. La persona



se encuentra mal, pero sus síntomas no orientan bien al médico sobre dónde está el problema.

Dentro los padecimientos más comunes podemos encontrar:

- **Insomnio:** Es la dificultad de conciliar el sueño o para mantenerlo, está determinado por factores ambientales como: habitación fría, mucho ruido, cama dura, almohadas no adecuadas, stress y, por supuesto, el uso de algunos fármacos.
- **Inmovilidad:** La capacidad de movilización es un indicador de salud y calidad de vida en el adulto mayor ya que determina su grado de independencia. Es así que, el adulto mayor inmóvil, es considerado paciente de alto riesgo para la aparición de complicaciones médicas. Las principales causas son: la debilidad, el dolor, la rigidez, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos. La debilidad puede deberse al desuso de la musculatura, la malnutrición, anemia, alteraciones de electrolitos, miopatías y alteraciones neurológicas. Las causas de rigidez, son en primer lugar la osteoartritis, luego están el Parkinson, gota y pseudogota. El dolor también provoca inmovilidad de que puede ser dolor de las articulaciones, hueso, músculo, etc.
- **Úlceras por presión:** Son lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilaginosas. Las lesiones no sólo se producen en posición supina, sino también en los pacientes confinados a la silla de ruedas.

Los efectos negativos de la presión por compresión son exacerbados en presencia de:

- a). Fricción: determina un daño epitelial (por ejemplo: tironeo de sábanas)
- b). Humedad: condicionado por la orina y deposiciones. Facilita la maceración de la piel.



c). Fuerzas cortantes: la fuerza generada por los tejidos sacro coxígeos profundos.

- **Inestabilidad:** El desequilibrio y miedo a las caídas también son causa importante. El desequilibrio puede estar dado por ansiedad, fármacos, hipotensión, debilidad general, causas neurológicas. Otra causa importante son las alteraciones en los pies, es muy común el calzado inadecuado.
- **Incontinencia urinaria:** es la pérdida involuntaria de orina por la uretra en forma persistente. Existen varias formas de clasificar la incontinencia:
 1. Incontinencia de esfuerzo: aquella que debido al aumento de la presión intraabdominal provoca el escape de orina. Se presenta al toser, reírse, mover o cargar un objeto pesado, etc.
 2. Incontinencia de urgencia: lleva al paciente a una sensación imperiosa e incontrolable de orinar.
 3. Incontinencia por rebosamiento: es una pérdida constante de orina y en pequeñas cantidades producto de un vaciamiento incompleto y un residuo vesical cada vez mayor que lleva al rebalse.
 4. Incontinencia funcional: es la incapacidad de contener la orina cuando la necesidad de micción se produce, generando el escape de orina antes de evacuar.
 5. Incontinencia mixta: combina la hiperactividad del detrusor junto con la incontinencia de esfuerzo.
 6. Incontinencia total: ocurre por una falla intrínseca en la función del esfínter o por la presencia de una fistulización anormal en el tracto urinario.
- **Problemas de piel:** Se recomienda mantener la piel limpia y seca, especialmente en los pliegues, pero

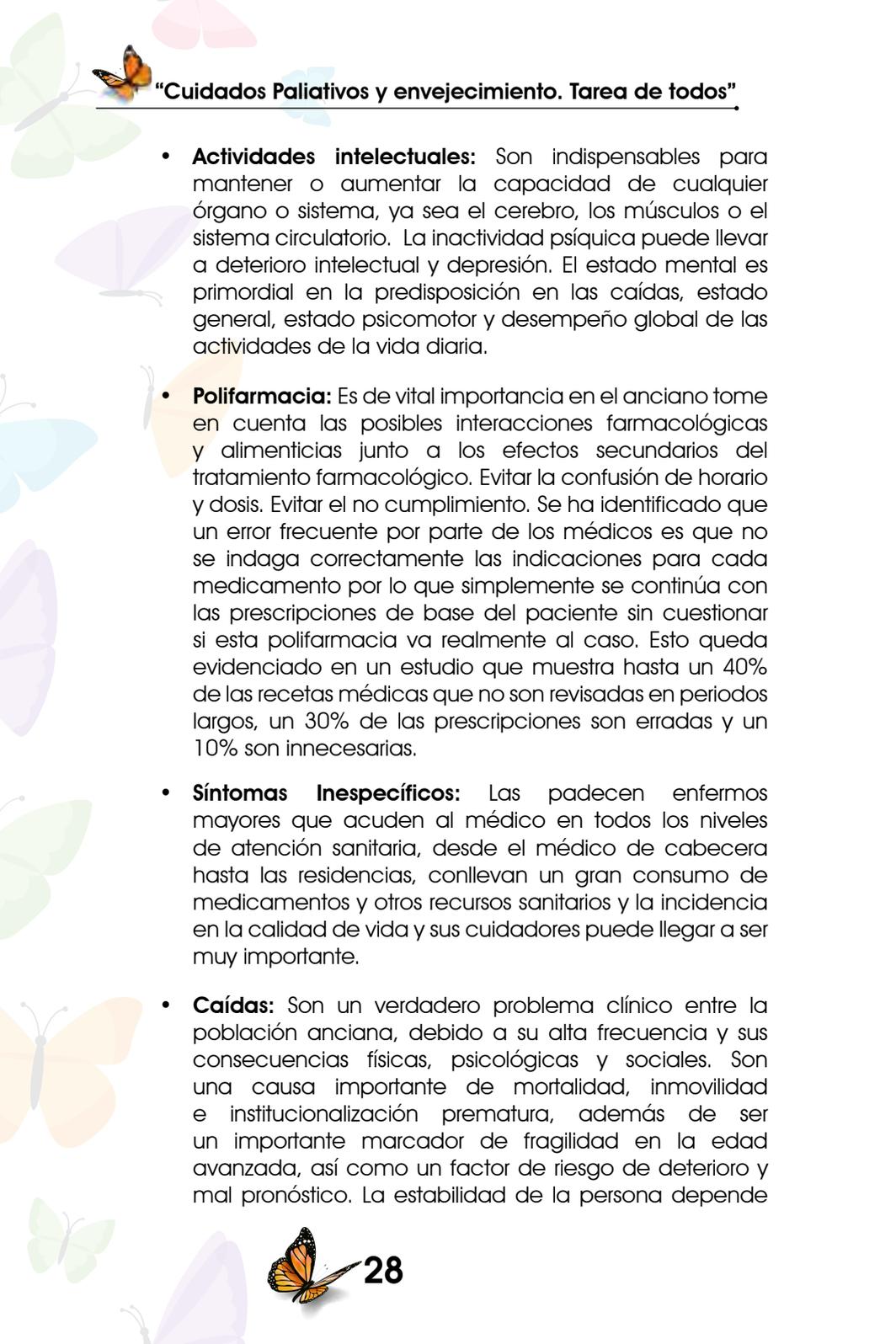


hidratada sobre todo en las extremidades. Hay que evitar que las piernas, brazos o cabeza queden en posición incómoda, que los talones se compriman contra el colchón (poner almohadilla en los tobillos), o que las rodillas se compriman una contra otra.

Si se observa una zona enrojecida o ampollada, podría llegar a encararse y debe protegerse con más cuidado. La sábana debe estar bien extendida y limpia, ya que las arrugas u objetos extraños pueden deteriorar una piel frágil.

- **Alimentación:** Muchas veces el adulto mayor enfermo tiene dificultades para tragar, en este caso el alimento debe ser fraccionado y de consistencia blanda, administrar alimentos molidos o papillas en lugar de alimentos sólidos. Tener cuidado de no forzarles a comer. La mayoría de ellos no tienen este sentimiento de hambre y sienten la sed solamente cuando las flemas son secas. Pero a veces su sed también está disminuida generando severos casos de deshidratación. Nunca hay que forzarles a comer, porque no es que no comen porque no tienen hambre, a veces usan placas dentales y estas por mala higiene o alimentos irritantes generan aftas que provocan mucho dolor durante la alimentación.
- **Visión:** La capacidad visual es determinante en la estabilidad del organismo; ya que la agudeza visual, adaptación a la oscuridad, visión periférica, sensibilidad de contraste y la acomodación, contribuyen a la adaptación del anciano a su entorno físico.
- **Actividades físicas:** Nos referimos a actividades físicas sencillas (caminata). Se recomienda a los adultos mayores que tengan la posibilidad de moverse para evitar complicaciones como depresión o deterioro intelectual, dolor y deformación de las articulaciones, trombosis venosas en las piernas u osteoporosis.





“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

- **Actividades intelectuales:** Son indispensables para mantener o aumentar la capacidad de cualquier órgano o sistema, ya sea el cerebro, los músculos o el sistema circulatorio. La inactividad psíquica puede llevar a deterioro intelectual y depresión. El estado mental es primordial en la predisposición en las caídas, estado general, estado psicomotor y desempeño global de las actividades de la vida diaria.
- **Polifarmacia:** Es de vital importancia en el anciano tome en cuenta las posibles interacciones farmacológicas y alimenticias junto a los efectos secundarios del tratamiento farmacológico. Evitar la confusión de horario y dosis. Evitar el no cumplimiento. Se ha identificado que un error frecuente por parte de los médicos es que no se indaga correctamente las indicaciones para cada medicamento por lo que simplemente se continúa con las prescripciones de base del paciente sin cuestionar si esta polifarmacia va realmente al caso. Esto queda evidenciado en un estudio que muestra hasta un 40% de las recetas médicas que no son revisadas en periodos largos, un 30% de las prescripciones son erradas y un 10% son innecesarias.
- **Síntomas inespecíficos:** Las padecen enfermos mayores que acuden al médico en todos los niveles de atención sanitaria, desde el médico de cabecera hasta las residencias, conllevan un gran consumo de medicamentos y otros recursos sanitarios y la incidencia en la calidad de vida y sus cuidadores puede llegar a ser muy importante.
- **Caídas:** Son un verdadero problema clínico entre la población anciana, debido a su alta frecuencia y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Son una causa importante de mortalidad, inmovilidad e institucionalización prematura, además de ser un importante marcador de fragilidad en la edad avanzada, así como un factor de riesgo de deterioro y mal pronóstico. La estabilidad de la persona depende



de una serie de factores, como el sensorio, SNC, estado mental o cognoscitivo y aparato músculo-esquelético y, además de lo anterior, del funcionamiento respiratorio íntegro y coordinado. Las enfermedades o discapacidades tienen un impacto tanto en el equilibrio como en la marcha, muy importantes, y se superponen con la edad.





ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES





Capítulo 3.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Els Van Hoecke
Coordinadora Cuidados Paliativos
SENTEC – LA PAZ – ORURO

“Palabras, acciones y sueños pasan de generación en generación y forman un nuevo mundo”.

Hay más de una manera para envejecer bien. Los patrones que siguen las personas varían con las circunstancias de la vida y con la personalidad. Las reacciones y conductas de los adultos mayores pueden ser variadas, desde una regresión a épocas anteriores (infantilismo), hasta cambios de carácter y de conducta, porque es una nueva etapa de su vida; ellos tienen otras necesidades.

Los adultos mayores tienden a ser menos activos y a desempeñar menos roles sociales; están más involucrados en actividades informales como compartir pasatiempos favoritos con amigos o familiares. Sin embargo, parece ser que la característica más importante de la personalidad es la capacidad para manejar los problemas de la vida sin culpa, amargura o pasividad.

El esfuerzo del organismo es mayor para mantener el equilibrio, además sienten fácilmente angustia por no ser capaces de realizar los esfuerzos impuestos por la vida, o de no poder soportarlos. Saben que les queda poco tiempo; suele aparecer el temor al daño físico, están atentos a cualquier trastorno.

Se debe siempre cuidar la independencia de las personas de la tercera edad hasta donde sea posible. Hay cambios psíquicos, aislamiento y depresión. El adulto mayor que anteriormente tomaba decisiones, necesita ahora la ayuda de sus hijos o nietos. Y a veces los familiares tienen que renunciar a un trabajo fuera de la casa para atender al adulto mayor, enfermo o no, lo que origina un sinnúmero de problemas económicos y sociales en el hogar.





“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

El adulto mayor adopta a veces actitudes de ausencia con todo lo que sucede a su alrededor, siente miedo a todo lo que pueda dañar la integridad física; existe una inseguridad, ansiedad y miedo de no tener información sobre lo que va pasar con su cuerpo; miedo a perder el auto-control, a la incertidumbre futuro, a tener operaciones, a perder el trabajo; esto explica la previsión, ahorra cuanto puede, para protegerse a sí mismo o a su descendencia, conserva todo, lo que en el fondo es un retroceso a etapas infantiles o de fantasía, entrando así a actos emotivos de autoridad, poder, dominio.

En el adulto mayor la ira aparece cuando el mundo “lógico y ordenado”, que se ha construido tras años de lucha, se ve alterado por “algo” que no encaja. La ira del adulto mayor se acrecienta ante su propio sentimiento de impotencia. Por otro lado, aparece un amor incondicional, el adulto mayor sabe dar, quiere dar, sabe renunciar sin angustia ni ira.

El desarrollo intelectual es la capacidad para resolver nuevos problemas, parece declinar, pero aprender de la experiencia y el aprendizaje tiende a mantenerse. El pensamiento práctico, conocimiento, habilidades especializadas y sabiduría en general se conservan. Se puede ayudar a los adultos mayores para recordar información como hacer asociaciones entre una cara y un nombre, visualizar una lista de artículos para comprar en el mercado.

La memoria para la información recién aprendida es con frecuencia menos eficiente, la memoria para el conocimiento general y para recordar sucesos anteriores se mantiene. Al disminuir el proceso fisiológico la vida se llena de recuerdos; el anciano revaloriza el pasado en el presente.

La sabiduría incluye aceptar la vida que uno ha vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido o lo que uno debería haber hecho de manera diferente.

Para los hijos implica aceptar a los padres como personas que dieron todo lo mejor de sí como seres humanos. Implica ver la propia muerte como el fin inevitable de una vida llevada tal como



uno supo vivirla. Significa aceptar la imperfección en sí mismo. Las personas que no logran esta aceptación se desesperan y aparece un temor consciente de rechazo al cambio de una nueva situación, lo que puede llevar a una depresión.

La fragilidad.

El concepto se refiere a la condición de especial vulnerabilidad frente a agentes estresantes debido a alteraciones en diferentes órganos y sistemas que producen pérdida de reserva (energía, capacidad física, capacidades intelectuales y salud). Es una condición frecuente en el paciente anciano, pero no es una condición inevitable del envejecimiento. Muchos ancianos no son frágiles y muchos no llegan a la fragilidad (Axon).

La fragilidad es un estado del final de la vida y se asocia a accidentes vasculares cerebrales, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, osteoporosis severa, fractura de cadera, etc. La presencia de fragilidad es factor de riesgo de caídas y de deterioro de movilidad.

Actitudes del anciano frente al morir:

Hay cuatro actitudes diferentes:

- actitud de indiferencia “a todos nos toca...”
- actitud de temor; temor al dolor, miedo a todo que precede la muerte; los síntomas como el insomnio, la depresión y manifestaciones somáticas pueden ser consecuencias del temor a la muerte.
- actitud de descanso: sobre todo con ancianos que han sufrido mucho.
- actitud de serenidad: el anciano tiene conciencia de haber vivido una vida plena, de haber sido útil a los demás.

La muerte del cónyuge es la que despierta mayor ansiedad en el anciano, representa no solamente la pérdida emocional y afectiva, sino también representa la ruptura con el rol de esposo



o esposa. De ahí aparece depresión y ansiedad, desorientación y falta de sentido de la vida.

Deberíamos cambiar por completo nuestro lenguaje para transformar nuestra manera de entender esta etapa de la vida. La gente “experimentada” y “sabia” tiene una enorme aportación que hacer a toda la sociedad. En vez de la palabra “muerte”, podríamos emplear la palabra “renovación” (Naomi Feil). Podríamos ver las personas con mayor edad como personas con infinitas posibilidades de recrearse y renovarse.

Dolor es lo que alguien dice que es.

¿Dónde te duele?

¿Cuán intenso es el dolor?

¿Desde cuándo sientes el dolor?

¿Cuándo aumenta el dolor?

¿Cuándo disminuye el dolor?

¿Qué clase de dolor es?

Por causas variadas el dolor es insuficientemente tratado en el paciente mayor. Influye la dificultad de expresarlo. Además, existe la creencia errada en algunos pacientes de que el dolor es inevitable y tiene que ser aceptado.

Esencia del dolor es: noche, obscuridad, el dolor absorbe toda la atención, así que la persona no puede más pensar en algo diferente, el dolor absorbe la energía para salir, leer, ser activa. Con el dolor mi vida cambia: no puedo pensar, ni hacer... nada. Ya no puedo más gozar de nada. Se cierra en sí mismo, no hay espacio para otros.

Sufrimiento no es lo mismo que el dolor. Es vivir el dolor conscientemente. Puede sentir dolores físicos, pero también emocionales, sociales hasta espirituales, así que el dolor es invisible.



Es necesario conocer que, al atender un paciente, él necesita expresarse y todo, pero todo, debe ser discutible y tratable, también el sufrimiento de sentir culpa por el pasado, - Gloria tenía una culpa enorme por haber fumado tanto; - Pablo sufre mucho por un duelo. Estos sufrimientos se muestran en lágrimas y gritos, insomnio, menos apetito... Pero donde hay una escucha activa de parte del cuidador, nada puede ir mal.





LA BUENA GESTIÓN DE LAS EMOCIONES EN LA VEJEZ





Capítulo 4.

LA BUENA GESTIÓN DE LAS EMOCIONES EN LA VEJEZ

ASISTED – Empresa Cataluña de Servicios Integrales de Asistencia

“Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena”.

Ingmar Bergman

Tanto en la vejez como en cualquier etapa de nuestra vida, la apropiada gestión de las emociones es un trabajo personal que, en positivo, nos aporta y brinda salud y bienestar. Aún a pesar del declive físico y cognitivo, según varios estudios realizados, los adultos mayores están, en general, mucho más conectados con sus emociones positivas que negativas.

Le dan un gran valor a las relaciones sociales, algo sumamente importante e imprescindible para ellos, y cuentan con un control superior sobre su universo emocional. Algo que, lamentablemente, nos resulta chocante cuando vemos una cantidad tan grande de personas mayores en nuestra sociedad actual que se sienten solas, aisladas y que viven desde la apatía y la depresión.

No es fácil llegar a alcanzar una edad avanzada manteniendo la misma actitud optimista que la persona joven, que siente tener por delante toda una vida y que lo espera todo de ella. Pero son las personas mayores, por recorrido y experiencia, las que saben que la verdadera llave de la felicidad no reside en la espera. Por ello, el auténtico bienestar personal se produce cuando se centra las miras en el momento presente con humildad, aceptación, serenidad y positivismos.

- “Al envejecer, la salud y la longevidad dependen en un 25% de aspectos físicos y en un 75% de aspectos conductuales.” - Dra. Rocío Fernández-Ballesteros.



“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

- “La conducta y comportamiento pueden aumentar hasta en 15 años la esperanza de vida.” - Dra. Kaare Christensen.

Estas dos citas de las doctoras Rocío Fernández-Ballesteros y Kaare Christensen, hablan precisamente de que la vejez y la longevidad dependen en un mayor grado determinante de la conducta y actitud ante el proceso de hacerse mayor. Y que, con una buena y positiva visión ante la vida, se puede llegar a vivir más años.

El aprender a gestionar las emociones correctamente y saber reconducirlas, ayudará y preparará para contar con más herramientas y recursos emocionales al llegar a la ancianidad.

