

DESTACAMOS DE LA CONFERENCIA DE MÓNICA LALANDA

Afirma con sus ilustraciones:

- nacer y morir son comunes a todos los seres vivos
- no somos inmortales
- pensar en la muerte nos paraliza
- no hablemos de ella a ver si la vamos a atraer
- la muerte es eso que les sucede a los demás
- hablar de morir es realmente hablar de vivir
- vivir es un viaje con solo dos puertos conocidos, el nacer y el morir.

Nos vamos a morir sólo una vez, menos mal. Este es el título de

o de la charla, reflexiones sobre el final de la vida y cómo podemos hacerla entre todos un poco mejor.

Con sus dibujos nos sacará sonrisas.

De cada diez personas sólo dos morirán de forma repentina, las ocho restantes tendrán una enfermedad larga y penosa. Y esa fase también es vida...

La esperanza de vida en España es de 84 años, en los primeros puestos con respecto a la longevidad. Lo que se calla es que con buena salud sólo serán 62 años de media. Con estos datos vemos que igual estamos alargando la muerte, no la vida.

En la facultad a los médicos se ha enseñado que su principal labor es curar. Toda la carrera adquiriendo conocimiento, pero eso no habilita para dar respuestas a enfermos y su entorno sobre preguntas más personales que técnicas.



Cada vez hay más tecnología y más sub-especializaciones y esto hace perder la imagen general del paciente y de su vida.

Un amigo suyo (Norberto de la Vega) dice: “El médico tiene que tocar el cuerpo, tiene que tocar el alma, pero ahora ya sólo toca el ordenador”.



Norberto G. De Vega
Cirujano cardiovascular, 88 años

Al tratar el final de la vida, uno de los primeros objetivos es determinar cuándo empieza ese final, cuál es la línea que separa el tratamiento activo del paliativo. Hace ya muchos años, uno vivía, enfermaba durante poco tiempo y moría. Pero gracias a avances higiénicos, técnicos ... ahora eso ha cambiado y el tiempo que pasa un enfermo hasta su final se ha alargado.

Además, se extiende la idea de que todo se cura, para todo hay una pastilla, un tratamiento. Y esto genera una sociedad muy demandante, a veces hasta agresiva con el personal sanitario.

Vivimos una dependencia brutal de los médicos y una infantilización social. Hoy en día cualquier persona de unos 75 años toma muchas medicinas que además pueden interferir entre ellas, no teniendo una enfermedad importante.

-MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA
-MEDICO-DEPENDENCIA
-INFANTILIZACIÓN SOCIAL

*María Pérez, 75 años, sin enfermedades de importancia



Incluso la publicidad utiliza la edad. Por ejemplo, una mujer corriendo con un fondo paradisíaco no se utiliza para vender unas vacaciones sino una compresa de incontinencia.



Se nos olvida comer cosas por placer, porque está rico-rico.

¿De qué disfrutaban los ancianos en las residencias? Tres ejemplos nos hablan de jugar a las cartas, comer “chocolatito”, bebidas de cola, “snacks saladitos” y golosinas. Pero acostumbramos a darles comida sana, quitarles sal y azúcar con lo que no disfrutaban. ¿Para qué? Para ser los más sanos del cementerio.

Las residencias se plantean más para la tranquilidad de los familiares que para el bienestar de los residentes. Horarios fijos, habitaciones compartidas, actividades aburridas, muy medicalizados. Vida segura pero vacía. ¿Les estamos cuidando o protegiendo?

En el modelo actual de familia es muy difícil que los mayores vivan con sus más allegados.

Soledad, aburrimiento e impotencia es de lo que más sufren nuestros mayores. En las residencias no es que sean malas personas, tienen personal insuficiente. Horarios médicos con guardias de 24 horas que no facilitan estar presente ante el paciente.

El intento de evitar la muerte a toda costa produce daño. Ancianos en cama de continuo, sin conocer a nadie, autoconciencia perdida, la familia pidiendo que por ellos hagan todo lo posible a nivel médico hasta el último minuto porque eso es ser buenos hijos. En parte por culpabilidad. Queremos que nuestros padres sean eternos. No se deja que pasen al “otro lado”, sufriendo unas muertes horribles llenos de tubos.

Muerte digna se considera cómo sinónimo de eutanasia y debe de ser algo mucho más amplio. Se decide que la eutanasia sea un acto médico. La solución es parar cuando hay que parar. No se puede medicar de igual forma a una persona de 40 que a una de 90.

Opción de **vivir muriendo** y pasarnos una larga temporada de nuestra vida dónde no nos dejan morir o **morir viviendo** y que el final de la vida sea algo amable que lo consideremos cómo una parte de nuestra vida.

¿Qué podemos hacer? ¿Cómo mejorar la situación con acciones en manos de todos?

Tres puntos básicos:

- Aceptar que la persona es más que sólo un cuerpo. Los tratamientos sólo tienen en cuenta el cuerpo.
- “Desmedicalizar” el final de vida.
- Introducir la dignidad cómo clave en los cuidados.

