



La Actitud en Cuidados Paliativos

Juan Manuel Romero Cortado

- *Se muere mal cuando la muerte no es aceptada.*
- *Se muere mal cuando los profesionales no están formados en el manejo de las reacciones emocionales que emergen en la comunicación con los pacientes.*
- *Se muere mal cuando se abandona a la muerte al ámbito de lo irracional, al miedo y a la soledad en una sociedad donde no se sabe morir.*

Comité Europeo de Salud Pública 1981

Nos enfrentamos a una enfermedad progresiva e incurable

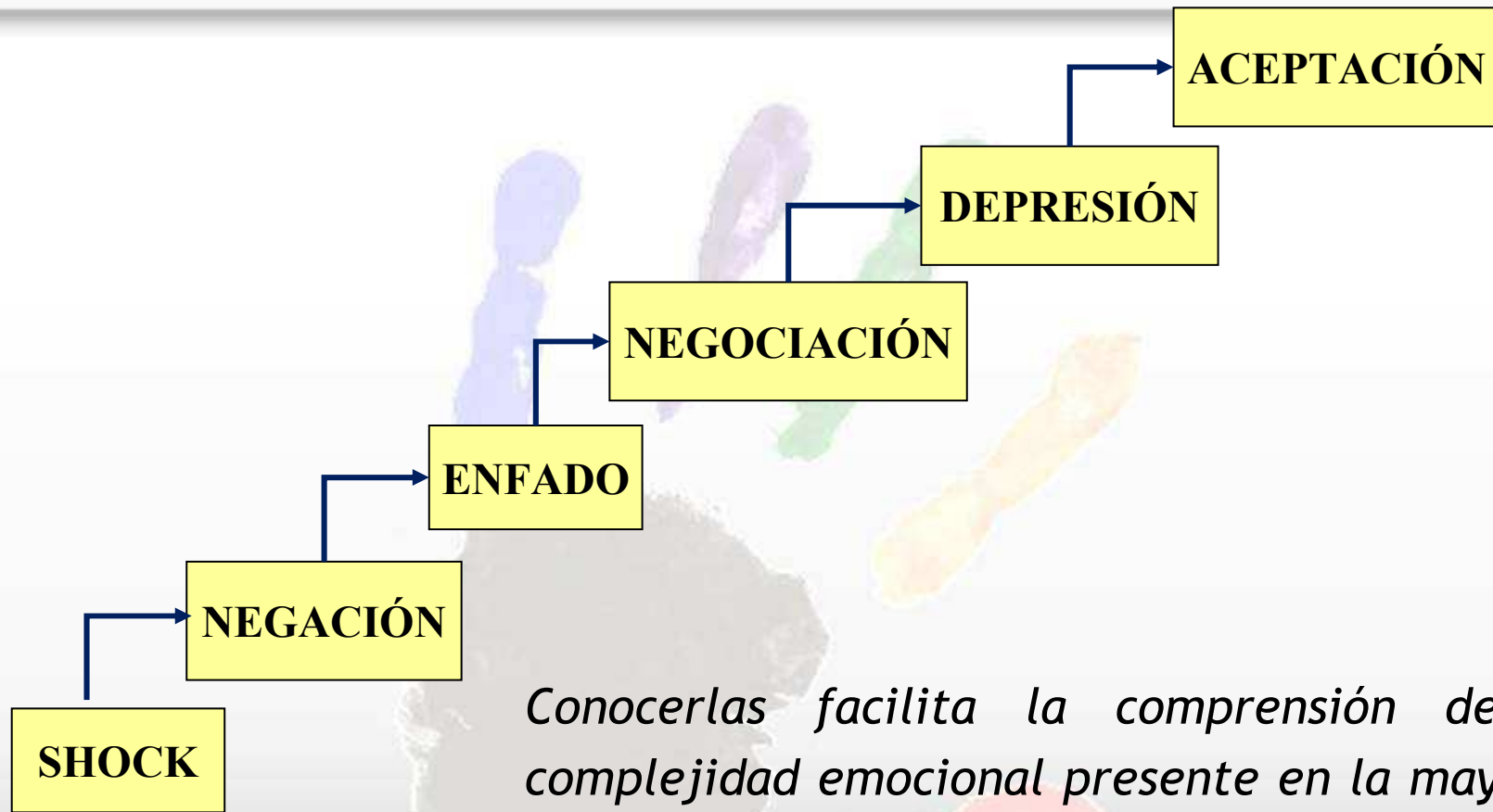
¿Qué actitud tomamos?