En el proceso de envejecimiento, las emociones no se deterioran

En la vejez lo que se produce es un cambio en las prioridades y motivaciones. Las metas a largo plazo desaparecen para centrarnos en tener una mejor calidad de vida en el presente. Y es por ello que gestionar las emociones en la vejez tenga una finalidad muy concreta y establezca una motivación muy determinada: la optimización de las experiencias de tipo emocional para obtener un equilibrio interno y externo, poder gozar de la calma interna y de las relaciones interpersonales, ya sea con las amistades, los conocidos y/o la familia.

Todo esto constituye la denominada paradoja del bienestar en la vejez. Es decir, por chocante que nos resulte, los adultos mayores tienen, por media, una satisfacción vital más alta que las personas más jóvenes. Ello es debido a dichas habilidades para regular las emociones.

Se sabe que el envejecimiento afecta en especial a los lóbulos frontales del cerebro, lugar donde se encuentran nuestra capacidad de atención, resolución de problemas, planificación, entre otros. Sin embargo, las emociones y la capacidad para comunicar con el entorno y expresar a través de las miradas, las sonrisas y de reaccionar de forma ante el afecto, permanecen intactos y no desaparecen. Una habilidad que sobrevive a enfermedades tan devastadoras y crueles como puede ser el Alzheimer.





LA SOLEDAD





Capítulo 5.

LA SOLEDAD

- ¿La soledad es lo mismo que estar solo?

Els Van Hoecke

**Coordinadora Cuidados Paliativos
SENTEC – LA PAZ - ORURO**

“Una cosa es vivir solo y otra muy diferente sentirse solo”.

En la sociedad en la que vivimos actualmente, cada vez hay más ancianos que viven solos, hay una epidemia de la soledad, ellos sobreviven desatendidos físicamente como también en su lucha contra la depresión, sus angustias, su soledad. Las personas son capaces de soportar mucho cuando están rodeados con otras personas, donde hay un corazón amoroso que trata de entender y resolver los problemas juntos porque la muerte existe y entristece, y si es de nuestros padres, más aún.

El dolor emocional muy grande es el abandono y la soledad, son los momentos donde no hay comunicación durante una enfermedad o al final de la vida. Cuando una persona está totalmente sola, quiere la presencia de una persona.

La consecuencia de estar solo, es que el dolor aumenta. Falta escuchar unas palabras de amor: “te quiero”, también cuando lo has dicho ya mil veces, cuéntame... Si empezamos cada día con “buenos días”, quiere decir que “estoy disponible”.

Existe la soledad emocional o la falta de relaciones íntimas que ocasiona pena y abandono; aquí se trata de la calidad de relaciones. Después existe la soledad social que tiene que ver con la cantidad de relaciones. Es la falta de organizaciones de apoyo o amigos, la que ocasiona sentimientos de aburrimiento y de tener una vida inútil. Hay que evitar un aislamiento social porque la soledad causa la degradación social y económica como la pérdida de dignidad. Visitas a adultos mayores no es tiempo perdido.





“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

Es como si los adultos mayores no actúan en el gran teatro del mundo porque están sin un libreto que les dicen qué hacer. No obstante, su rol inferior en la sociedad, en gran parte, es capaz de conservar su autoestima y su gusto de vivir.

Los profesionales tienen que comprender la forma de reaccionar de las personas cuando se enfrentan a una enfermedad incurable y una muerte próxima, deben dominar las técnicas básicas de comunicación que es vital para la asistencia integral al anciano en su última etapa de vida. Ellos están confrontados con “pérdidas”: pérdida de salud, de independencia, de capacidad, sexualidad o movilidad. La pérdida psíquica es la pérdida de control, de autoestima o protección. La pérdida social existe en la pérdida de contactos, amigos, esposo o esposa, conoce también la pérdida de comunicación, de memoria, de la posibilidad de pensar y aprender; además hay pérdidas personales como la pérdida de ocupación o muerte de alguien de la familia. Todas estas pérdidas ocasionan soledad y las consecuencias de la soledad pueden dar inseguridad, dolor de cabeza o depresión. Cómo afronta cada persona estas pérdidas, depende de su carácter y su manera de vivir además del apoyo que reciba.

La soledad no es una enfermedad psíquica. No es el médico o los medicamentos que resuelven la soledad, es el próximo, el vecino, el amigo, la familia. Si cada uno está delante del televisor y solamente tiene amigos en computadora pero no les ve cara a cara... nos hace preguntar ¿es éste el mundo que queremos en el futuro?

Y si no tenemos paciencia, o mejor dicho, si no “gastamos tiempo” para hablar sobre la enfermedad, el final que se acerca, las pérdidas múltiples...? ¿dónde estamos? ¡A veces hay adultos mayores que van al hospital para poder hablar con alguien!

Irvin Yalom habla de la importancia de participar en grupos formados por individuos que pueden ser de autoayuda, orientados por profesionales. Hay investigaciones que demuestran que los grupos de personas que sufren de afecciones similares, conducidos por un orientador, mejoran la calidad de vida de los participantes. Al ofrecerse empatía los unos a los otros, los integrantes aumentan



su propia autoestima y sensación de eficacia. Investigaciones recientes demuestran que también los grupos de autoayuda incluso los hallados en Internet, son eficaces”.

- El Reino Unido cuenta con un Ministerio de la Soledad para paliar los graves riesgos para la salud que sufren las personas que se sienten solas | «Antes se respetaba a los abuelos, ahora se les arrincona»

Laura Peraita 2019

La soledad es un sentimiento subjetivo que afecta de forma invisible a las personas, sobre todo en las últimas etapas de la vida. Según Albert Quiles, director de la Fundación Amics de la Gent Gran, dos de cada tres mayores de 85 años, denominados como «cuarta edad», viven solos, con estados de salud y movilidad muy frágiles que les impide salir a la calle y relacionarse, lo que les repercute en un aislamiento social. La mayoría son viudos, no tienen amigos porque ya fallecieron e, incluso, algunos pasan de los 90 años y han sobrevivido a sus hijos».

Las personas somos más longevas, «lo que es muy positivo – afirma Albert Quiles–, pero, el problema es que es la primera vez en la historia de la humanidad que se da esta circunstancia y la sociedad no está preparada aun para asumir este reto y lograr que se viva con total dignidad esta etapa de la vida».

Para Quiles es imprescindible dar visibilidad a esta situación y concienciar a la población para que piense en su futuro y pueda evitar el aislamiento social. «Los mayores de 85 años componen un colectivo que no tiene voz, que no se moviliza por verse impedido y, por ello, sienten que no forman parte de la sociedad a pesar de estar vivos».

Javier Yanguas, director científico del Programa de Mayores de Obra Social «la Caixa», va mucho más allá al asegurar que la soledad es un sentimiento muy complejo que requiere un mayor análisis. En su opinión, la ecuación «vivir solo=me siento solo», no siempre es exacta. Explica que hay muchas personas que viven acompañadas y se sienten solas. De hecho, el 70% de los mayores



de 65 años que viven acompañados de hijos o nietos se sienten solos, y en los centros de mayores confiesan esta soledad el 40%.

Este sentimiento depende de la situación de cada uno y lo que espera de sus relaciones sociales. Está determinado por muchos factores: pérdida de una pareja, no haber cumplido las expectativas de vida, una enfermedad... «Esta es la razón por la que la soledad no se soluciona siempre con compañía», explica Yanguas.

No saber gestionarla

Cada persona debe hacerse cargo de su propia soledad, «pero el problema es que no sabemos gestionarla porque no estamos preparados. Hace falta empoderar a la persona, mejorar su salud, su bienestar, sus relaciones... para que tenga herramientas llegado el momento», apunta este experto.

Otro factor que influye en el sentimiento de soledad es la relación con los vínculos comunitarios en el lugar de residencia. Aspectos como la progresiva desaparición del pequeño comercio –que favorece el contacto con el entorno–, disminuye el sentimiento de pertenencia al barrio. «Para evitarlo –concreta Yanguas– hace falta crear nuevas estructuras que fomenten esta vinculación».

También es urgente una mayor sensibilización en la ciudadanía. «Hemos realizado estudios en nueve comunidades españolas y los encuestados reconocen que la soledad es un grave problema, pero al preguntarles por cuántas personas conocen en esta situación, muy pocos contestan. La razón: es un problema que se oculta, que se vive en silencio porque presupone un fracaso, porque avergüenza confesarlo o, como hijo, reconocer que un padre está solo... Cuanta más soledad se siente, más se oculta. Por eso es imprescindible darle visibilidad para tener más posibilidades de erradicarlo», puntualiza.

La soledad tiene muchas caras y, en ocasiones, llega por circunstancias ajenas a uno mismo, pero, en otras, es la propia persona quien cultiva esta situación. Este es uno de los motivos por el que se creó el programa «Siempre Acompañados», que



nació en 2013 dentro del Programa de Mayores de Obra Social «la Caixa» en convenio con Cruz Roja Cataluña para dar respuesta a estas situaciones. A través de esta iniciativa, y en colaboración con ayuntamientos, entidades de ámbito local, servicios sanitarios..., se ha creado un grupo de acción social para detectar estos casos y atenderlos. También realizan campañas de concienciación para que las personas se animen a apuntarse. «Analizamos cada situación –matiza Yanguas– y les proponemos objetivos que perseguirán acompañados de nuestros voluntarios. También tratamos de implicar a sus familiares y a su propia comunidad».

Poco compromiso

Dentro de esta campaña de prevención, Yanguas advierte que es importante destacar que el 20% de las personas entre 20 y 39 años está actualmente en riesgo de exclusión porque van perdiendo su red de relaciones sociales. «Nos estamos olvidando del compromiso en las relaciones sociales. Podemos tener miles de contactos en internet, pero si surge una demanda importante, como que nos cuiden por una enfermedad o atiendan a nuestros hijos porque tenemos que viajar, ¿cuántas personas tenemos dispuestas a ayudarnos? Seguramente muy pocas. O ninguna. Las relaciones personales exigen compromiso, renunciar a algo para estar a su lado. Sin embargo, las nuevas generaciones optan por vivir en un mundo «happy» virtual donde puedes, incluso, dejar a tu novia a golpe de click, sin mirarla a los ojos cuando llora».