TRES IDEAS GENERALES:

- 1-La persona es más que solo su cuerpo
- 2-Desmedicalizar el final es importante
- 3-La dignidad debe ser la clave en los cuidados



Las personas tienen su faceta física, existencial o espiritual, psicológica y social y los cuidados deben cubrir todas ellas.

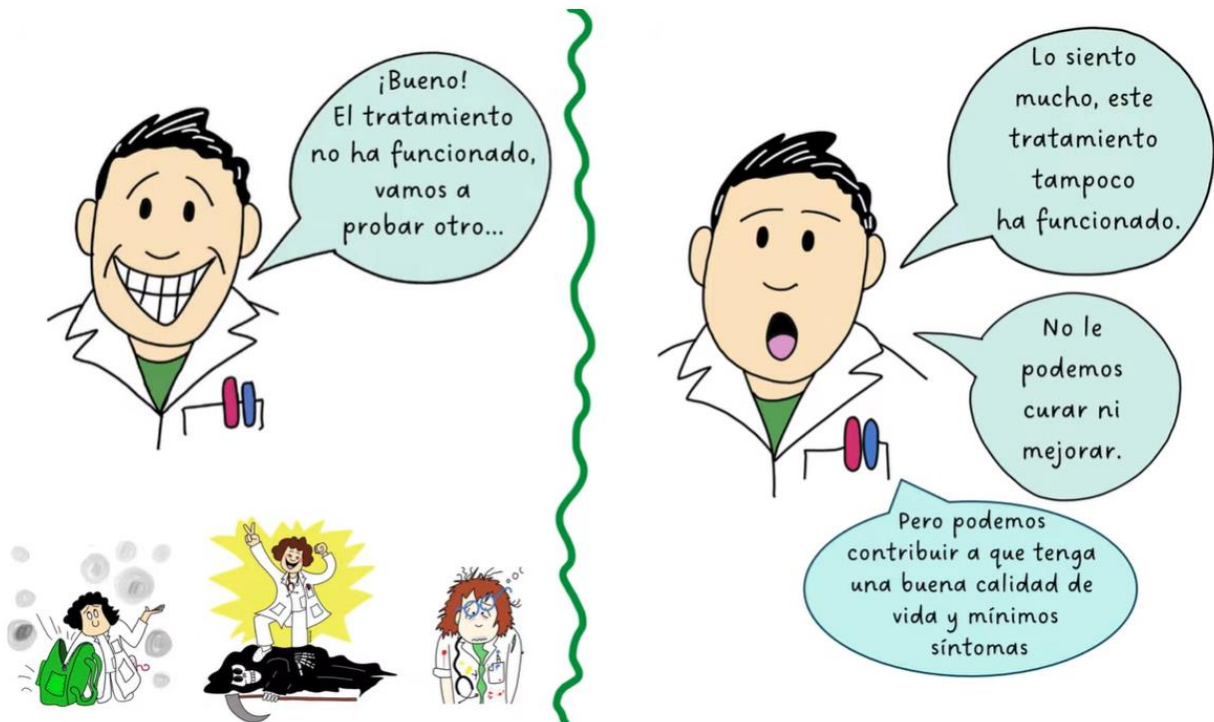
Aceptar la muerte y considerarlo como una fase muy importante de nuestro ciclo vital. Hemos humanizado mucho la llegada al mundo, los partos. Vamos a intentar lo mismo con el final.

A los médicos tenemos que darles las herramientas de comunicación para ser capaces de mantener conversaciones muy difíciles. Hay decisiones que hay que tomarlas junto con el paciente y para ello hay que aportarles una buena y clara información.

Código deontológico médico: “El médico no debe emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios o inútiles para el enfermo”.

El problema es que los médicos continúan con tratamientos porque tienen dificultad para aceptar que hay casos en los que ya no pueden curar. También se intentan eludir esas conversaciones difíciles. Y a veces los turnos muy intensos hacen que no se puedan tomar una buena decisión.

¿Cómo se debería proceder?



Esa primera comunicación sería labor del médico y a partir de ahí ya deberían colaborar equipos multidisciplinares oncológicos, paliativos ... Aunque al paciente ya no se pueda curar, hay que seguir cuidando y haciendo que lo que le quede sea un tiempo para que cada uno haga lo que más le aporte.

Informar no se hace de golpe, es un proceso que avanzará dependiendo de cómo lo vaya aceptando el paciente.



Protegiéndoles de la verdad les estamos robando la despedida, su cierre biográfico. Releer la vida, recapitular lo que ha sido importante para ellos.



Las cuatro cosas que completan una despedida son decir gracias, te quiero, te perdono y lo siento. Y ya puestos ... ¿por qué no hacemos esto mucho antes de acercarnos al final?

Es esencial planear los cuidados y las elecciones particulares. Algunos puntos se empiezan a definir al comienzo de la enfermedad. Hay otros, cómo las voluntades anticipadas, que son menos específicas y se pueden hacer mucho antes.