~~*Intuición
Estado de ánimo*~~

*Reflexión prudente
informada y discutida por
el equipo interdisciplinar*

ETAPAS DE ADAPTACIÓN

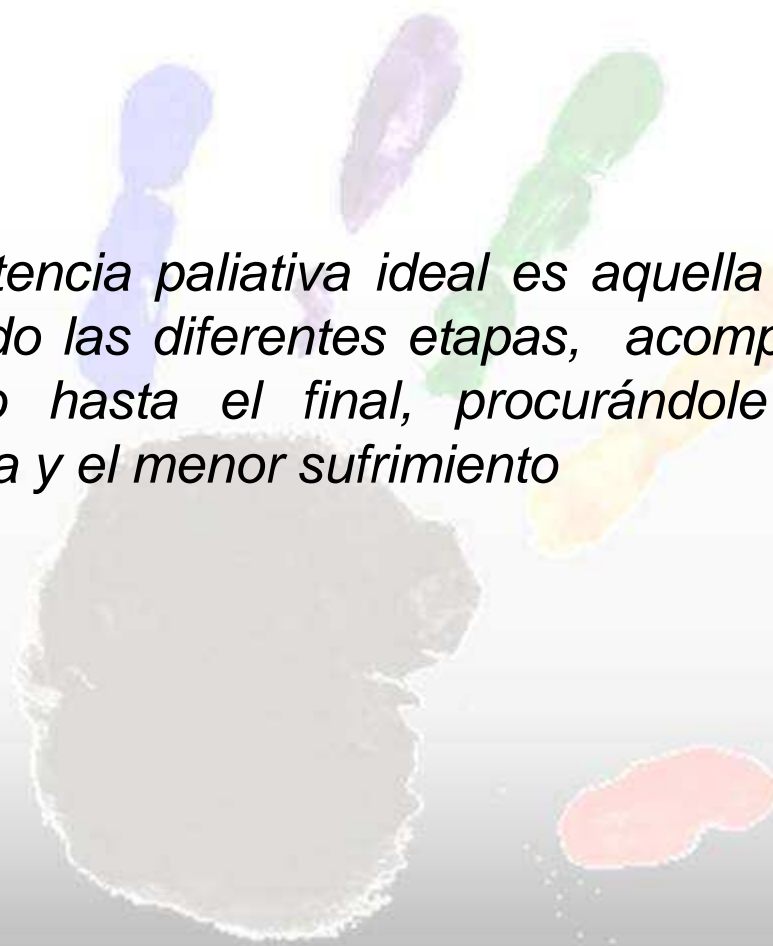
(MODELO KÜBLER ROSS)



Conocerlas facilita la comprensión de la complejidad emocional presente en la mayoría de pacientes conforme se acerca la muerte.