Javier Yanguas añade que en España se sufre mucha soledad y el futuro no se presenta muy alentador al respecto debido al gran problema demográfico al que está sometido el país. «Las familias, que son las que generalmente sustentan la soledad de los suyos, no van a poder aguantar muchos años más. Los gobiernos deberían ser conscientes y actuar cuanto antes».

Mayor coordinación

En la misma línea se manifiesta Albert Quiles para quien queda mucho por hacer para acabar con esta lacra que tanto sufrimiento provoca. «La Administración Pública debe coordinarse con las asociaciones públicas y privadas para tejer una red de



ayuda sólida que favorezca el trabajo de los diferentes agentes que luchamos por la calidad de estas personas. El Estado también debe contribuir a concienciar a la población de la situación en la que podrán encontrarse si no ponen medios. Las personas no se merecen morir solas, sino con plenitud de cuidados y con dignidad. Nosotros nos encargamos de la parte emocional, pero hay que crear políticas que garanticen los derechos de estas personas», concluye el director gerente de la Fundación Amics de la Gent Grand.

En este sentido, Sonia Hernández, responsable de Siempre Acompañados en Cruz Roja Cataluña, añade que Reino Unido nos lleva la delantera, «puesto que ha creado a principios de 2018 el Ministerio de la Soledad, no sólo para dar solución a la soledad, sino para prevenirla alertados por los graves problemas de salud que provoca. Se preocupan por promover que las personas aumenten su nivel de estudios, mejoren su salud, hagan deporte, cuiden su alimentación, sean activos... para, en definitiva, sentirse más motivados y con habilidades para mejorar sus relaciones sociales. Es un claro referente a seguir. No hay tiempo que perder», concluye Hernández.





EL DOLOR ESPIRITUAL Y/O EXISTENCIAL DEL ADULTO MAYOR





Capítulo 6.

EL DOLOR ESPIRITUAL Y/O EXISTENCIAL DEL ADULTO MAYOR

Els Van Hoecke
Coordinadora Cuidados Paliativos
SENTEC – LA PAZ – ORURO

“La práctica de dar espacio al diálogo interior de aquel que sufre” (Nouwen).

Recién en el siglo 20 se produjo una división entre lo cultural, espiritual (holístico) y la ciencia, lo que fue muy bueno, con muchos avances. Los pacientes se decepcionaron con el enfoque de sólo centrarse en la enfermedad. Muchos médicos y enfermeras se sentían desconectados de su profesión, de su vocación, porque querían ayudar a la gente, tener una relación con sus pacientes, pero se daban cuenta que a lo largo del día se centraban en la tecnología y la enfermedad (Christina Puchalski). Hay estudios que muestran que los pacientes quieren que el médico se ocupe también de su parte espiritual.

El acompañamiento espiritual NO es: dirigir, ni adoctrinamiento, ni es psicoterapia. Podemos definir la espiritualidad como “la práctica de dar espacio al diálogo interior de aquel que sufre” (Nouwen).

Es una vida interior mediante la cual la gente encuentra un espacio “existencial”, que es el espacio de las preguntas sobre el sentido de la vida, de la enfermedad y de la muerte. No solamente se habla de la muerte, también del miedo a envejecer en nuestro mundo actual, donde la productividad y el aspecto físico son lo más importante. El dolor espiritual o existencial viene cuando no se ve más el sentido de la vida, cuando a veces no hay más momentos de encuentros con amor. Mejor que el acompañante haga preguntas abiertas al paciente como “¿Qué te preocupa en este momento?” para entender qué está pasando en la vida del adulto mayor como tristeza, depresión, soledad ... Ayudar





“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

para encontrar la paz... compartir miedos que nunca han sido expresados, aclarar culpas. Puede ser una ocasión para ir más lejos en la relación con esta persona.

Existe también un espacio “transcendental” que es el descubrimiento de un espacio que va más allá de lo sensorial, en el que uno percibe que hay una fuerza superior que le sobrepasa, ser parte de algo más grande. ¿La vida continua? Nuestra vida actual ¿otra vida?

La actitud que necesita el acompañante que trabaja la espiritualidad con un adulto mayor es:

- Tener un vínculo con el adulto mayor basado en la confianza.
- Presencia y atención activas (no huir de las preguntas y de las ansiedades y miedos que hay detrás: ¿Por qué tengo esta enfermedad? ¿Qué ha significado mi vida?
- Compasión, que es la actitud que nos mueve hacia la acción eficiente para acompañar al paciente y ayudarlo a salir de la situación.
- Empatía que nos permite percibir y entender la necesidad del otro con el deseo de ayudar y aliviar el sufrimiento.

El apoyo espiritual acompaña en el proceso de la enfermedad avanzada y también en la aceptación de dejarse ir, por lo cual, el acompañante necesita una enorme prudencia y sensibilidad. El apoyo espiritual tiene que hacer un trabajo de esperanza, (no curativo), un trabajo para que el adulto mayor pueda conciliarse con la realidad, consigo mismo y con su entorno, va fortalecer la parte interior del adulto mayor. Es un dolor real.

¿Por qué el personal de salud habla poco de la espiritualidad? Puede ser que no sepa lo que es, porque no da importancia o no ve clara su propia espiritualidad.



Calidad de vida hasta el último día.

Cada persona siempre busca su calidad de vida. Mi ayuda debe servir para mejorar la calidad de vida. Es dar la posibilidad para que cada persona pueda desarrollar su vida, como él piensa que debe ser (no como nosotros pensamos que debe ser). Es lograr la felicidad, la armonía y el equilibrio, lo que es diferente para cada persona. No hay una definición general de calidad de vida, porque somos personas únicas, entonces la calidad también es única. Lo que para uno es calidad de vida, para el otro no lo es. Cada persona tiene el derecho a ser independiente, hay que darle la posibilidad de ser él mismo, el derecho a sentirse bien consigo mismo, y eso, hasta el último día.





¿DESORIENTACIÓN O DEMENCIA?





Capítulo 7.

¿DESORIENTACIÓN O DEMENCIA?

- Terapia de validación

NAOMI FEIL

Experta a nivel mundial sobre envejecimiento

*“Ayudar a esas personas a recuperar su dignidad
y sus ganas de vivir”.*

Siempre hay algo que hacer. El principal objetivo de toda intervención es la mejora de la calidad de vida. A cualquier edad, en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia patológica siempre podemos hacer algo para incrementar y/o mantener la mejor calidad de vida posible para la persona.

En el caso de las personas con demencia o deterioro cognitivo avanzado, una terapia que está muy de actualidad es la terapia de validación, aceptación de la realidad y la experiencia personal de cada individuo.

Fue desarrollada por Naomi Feil (entre 1963 y 1980).

Según la definición de Naomi Feil, una de las mayores expertas a nivel mundial en envejecimiento dice, cuando tenía 75 años, que prefiere nombrar a las personas con demencia como personas desorientadas. No todos los mayores desorientados pueden ser calificados como dementes, porque la vuelta al pasado se activa muchas veces como barrera de protección ante la realidad presente, que no siempre es como les gustaría que fuera. Al verse imposibilitados, disminuidos en sus facultades, hace que muchas veces se refugien, de forma inconsciente, en la infancia o en la fantasía. Por eso es importante que aprendamos a lo largo de la vida como afrontar la vejez, enfrentar nuestra mente y nuestro cuerpo, para saber enfrentarnos a ese momento en el que empezamos a padecer las limitaciones de la edad.



Eso es lo que pretende su “método de validación” planteado por la autora Naomi Fiel, para corregir el aislamiento y la desorientación empleando la empatía, comprendiendo exactamente cuáles son los sentimientos que tienen las personas mayores desorientadas, el vivir con ellas esa experiencia, el acompañarles, el darles un gesto de cariño, el recuperar una música que recuerda una época gratificante de su vida. En el método de validación, la música y las imágenes son más importantes que las palabras, porque las experiencias sensoriales ayudan a mejorar la comunicación con los mayores, ayudan a romper ese aislamiento en el que están inmersos, esto es mucho más efectivo que intentar enfrentarles bruscamente a su realidad. Cuando retrocede al pasado porque pretenden resolver conflictos no resueltos, hay que tratar de entender de dónde viene ese comportamiento.

El método de validación es muy valioso e importante para brindar un trato humano y paciente al adulto mayor desorientado, sea por el personal médico, cuidadores y familiares. No se requieren de grandes conocimientos ni teorías, este trato mejorará notablemente su calidad de vida, porque es un método natural alternativo a la medicación.

¿Qué es la validación?

Es una forma práctica de trabajar y comunicarse con las personas mayores desorientadas (que presentan un deterioro cognitivo grave). Según plantea la propia autora, esta comunicación se construye sobre una interacción empática con la persona y desde una visión holística de la misma.

Es parte de la idea de “ponerse en el lugar del otro” y tratar de comprender por qué la persona con demencia se muestra desorientada o presenta un comportamiento extraño. Se parte de una actitud de no juzgar y abierta a los sentimientos de la persona.

La terapia de validación se basa en los siguientes principios:

1. Todas las personas mayores son únicas y valiosas

Partiendo de ello, la forma de comunicarse con cada persona será diferente, en función de su individualidad,



partiendo siempre del respeto. En relación con esto, es importante evitar utilizar un habla infantilizadora y paternalista.

2. Las personas mayores con deterioro cognitivo deben ser aceptadas tal como son: no debemos intentar cambiarlas

Las personas con deterioro cognitivo y/o demencia, en ocasiones presentan comportamientos extraños, conductas anómalas que no comprendemos. Desde la terapia de validación se plantea como punto importante aceptar la conducta de la persona tal y como es, e intentar buscarle una explicación como un modo de la persona de expresar determinados sentimientos (enfado, rabia, tristeza, etc.).