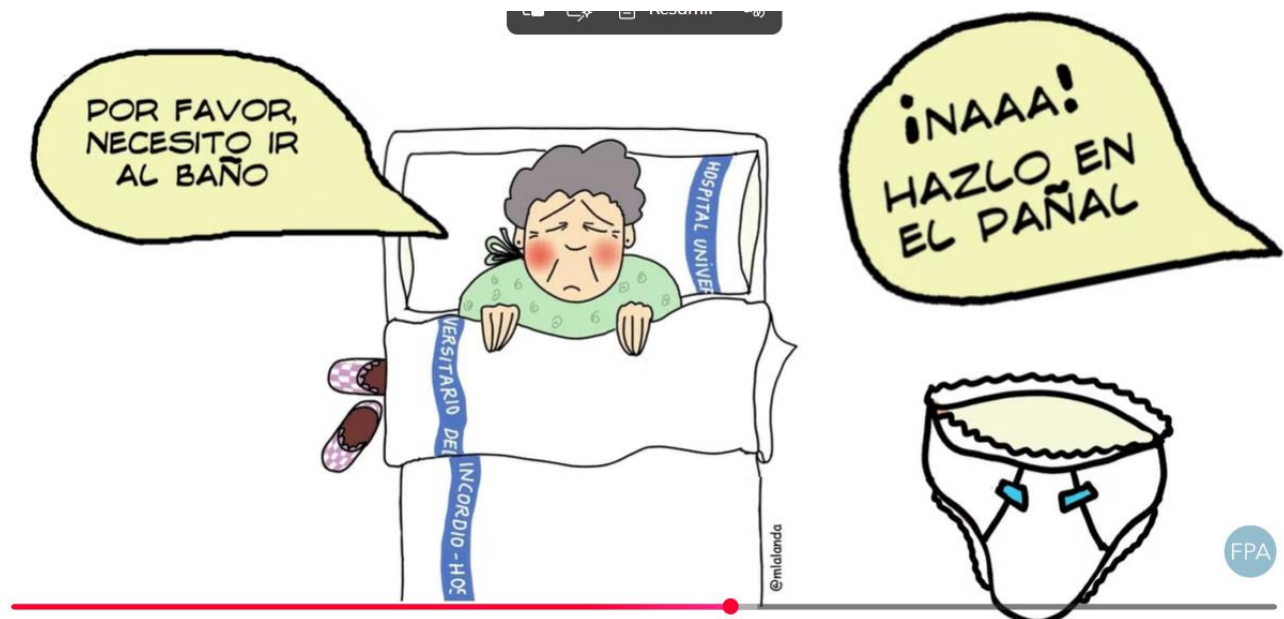
Cuatro preguntas que hacer a un médico antes de un tratamiento:

- ¿Es realmente necesario?
- ¿Cuáles son los riesgos?
- ¿Hay otras opciones?
- ¿Qué pasa si no hago nada?

Un punto muy importante es la dignidad, que no se deje de cuidar los detalles pensando que eso es responsabilidad de otros. No hablar a los mayores como si fuesen niños, ni dirigirnos a los acompañantes en vez de a el interesado...

Sustituir ciertos medicamentos con ejercicio a la medida ya que esa movilidad ayudará a dormir, a mantener la atención...

Cada persona mayor necesitaría casi un cuidador para el sólo, acompañar al baño, no poner pañal a quien no sea incontinente, respetar privacidad, no estar delante cuando está en el baño. Ayudarles a afeitarse, a maquillarse, cortar uñas, dentadura ...

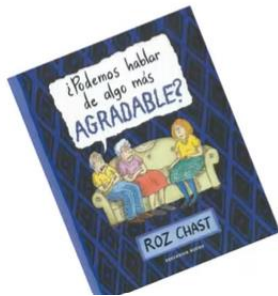


Cuidar la alimentación ya que las personas en situación terminal pierden el apetito y esto no lo comprenden los familiares. No hay nada más horrible que comer sin hambre. Que lo poco que pueden comer les satisfaga.

Vivimos en un país en que los animales tienen más derechos que los ancianos.

Para finalizar y antes de las preguntas de los asistentes:

- Un texto de un libro



Me gustaría que, al final de la vida, cuando ya todo estuviera realmente "hecho", hubiera aún algo a lo que aspirar. Algo más orientado al placer. Quizá opio o heroína, hasta convertirse en adicto. ¿Y qué más da? Heladerías de buffet libre para los muy, muy ancianos. Grandes libros ilustrados de arte y música. Cuidados paliativos extremos para cuando ya hayas probado todo lo demás: los rayos X, las resonancias magnéticas, la comida aburrida y las píldoras que no hacen nada. ¿Estaría eso tan mal?

FPA

- un vídeo de unos dos minutos (en el momento 1:04:45) con la explicación de las últimas fases de la vida.
- y dos imágenes como resumen.



NECESITAMOS LA MIRADA PALIATIVA