Cuidados Paliativos

La asistencia paliativa ideal es aquella en la que, siguiendo las diferentes etapas, acompañamos al enfermo hasta el final, procurándole la mayor entereza y el menor sufrimiento



SHOCK



- Es una especie de **manto protector** que se arroja sobre nosotros cuando somos estimulados violentamente en nuestras emociones al estar en riesgo de ser sobrepasados por ellas
- Vive la experiencia de su separación del mundo y por primera vez experimenta su **soledad** y su **desnudez**
- Puede manifestarse de dos formas: ansiosa y apática
- La actitud del cuidador será la de **apoyar al enfermo con su compañía y silencio**

NEGACIÓN



- Es un **mecanismo de defensa**. “ no, yo no, no puede ser verdad”
- Funciona como un **amortiguador** después de recibir la noticia y permite al paciente recobrarse y con el tiempo movilizar otras defensas menos radicales
- Hay que **permitirle negar** todo lo que necesite para defenderse, pero **estar siempre a su disposición**
- La ansiedad severa es un indicador de este estado

ENFADO



- *Es una nueva reacción al comprender la realidad, ¿por qué yo?*
- *El paciente se torna **agresivo, rebelde y difícil**. Todo le molesta y se enfada con facilidad*
- *La ira por la extinción de una vida es muy grande. Tiende a ser reprimida y puede exacerbar el dolor físico y otros síntomas*



Es el sentimiento más difícil de llevar porque:

Se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra todo lo que le rodea

En los cuidadores y profesionales, genera desconcierto o agresividad, con el peligro de abandono del paciente

- El paciente que se siente respetado, comprendido y que recibe atención y tiempo, bajará la voz y reducirá el enfado*
- La energía del enfado, “voluntad de lucha”, puede ser canalizada en forma positiva para combatir la enfermedad, restaurar la autoconfianza, reorganizar la vida o realizar tratamientos que mejoren su bienestar*

NEGOCIACIÓN

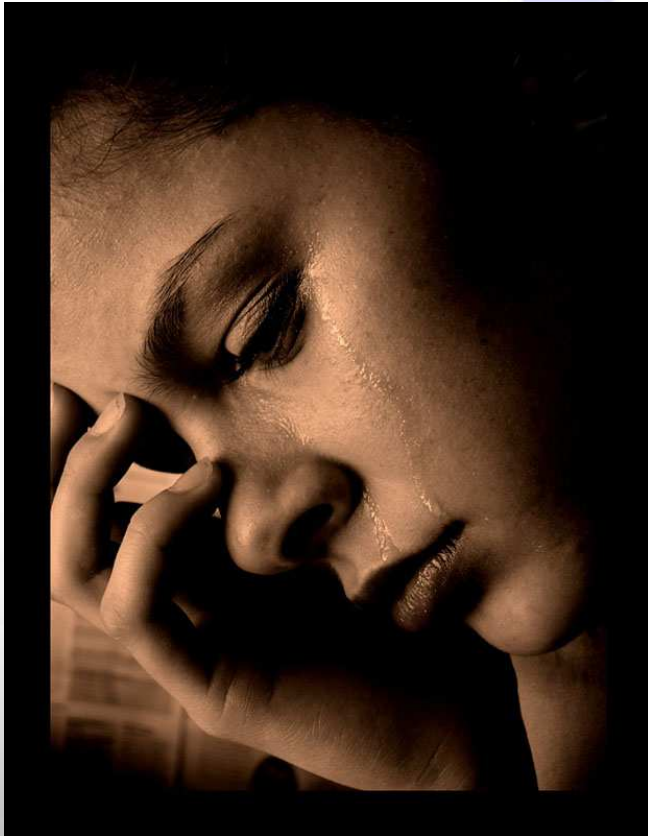
Cuidados Paliativos

Pacto o negociación.