3. Escuchar con empatía genera confianza, reduce la ansiedad y restaura la dignidad

La comunicación empática implica ponernos en el lugar de la otra persona, tratando de comprender qué le ocurre, por qué se comporta de una determinada manera. Implica una escucha activa. Como propone Naomi Feil, la empatía reduce la ansiedad y la agitación de la persona con demencia, reforzando su dignidad.

4. Reconocer y validar los sentimientos de la persona

Esta terapia plantea que el reconocimiento y la validación de los sentimientos de la otra persona permitirán que estos disminuyan, mientras que ignorarlos facilita su refuerzo.

5. Hay una razón detrás de cada comportamiento de las personas con deterioro cognitivo

Las conductas anómalas que manifiestan las personas con demencia siempre tienen una explicación subyacente, según este modelo. Plantea que detrás de las mismas hay un sentimiento o experiencia que



contribuye a su expresión. Por eso es muy importante considerar la individualidad de cada persona.

Se ha encontrado que esta forma de comunicación podría contribuir a reducir la ansiedad y la agitación de las personas con demencia, al mismo tiempo que refuerza su dignidad y mejora su calidad de vida.

El problema es que hemos olvidado que en algún momento envejeceremos tanto que el cuerpo ya no podrá más. Les enviaremos al hospital cuando lo único que podremos hacer es retrasar la muerte unos pocos meses. Quizá para algunas personas ese tiempo sea valioso, pero para otros con morbilidades, que están agotados, y que abrazarían a la muerte como a un amigo, sus familias les empujan a recibir tratamientos. Lo hacen porque no han visto una muerte normal. Ni siquiera los médicos y enfermeras saben a veces cómo es. Por eso la tememos y tratamos de posponerla.

- Historias que se olvidan contar

Dra. Lorena Natividad Medina Torres
Médico cirujano general

Coordinadora de la unidad de cuidados paliativos-Sucre
Médico de planta residencia geriátrica “Casa del Padre Miguel” - SUCRE

***“La memoria es un trozo de infinito...
¡A veces se hace visible y grita,
pero a veces se encierra en su silencio!”***

Hablar de algunas historias que no tienen un narrador es hablar de cuentos sin un final feliz... hablemos de lo que pasa más allá de lo que nuestros ojos no ven... hablemos de todas aquellas personas perdidas en sus recuerdos y de todos aquellos quienes tienen la tarea de cuidarlos... aun sin llevar la misma sangre.



El Alzheimer más allá de ser una enfermedad del milenio se ha convertido en una enfermedad que marca la vida de muchas personas, esto hablando de la repercusión que puede traer este diagnóstico en aquellas familias que no se sensibilizan o no se encuentran lo suficientemente informadas para hacer frente a todo lo que conlleva esta enfermedad.

Relatos desgarradores de como una familia puede hacer frente con todo el amor y cuidado por el ser querido, así como relatos muy tristes de cuidadores que vieron morir a gente en la soledad, abandonados por la marca de esta enfermedad.

Dentro de mi experiencia profesional el haber llegado a trabajar con pacientes diagnosticados de Alzheimer y aplicar cuidados paliativos en ellos, me llevó a valorar el verdadero significado de los recuerdos y el aprender a vivir con una nueva historia día a día reviviendo en cada una de ellas los recuerdos olvidados.

“Historias como la de RENÉ: había olvidado muchas cosas de su vida pero jamás olvidó el nombre de la mujer que amó y aun sabiendo en el fondo de su alma el daño causado la buscaba día a día para volverla a recordar... jamás pudieron encontrar el origen de sus actos pero sí pudo recordar en los últimos días de su vida el sentido de una sonrisa. Saber que no pudo ver por última vez a la mujer que amó pero que se llevó consigo el recuerdo de su nombre y su rostro grabado en el corazón”.

Trabajar dolor físico en pacientes con Alzheimer es pelear una lucha a ciegas sabiendo que te enfrentas a lo desconocido y a lo incierto, poder aliviar el dolor de esas personas se convierte en un reto para todos quienes tenemos la labor de trabajar en esto.

“CARMENCITA: una historia que encontró respuesta antes de partir. Había perdido los recuerdos pero no la capacidad de sentir y necesitar cariño y atención, el dolor llegó a su cuerpo y no había manera de referirlo para solicitar ayuda... de repente todos aprendimos a reconocerlo a través de la mirada, todos aprendimos a escuchar la necesidad de ayuda sin palabras, y poco a poco pudimos ayudarla a transitar por la vida sin dolor... había creado un lazo muy fuerte con un extraño más en su vida





“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

y no pudo partir de este mundo sin antes volver a escuchar la voz de quien la había ayudado a ver en sus ojos la necesidad de alivio del dolor, es así como lo esperó, tomó su mano, escuchó su voz y pudo partir... con un extraño más en su vida”.

Saber que el Alzheimer puede borrar los recuerdos, pero no los sentimientos ni la capacidad de amar, es una de las grandes incógnitas del ser humano.

“HERMINIO Y GUADALUPE: dos extraños que conviven juntos dos caminos que tuvieron que esperar 86 años de vida para reencontrarse aun en el olvido, como el gran amor que espera, que aguanta, que no olvida... Mirarse todos los días sin palabras acariciarse con el amor más puro sin discursos sin protocolos simplemente así... disfrutar de sus alimentos, de sus charlas sin palabras y de un roce con amor, así es como surge algo inexplicable en un mundo de olvido. Saber que amar es algo que no se olvida y aunque una vez más el destino pretenda separarlos a través de la muerte, una vez más el amor los volverá a juntar”.

“Crees que la muerte es una bala que atraviesa el corazón?... No... ¿Una enfermedad que consume el cuerpo?... No... ¿Un veneno que corrompe la sangre?... ¡Tampoco lo es! La muerte es cuando el mundo te olvida o tu olvidas el mundo.”

“Es eso que no olvidas sentir que el mundo sí lo hizo... PAULINO no olvida su nombre ni tampoco que el mundo lo olvidó. Saber que existes para ti y para extraños, pero no para quienes tú amas, puede ser una de las más grandes tristezas y muertes en vida. Con lágrimas en los ojos y en medio de ira, enojo y tristeza Paulino sabe que el mundo lo olvidó, no consigue recordar por qué ni cómo pero no olvida que no está en el lugar que su corazón lo desea ni en el pensamiento de quienes él quiere. Rechaza el contacto físico aun cuando lo anhela, rechaza la atención y el cariño de quienes él no espera y ansía con gran tristeza poder conseguir que el mundo vuelva a recordarlo...”

“La memoria es un trozo de infinito... a veces se hace visible y grita, pero a veces se encierra en su silencio”.

Estas son algunas historias cuyos protagonistas no pueden contarlas, pero quienes estamos cerca sí podemos vivirlas.



El trabajo de quienes, la vida decidió, sea la familia de estos pacientes, pero el resto del mundo decidió olvidarlos, es muy duro y requiere de mucho compromiso para llevarlo adelante. Día a día son historias, experiencias y sentimientos nuevos que uno encuentra en el camino. Aquí relatamos algunas de aquellas experiencias que la mayoría desconocemos o imaginamos.

PAOLA: “Llevo 8 meses trabajando en esta casa y con seguridad las experiencias adquiridas son múltiples... soy una persona muy sensible y el trabajo con estos pacientes hace que la partida de cada uno de ellos marque un sentimiento especial en mí por cada uno de ellos. Saber que vivo momentos gratos, con pacientes tranquilos, colaboradores, así como pacientes agresivos o evasivos con quienes se dificulta nuestra labor. No poder llegar a ellos nos marca momentos difíciles en el día a día y hace que elaboremos estrategias nuevas momento a momento. La mejor forma que encontré hasta este punto fue la escucha activa para con ellos y así llego a desempeñar roles diferentes en sus vidas. Ahora veo que las dificultades que yo tengo son nada en comparación a la de otras personas.

A pesar del olvido en sus vidas ellos nos transmiten una enseñanza constantemente. Un dato que para mí es fundamental es el aislamiento de las familias no sé si por falta de información o por falta de conciencia de la enfermedad llevando esto al olvido de sus seres queridos y dejándolos a nuestro cuidado. Vivir este mundo del olvido me enseñó a ser intensa en mí día a día y en todo lo que hago en ella”.

LILY: “El trabajo con ancianos diagnosticados de Alzheimer llenó mi vida de grandes enseñanzas, sentir la pérdida de cada uno de ellos marcó mi vida. El cariño que ellos pueden demostrar aun en un mundo sin respuestas ni recuerdos es tan puro y tan sincero. Saber que el dolor no siempre puede ser aliviado con medicación sino con una caricia, un abrazo, un beso, un te quiero, un eres importante para mí... palabras y acciones que ellos las entienden a cabalidad. Si hay algo que me fortalece en esta tarea de trabajar con pacientes con Alzheimer es una sonrisa que, aunque ellos no puedan expresar un GRACIAS, una sonrisa dice mucho. Hay momentos en los que sí sienten la soledad del olvido del mundo y





“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

de sus seres queridos, y aunque no lo expresan con palabras nos lo hacen saber al tomarnos de la mano y apretarnos tan fuerte como pidiéndonos una respuesta de porqué fueron abandonados en el olvido. Decidí que cada día debo llegar al trabajo con una sonrisa pues lo que yo transmito a ellos a través de mi actitud determina la actitud de cada uno de ellos, es la relación recíproca que creamos de cuidador y paciente. La historia de cada uno de ellos es una enseñanza diaria para mi vida. Aun cuando sus familias a veces los olvidan también es parte de mi labor hacerles sentir que no están solos. Es muy triste ver como el proceso de esta enfermedad puede deteriorar su cuerpo y su alma, verlos llegar caminando, bailando compartiendo lindos momentos con uno, pero ver como el precio del tiempo nos cobra la factura día a día y los va encadenando a la pérdida de su independencia y de su propio cuerpo me hace sentir impotente y triste. Pero si hay algo de lo que estoy segura es que Dios me bendijo al hacerme vivir esta historia sin recuerdos junto a cada uno de mis amados abuelitos”.

Historias como las que acabo de contar de gente que vive con el Alzheimer día a día y sin saberlo practica los cuidados paliativos en cada uno de ellos, nos muestra una realidad escondida en el olvido de quienes no saben lo que son las “HISTORIAS QUE SE OLVIDAN CONTAR”.





ALIMENTACIÓN ADECUADA PARA LAS ENFERMEDADES DE LOS MAYORES





Capítulo 8.

ALIMENTACIÓN ADECUADA PARA LAS ENFERMEDADES DE LOS MAYORES

Madrid/EFE/08.2014

Ana Lázaro - Alberto Martín - Ricardo Ferro

Alimentos adecuados en 8 puntos:

1. Evita alimentos con escasos nutrientes como el azúcar de mesa y harinas refinadas.
2. Reduce la ingesta de carbohidratos simples, ya que pueden desarrollar aumento de la azúcar en la sangre.
3. Cocina no sólo tomando en cuenta sus requerimientos nutricionales, sino también los gustos y deseos del adulto mayor.
4. Incluye, con la asesoría de un experto, suplementos vitamínicos como calcio, vitamina D, B, ácido fólico, magnesio, hierro, etc.
5. Consume gran cantidad de alimentos naturales.
6. Ingiere alimentos ricos en fibra, para mejorar tu función intestinal.
7. Realiza ejercicio de manera constante y gradual, para favorecer el incremento del apetito que muchas veces, en esta etapa de la vida, se pierde.
8. Evita las bebidas ricas en cafeína o con alcohol.

Diabetes

Es una enfermedad crónica caracterizada por un nivel elevado de glucosa en sangre. Si esta patología no se controla, la persona que la padece corre el riesgo de sufrir ciertas complicaciones. No obstante, este riesgo disminuye cuando los niveles de glucosa se acercan a la normalidad. Esto se consigue con una alimentación adecuada y, si es necesario, con la ayuda de medicamentos.



Recomendaciones específicas:

- En los casos asociados a la obesidad, es muy importante perder peso, aunque sea de forma ligera (5-10 kg).
- Realice 5 o 6 comidas al día en horarios regulares.
- Controle la cantidad de alimentos que aportan hidratos de carbono y repártelos a lo largo del día en función del tratamiento indicado por su médico.
- Reduzca el consumo de grasas, no abuse de la sal y restrinja los alimentos que contengan azúcares y aumente el consumo de fibra.
- Recuerde la importancia de la hidratación.

Vivir con diabetes no significa renunciar a sus alimentos preferidos. Lo fundamental es que hay que mantener unos niveles adecuados de glucosa en la sangre.

Hipertensión arterial

En las personas mayores la hipertensión arterial se suele producir porque las arterias pierden su elasticidad. Cuando esto ocurre el corazón “trabaja” más. Si este problema no se trata, a la larga puede ocasionar problemas vasculares. Entre los factores que influyen en la tensión arterial están la obesidad, la falta de ejercicio y el excesivo consumo de sal.

Recomendaciones específicas:

- En el caso de obesidad, la pérdida de peso, aunque sea ligera, disminuye la tensión arterial.
- Disminuya la sal. Recuerde que alimentos como los caldos preparados o en cubitos, las comidas preparadas, las conservas en lata, los embutidos, los encurtidos, las salsas industriales o la mantequilla y la margarina contienen un alto contenido en sal.
- Para aderezar los alimentos utilice otro tipo de especias o unas gotas de limón o vino para potenciar el sabor.



Colesterol elevado

El colesterol elevado no produce ningún síntoma, pero se va a depositar en las paredes de las arterias y puede llegar a obstruir el paso de la sangre.

Recomendaciones específicas:

- Reduzca las “grasas malas” que incrementan el colesterol malo (aquellas que proceden de los productos animales o las grasas vegetales extraídas de la palma o el coco).
- Tome lácteos desnatados.
- Utilice aceite de oliva en lugar de manteca o mantequilla.
- Tome frutos secos en cantidades moderadas.
- Coma pescado azul y restrinja el consumo de yema de huevo.
- Evite el consumo de alcohol y la ingesta excesiva de azúcares.

Estreñimiento

El estreñimiento crónico es frecuente y favorece la aparición de hemorroides, fisuras anales o divertículos en el colon.

Recomendaciones específicas:

- Practique ejercicio físico de forma regular. También es importante mantener un buen estado de hidratación, bebiendo las cantidades aconsejadas de líquidos.
- Cuando sienta que necesita ir al baño, no espere, vaya rápidamente y tómese el tiempo necesario.
- Incrementa el contenido en fibra de la dieta, pero de forma progresiva para evitar el exceso de gases en el tubo digestivo.
- Procure que los alimentos sean integrales e incrementa el consumo de legumbres, verduras y frutos secos.
- Recuerde beber agua, aunque no tenga sed.



Osteoporosis

Aunque la osteoporosis tiene una base genética, también influyen en ella los factores nutricionales, principalmente la falta de calcio y de vitamina D.

Recomendaciones específicas:

- Tome una dieta rica en calcio: al menos 2-3 raciones al día.
- Evite el tabaco, alcohol y el exceso de sal, ya que favorecen la pérdida de calcio por el riñón.
- Tenga un adecuado aporte de vitamina D.
- Procure tener una buena postura corporal; evite los movimientos que hagan curvarse la espalda, duerma en una cama dura y evite cargar peso.

Falta de apetito

La alimentación tradicional es la elección ideal y eficaz para alimentarse. Sin embargo, existen situaciones que dificultan que las personas mayores puedan obtener con la alimentación tradicional todos los nutrientes que necesitan. Entre ellas está la falta de apetito que puede deberse a distintos factores:

- Cambios en el gusto y en el olfato que hacen que los alimentos no apetezcan.
- El hecho de sentirse saciado en seguida, cuando apenas has comenzado a comer.
- La toma de medicamentos.
- La disminución de la actividad física.

Recomendaciones específicas:

- Procure comer acompañado y haga comidas poco abundantes, con raciones pequeñas pero frecuentes.
- Disminuye el uso de grasas a la hora de cocinar.



- No añada caldo o agua a los alimentos.
- Sirva los alimentos tibios y con presentaciones atractivas.

Problemas de masticación y sequedad de boca

Las enfermedades de la boca impiden la correcta masticación y salivación de los alimentos y dificultan el acto de comer. La saliva tiene funciones protectoras y es necesaria para percibir el sabor y tragar los alimentos. La sensación de “boca seca” se debe a una insuficiente producción de saliva.

Recomendaciones específicas:

- Consuma alimentos de consistencia blanda.
- Evite comidas muy fibrosas, los alimentos picantes y secos.
- Cocine platos guisados, con salsas y caldos.
- Para aumentar la salivación tome alimentos ácidos y mastique chicles de sabores ácidos, sin azúcar.

Problemas de deglución o disfagia

Se conoce como disfagia la dificultad para tragar los alimentos. Es común en personas con problemas neurológicos. Este problema puede acarrear consecuencias peligrosas, como el paso de los alimentos hacia los bronquios o los pulmones. Además, por miedo a atragantarse, las personas mayores evitan comer y beber, por lo que pueden desnutrirse y deshidratarse.

Aunque podría pensarse que el agua y otros líquidos resultan más fáciles de tragar, esta creencia es falsa.

Recomendaciones específicas:

- Los alimentos sólidos deben triturarse en puré, pero con adecuado aporte de proteínas.
- La comida debe tener una textura homogénea (sin grumos, espinas o tropezones).





“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

- Evite los alimentos con los que es fácil atragantarse.
- Procure no consumir comidas con dos consistencias diferentes (yogur con trocitos de frutas, sopa con fideos, leche con trozos de bizcocho...)
- Evite líquidos claros. La consistencia ideal sería similar a la del yogur o las natillas.





ALGUNAS TERAPIAS NATURALES AL FINAL DE LA VIDA





Capítulo 9.

ALGUNAS TERAPIAS NATURALES AL FINAL DE LA VIDA

Els Van Hoecke
Coordinadora Cuidados Paliativos
SENTEC – LA PAZ – ORURO

*“Necesitamos del otro-
El otro le da sentido a mi vida”
(Levinas)*

Las terapias naturales son parte de la salud alternativa y complementaria, se caracterizan por ser holísticas, esto significa que al momento de aplicarlas ven al ser humano como un “todo”, como una persona con cuerpo físico, mente y espíritu. Tratan de encontrar el origen de la enfermedad con la ayuda de elementos naturales, sin efectos secundarios.

Los últimos 40 años se ha redescubierto una técnica conocida más de tres mil años en India, Egipto, China, Tíbet, Japón, la medicina tradicional. El masaje es tan antiguo como el mundo, es la experiencia del tacto. Las manos son las comunicadoras por excelencia, así que debemos utilizarlas, acariciando, dando la mano o un abrazo. El hecho de tocarnos y abrazarnos con un espíritu solidario y alegre influye sobre nuestro carácter, en nuestras futuras relaciones con otras personas, en nuestra capacidad para soportar el estrés y el dolor e incluso en nuestra forma de combatir la enfermedad.

En la actualidad las personas mayores reciben poco contacto físico con el mundo externo. No es de extrañar que muchos se aparten y se encierren en su mundo. Las terapias de masaje son una manera ideal de aumentar la calidad de vida de las personas mayores y de ayudarlas a evitar o aliviar muchos de los problemas corrientes que puedan experimentar. Entre ellos están generalmente, la rigidez y el dolor en las articulaciones (artritis, reuma), fatiga muscular, calambres y muchas otras molestias. El



tocar una persona tiene un poder: tocar sirve para influir, vincularse con los demás, relajarse y fortalecer relaciones. Además, los beneficios del contacto son recíprocos: se sabe que las personas que dan un masaje experimentan una reducción en las hormonas del estrés comparable a la persona que lo recibe, lo mismo ocurre con abrazos o caricias. Cuanto más te conectes físicamente con los demás, por poco que sea, más contento estarás. Si estás tocando, te estás comunicando.

Cuando alguien tiene una enfermedad grave, tenemos que tomar sin miedo a la persona de su mano, la persona se sentirá confiada e irá relajándose. No hay nada que pueda ofrecer tanta satisfacción y seguridad, tanta ternura y calma a las personas mayores como el contacto físico y cariñoso. Ellas representan el porcentaje de población con más enfermedades y dolencias y también suelen ser los más carentes de tacto a nivel emocional.

En las últimas semanas de vida del paciente explicamos a sus familias que el sentido del oído y el del tacto es lo último que se pierde. Por eso, recomendamos que les toquen, para que se sientan acompañados, y que les hablen, aunque esto no significa que el paciente entienda lo que le dicen, sino que simplemente reconoce las voces de sus familiares y se siente acompañado.

Los días que en la vida son un poco más difíciles que otros, necesitamos “del otro”, un contacto, una caricia. La tristeza que vemos en la cara de los pacientes con enfermedades terminales nos lleva como cuidadores más cerca al otro, nos lleva al contacto con el otro y un contacto incluye amor en esta sociedad que tenemos que humanizar más, tenemos que descubrir de “ver los ojos con los ojos”.

La forma de mirar, de dar la mano, son importantes cuando la comunicación a través de las palabras se hace difícil o estamos con personas que no pueden comunicarse, como son las personas que padecen demencia, las que tienen problemas de audición, las personas con cáncer de lengua o de laringe, etc. o los que hablan otra lengua, con los que no nos podemos comunicar mediante la palabra (Dr. Jacinto Bátiz Cantera “Cuidar a las personas en el proceso de morir”).



En Cuidados Paliativos, muchas personas consuelan durante un duelo, atendiendo pacientes o adultos mayores, queriendo ayudar de diferentes maneras: dando recetas, otras piensan que pueden consolar sugiriendo tomar medicamentos, etc. Tenemos la costumbre de querer alentar a las personas cuando están desesperadas (tu enfermedad no es tan grave, se va curar, etc.). La mejor actitud de la persona que consuela es escuchar y tocar, sin miedo a lastimar.

A veces hay que sostener físicamente la persona con tristeza y pena, sobre todo cuando quiere llorar, lo que es una manera para liberarse de sus tensiones. Una persona que llora busca siempre algo para apoyarse, pone su cabeza en sus manos o sobre la mesa; si pone su cabeza sobre tu hombro es para sentir tu presencia y fortaleza, no es necesario decir algo, tu cuerpo habla. La persona recibe así entrega, intimidad, confianza, lo cual le ayuda a abrirse. Quiere decir que estamos a su lado en silencio, atendiéndolo y que puede contar con nuestro apoyo y más fácilmente la persona se abre a los demás. La relación será más satisfactoria si se facilita que sea él quien llegue por sí mismo a sus propias conclusiones (Dr. Jacinto Bátiz).

El tacto nos une a otro ser humano y deja una sensación de seguridad. Investigaciones sobre el tratamiento de cáncer y sida han demostrado que una mano cariñosa es parte fundamental del proceso curativo.

Asimismo, permite que las personas puedan establecer conexiones emocionales con otras. Por ello, perder el sentido del tacto puede tener un impacto sumamente negativo en la calidad de vida de las personas. El tacto influye también en el sistema nervioso, relajando el cuerpo y fomentando la secreción de las endorfinas, conocidas como “las hormonas de la felicidad” que actúan como narcóticos naturales del cuerpo al reducir el dolor y al producir una sensación de bienestar. Al sentirnos apoyados, nos abrimos a los demás, disfrutamos más con las demás personas, estamos más alegres. El contacto con las manos es muy tranquilizador, calmante y relajante, y puede que sea la única comunicación física que una persona mayor experimente.



Reflexología de la mano puede disminuir los dolores y las molestias. También puede servir para mejorar la circulación de la sangre que es muy importante para las personas mayores. Para las personas con enfermedades terminales, el estrés puede disminuir con esta terapia y ayuda el cuerpo a relajarse. Es una acción non-verbal positiva que puede suprimir o disminuir el dolor en sus pensamientos.

Terapia de compañía de animales. Cuidar un animal alivia el estado físico y da seguridad a ancianos que viven solos y da sentido a la vida, pues uno de los problemas más grandes que sufren los adultos mayores, es la soledad. Los efectos terapéuticos producidos por los animales sobre los seres humanos son muy beneficiosos, acariciar un perro puede producir relajamiento, lo cual, disminuye la tensión y la ansiedad, reduciendo la presión sanguínea. El acariciar un animal también invita al movimiento de la mano y brazo. Tener una mascota en la casa significa responsabilidad de preparar su comida, no dejar que se enferme, por tanto, el adulto mayor se siente muy útil; estos animalitos llenan el vacío que queda en la casa de un adulto mayor.





PLANTEAMIENTOS BÁSICOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS





Capítulo 10.

PLANTEAMIENTOS BÁSICOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS

Julia Jiménez Echenique
Terapeuta Ocupacional

“Lograr el máximo bienestar y calidad de vida posibles del adulto mayor y su familia, disminuyendo el sufrimiento”.

1. PLANTEAMIENTOS BÁSICOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS

A continuación, se exponen una serie de planteamientos básicos que son importantes para los profesionales implicados en la asistencia de adultos mayores:

- 1.1 Efectividad y atención continua: Ya que el tiempo del que disponemos asistentes y asistidos para la asistencia paliativa es breve, se evitarán intervenciones que no se consideren imprescindibles y útiles. Asimismo, debemos estar siempre atentos al estado del paciente, pues éste es muy variable y pueden surgir complicaciones.
- 1.2 Trabajo interdisciplinario: Si entendemos que las necesidades de una persona en fase terminal son muchas (físicas, emocionales, espirituales y sociales), es preciso hablar de trabajo en equipo.
- 1.3 Actitudes de los profesionales ante la muerte: El paciente constituye un espejo para nuestra propia realidad: La propia finitud y los límites de nuestra intervención profesional. Por ello, deben evitarse en los profesionales: el miedo, los elevados niveles de ansiedad, la huida, la sobre-implicación y el Síndrome del Quemado o Agotamiento (burnout).



- 1.4 Apoyar a la familia: La familia es el núcleo de apoyo fundamental con el que cuenta nuestro usuario, núcleo compuesto por personas que también sufren al ver a su ser querido en una situación irremediable que llevará a su pérdida. Es por ello que la familia también necesita atención profesional y asesoramiento continuos.

2. LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y EL ADULTO MAYOR

2.1. Características del anciano en relación al dolor:

- Sepúlveda y Jiménez, (1999), afirman que los pacientes geriátricos paliativos corren más riesgo de que los profesionales traten y reconozcan menos su dolor debido a:
- Los ancianos tienen más dificultad para comunicar el dolor debido a distintos motivos (afasia, depresión, trastornos sensoriales, deterioro cognitivo, etc.)
- Las personas mayores cuya educación les ha hecho aprender que las peticiones son excesivas y tienen “miedo a molestar”, reciben una analgesia insuficiente.
- Creencias erróneas como que los ancianos toleran peor los analgésicos o que el dolor y el malestar son normales en la vejez.
- Presencia de otras patologías diferentes que causan dolor, Ej.: Problemas óseos.

2.2. Objetivos de Intervención en cuidados paliativos geriátricos.

El Objetivo General que deben cumplir todos los miembros del equipo interdisciplinario es el de “Lograr el máximo bienestar y calidad de vida posibles del adulto mayor y su familia, disminuyendo el sufrimiento.”



Los Objetivos Específicos se detallan a continuación:

Detectar y cubrir necesidades. Dichas necesidades son:

- Necesidades de información: Debemos preguntarnos qué información posee nuestro usuario respecto de su situación clínica, qué quiere saber y puede asimilar.
- Necesidades emocionales: Cuáles son sus principales preocupaciones: Ayudarle a definir las y priorizarlas.
- Necesidades de analgesia: Es fundamental detectar el dolor y controlarlo.
- Seleccionar y aumentar los recursos de afrontamiento, tanto a nivel personal como social.
- Amortiguar las frustraciones y regular las expectativas.

2.3. Pautas de intervención:

Aquí se dan unas sugerencias que se consideran útiles en el acercamiento terapéutico al paciente en fase terminal, dichas sugerencias son:

- 2.3.1. Al programar la forma de intervención, siempre se deben incluir las estrategias de afrontamiento y adaptación para el paciente y la familia, ya que se ha demostrado que son muy útiles en situaciones críticas.



SUGERENCIAS DE COMUNICACIÓN QUE PUEDEN FACILITAR LA ADAPTACIÓN FAMILIAR

- Permitir la expresión de las preocupaciones desde la empatía.
- Transmitir al usuario y al resto de la familia que no van a estar solos. Garantía de soporte que implica al menos tres fenómenos: cuidados continuados, acogida a temores y preocupaciones, y confianza y fidelidad mutuas permanentes (Barbero, 1998).
- Facilitar que la familia entienda que permitir al usuario participar en temas familiares evitará sensaciones de aislamiento e inutilidad.
- Permitir el llanto y los silencios del usuario, explicar que los momentos de desahogo y reflexión personal son necesarios.
- Evitar la privación estimular. Resulta patético observar al usuario y a su cuidador aburridos, esperando que el tiempo pase.
- Tratar de mantener algunas costumbres cotidianas, el “cambio” en sí es uno de los factores más estresantes.
- Es fundamental el respeto a la individualidad de cada miembro de la familia, sin dicho respeto es más difícil que la familia funcione como un equipo.
- Es necesario hacer entender que, siempre que sea posible, el usuario debe ser el protagonista en la toma de decisiones sobre su propia enfermedad.

2.3.2. Reforzar las redes de apoyo social (recursos económicos y servicios, amigos, familia, etc.) que muchas veces en el caso de los ancianos se encuentran deterioradas.

2.3.3. Las sensaciones de falta de control y utilidad pueden derivar en la aparición de depresión. Para evitar esto, debemos fomentar que participe de la forma más activa posible, en la toma de decisiones que tenga que abordar, responsabilizándose de su propia vida.



- 2.3.4. Desde la empatía hemos de respetar los ritmos del paciente y de la familia. Si se detecta la necesidad, debemos permitir al paciente o a la familia hablar de la muerte, reconociendo el derecho de muchas personas a no expresarse en este tema.
- 2.3.5. Tratar a la persona como alguien que todavía está vivo y no como alguien que nada tiene que hacer, proponiéndole nuevas actividades o aprendizajes en función de sus capacidades y del nivel de motivación que presente cada día.
- 2.3.6. Resulta muy útil preparar a los enfermos y a su familia a enfrentar sus numerosas pérdidas anticipando los problemas que, posiblemente, van a surgir.
- 2.3.7. Es importante mantener la escucha activa, con una actitud de disponibilidad y respeto, desde el inicio de la relación con el paciente y su familia
- 2.3.8. Cuidar al cuidador, es una tarea muy importante pues la persona que acompaña o cuida al enfermo también está sometida a un estrés elevado. El cuidador sentirá que renueva sus fuerzas si permite que parientes, amigos o personal sanitario le ayuden y apoyen, al igual que se hace con el enfermo.

2.4. Trato adecuado al Adulto Mayor

- 2.4.1. Establecer una adecuada relación interpersonal con el paciente que le propicie buen estado de ánimo y seguridad. La palabra, el gesto, la mímica y la actitud general del médico influyen. Es necesario explicarle su estado actual de salud, las causas de su enfermedad e informarle de las medidas de diagnóstico y tratamiento a las que ha de ser sometido. Similar relación debemos tener con la familia para lograr la máxima cooperación y apoyo posibles.



2.4.2. Ser discretos, no hablar de los pacientes con otras personas no relacionadas con la medicina.

Mantener el secreto profesional, siempre que no ocasione perjuicio social ni ponga en peligro la salud de otras personas. No divulgar aspectos relacionados con la vida íntima del paciente o de sus familiares.

2.4.3. Escuchar las preocupaciones del paciente y de sus familiares. Ser sinceros en revelar nuestros pensamientos al paciente y también acerca de lo que se conoce o más aun lo que se desconoce.

2.4.4. Ser agradable, recordar que estamos tratando con personas no con enfermedades. Atender a toda persona sin mostrar prisa, no mirar constantemente el reloj. No hacer comentarios ajenos a su persona en su presencia.

2.4.5. Tratar con respeto a los pacientes, lo cual consiste también en escucharlos, respetar su pudor y su dignidad.

2.4.6. Lograr obtener antes de aplicar cualquier medida diagnóstica o terapéutica el consentimiento del paciente o familiar responsable de la persona.

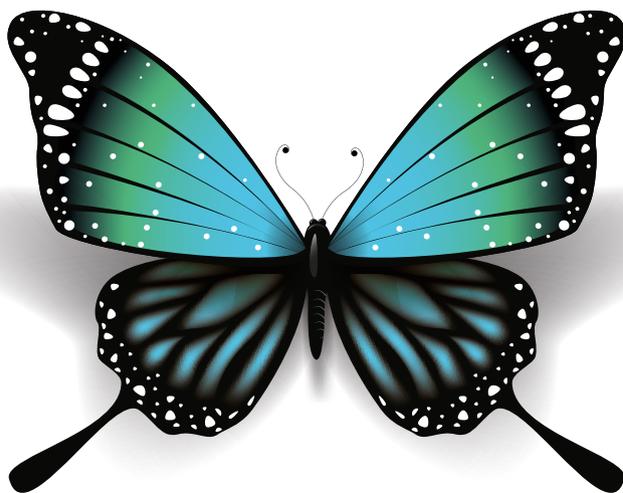
2.4.7. Dedicar todos nuestros esfuerzos a la prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de la salud humana.

2.4.8. Recordar siempre que una mala relación médico-paciente puede empeorar su síntoma e incluso crear otros nuevos.





ANEXOS





Anexo 1

NO ME ESTOY PONIENDO VIEJA

Evangelyn Téllez
Enviado por Charito Murillo
La Paz

“Te estás volviendo vieja, me dijeron, has dejado de ser tú, te estás volviendo amargada y solitaria.

— No, respondí.

No me estoy volviendo vieja, me estoy volviendo sabia.

He dejado de ser lo que a otros agrada para convertirme en lo que a mí me agrada ser, he dejado de buscar la aceptación de los demás para aceptarme a mí misma, he dejado tras de mí los espejos mentirosos que engañan sin piedad.

— No, no me estoy volviendo vieja.

Me estoy volviendo asertiva, selectiva de lugares, personas, costumbres e ideologías.

He dejado ir apegos, dolores innecesarios, personas tóxicas, almas enfermas y corazones podridos. No es por amargura, es simplemente por salud.

Dejé las noches de fiesta por insomnios de aprendizaje, dejé de vivir historias y comencé a escribirlas, hice a un lado los estereotipos impuestos, dejé de traer maquillaje en mi bolso, ahora llevo un libro que embellece mi mente.

Cambié las copas de vino por tazas de café, me olvidé de idealizar la vida y comencé a vivirla.





“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

— No, no me estoy poniendo vieja.

Llevo en el alma lozanía y en el corazón la inocencia de quien a diario se descubre.

Llevo en las manos la ternura de un capullo que al abrirse expandirá sus alas a otros sitios inalcanzables para aquellos que sólo buscan la frivolidad de lo material.

Llevo en mi rostro la sonrisa, que se escapa traviesa al observar la simplicidad de la naturaleza, llevo en mis oídos el trinar de las aves alegrando mi andar.

— No, no me estoy volviendo vieja.

Me estoy volviendo selectiva, apostando mi tiempo a lo intangible... reinventándome a mí misma”.





Anexo 2

DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud debido a una enfermedad grave y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.

Cuidados paliativos:

- Incluyen prevención, identificación precoz, evaluación integral y control de problemas físicos, incluyendo dolor y otros síntomas angustiantes, sufrimiento psicológico, sufrimiento espiritual y necesidades sociales. Siempre que sea posible, estas intervenciones deben estar basadas en la evidencia.
- Brindan apoyo a los pacientes para ayudarlos a vivir lo mejor posible hasta la muerte, facilitando la comunicación efectiva, ayudándoles a ellos y a sus familias a determinar los objetivos de la asistencia.
- Son aplicables durante el transcurso de la enfermedad, de acuerdo con las necesidades del paciente.
- Se proporcionan conjuntamente con tratamientos que modifican la enfermedad, siempre que sea necesario.
- Pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- No pretenden acelerar ni posponer la muerte, afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural.
- Brindan apoyo a la familia y a los cuidadores durante la enfermedad de los pacientes y durante su propio duelo.
- Se proveen reconociendo y respetando los valores y creencias culturales del paciente y de la familia.





“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”

- Son aplicables en todos los ambientes de atención médica (sitio de residencia e instituciones) y en todos los niveles (primario a terciario).
- Pueden ser provistos por profesionales con formación básica en cuidados paliativos.
- Requieren cuidados paliativos especializados con un equipo multiprofesional para la derivación de casos complejos.

Para lograr la integración de los cuidados paliativos, los gobiernos deben:

1. Adoptar políticas y normas adecuadas que incluyan los cuidados paliativos en las leyes sanitarias, en programas nacionales de salud y en presupuestos nacionales de salud;
2. Asegurar que los planes de seguro integren los cuidados paliativos como un componente de sus programas;
3. Asegurar el acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el alivio del dolor y los cuidados paliativos, incluidas las formulaciones pediátricas;
4. Asegurar que los cuidados paliativos formen parte de todos los servicios de salud (desde programas de salud comunitarios hasta hospitales), que todos sean evaluados y que todo el personal de salud pueda proporcionar cuidados paliativos básicos y cuenten con equipos especializados disponibles para referencias y consultas;
5. Asegurar el acceso a cuidados paliativos a los grupos vulnerables, incluidos niños y personas mayores;
6. Colaborar con las universidades, la academia y hospitales universitarios para incluir investigación y entrenamiento en cuidados paliativos como un componente integral de

“Cuidados Paliativos y envejecimiento. Tarea de todos”



educación permanente, incluida la capacitación básica, intermedia y especializada, así como educación continua.

(Definición según la IAHPC - International Association for Hospice and Palliative Care).





Definición de Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud debido a una enfermedad grave, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.

Definición según la IAHPIC - International Association for Hospice and Palliative Care.

De la autora:

Els Van Hoecke, con formación en psicología, nació en Bélgica y radica 41 años en Bolivia. Trabaja con un equipo multidisciplinario en La Paz y Oruro, conformado por profesionales y voluntarios en actividades, proyectos, programas y atención de Cuidados Paliativos que lleva adelante la Organización No Gubernamental Servicio de Enseñanza Técnica y Capacitación Integral, “SENTEC”.

Otras publicaciones de la autora:

- “Cuando la vida llega a su fin”. Primera Edición. La Paz, 2009
- “Acompañar a la persona de la tercera edad en su vida cotidiana”. Primera Edición. La Paz, 2011
- “Aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida con plantas medicinales, alimentación sana, terapias alternativas y complementarias”, con el apoyo del equipo de SENTEC - Oruro. Serie: Cuidados Paliativos 1, N° 1. La Paz, 2014
- “Acompañar en el duelo”. Serie: Cuidados Paliativos 1, N° 2. La Paz, 2014
- “La historia y dinámica de un equipo en Cuidados Paliativos”, con el apoyo de dos voluntarios. Serie: Cuidados Paliativos 2, N° 6. La Paz, 2016.
- “La dura realidad al final de la vida” Serie: Cuidados Paliativos 2. N° 7. La Paz, 2017

ISBN: 978-99974-0-664-4



9 789997 406644