- El paciente intenta **negociar** la curación o el **tiempo que le queda** de vida
- Tiene connotaciones infantiles
- Es una fase corta



DEPRESIÓN



- *Los pacientes tienden a aislarse, se niegan a comer y dejan de luchar*
- *El insomnio y la anorexia, además de la debilidad causada por la enfermedad, lo dejan cansado de vivir.*
- Se vuelven **más conscientes de su muerte inmediata**

Existen dos tipos de depresión en estos enfermos:

Depresión reactiva:



- ***Perdida de la imagen*** corporal, rol social y laboral
- ***Tristeza*** por los objetivos no alcanzados
- Diversos sentimientos de ***culpabilidad***
- ***Síntomas físicos no controlados***

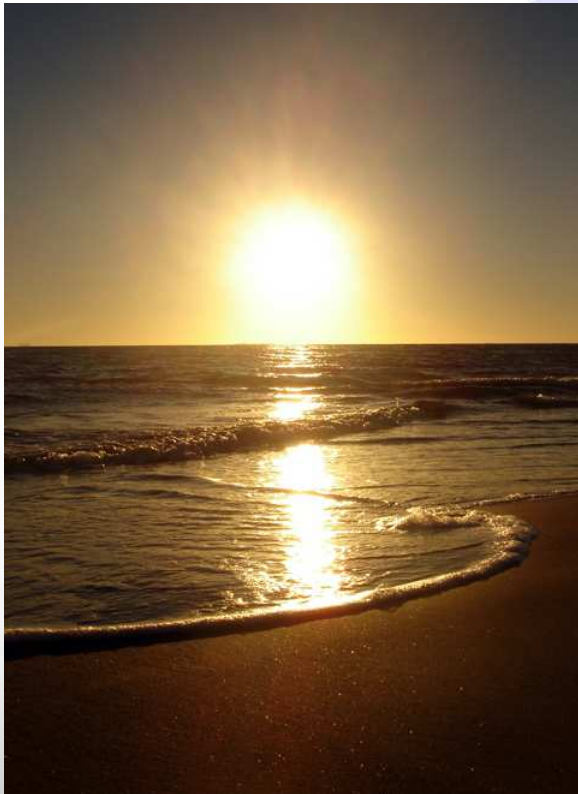
Necesidad de una mayor comunicación e intervención de diferentes profesionales



Depresión preparatoria:

- *Producida por una pérdida inminente de su vida y de todo lo relacionado con ella*
- *A diferencia de la anterior, es una depresión **silenciosa**. Es un sentimiento expresado mediante su actitud, gestos y miradas*
- ***Permitirle expresar su dolor** facilitará la aceptación final*
- *Ahora es muy importante la **comunicación no verbal***

ACEPTACIÓN



Si la muerte no es repentina e inesperada

y el paciente ha tenido tiempo para atravesar las fases anteriores con la ayuda necesaria,

llega a una fase de resignación en la que el futuro no le deprime ni le enfada

Algunos pacientes no alcanzan una etapa de paz total, sino que más bien permanecen enfadados, negativistas y luchando hasta su muerte.

Suelen ser aquellos que no han sido capaces de superar las fases anteriores, por falta de apoyo o por haber negado o evitado todas las experiencias dolorosas en sus vidas.

LA COMUNICACION

La comunicación con el enfermo debe ser personalizada.

*El paciente actúa como **regulador** de la cantidad de información que desea recibir.*

La información que recibe ha de ser:

- *Individualizada*
- *Confidente*
- *Actualizada*
- *Preventiva*
- *Comprensible*

HABILIDADES DE LA COMUNICACIÓN

- *Escucha activa:*

- *Es una de las habilidades más útiles que tienen las personas para ayudarse*
- *Prestar atención “al que se dice” y “al como se dice”*

Comportamiento activo

- *Implica:*

No interrumpir

Mirar a los ojos

Tener actitud y postura de disponibilidad

Sin sensación de prisa

No juzgar

No hacer gestos de valoración

Saber estar en silencio con el otro

La escucha más efectiva se hace desde el corazón

- **Empatizar:**

Es ponerse en el lugar del enfermo y comprender sus sentimientos

- **Ser creíble:**

No se debe prometer lo que no se puede cumplir

- **Elegir el lugar donde se habla.**

- **Evitar mensajes impositivos:**

La imposición genera actitudes contrarias a las que se persiguen

- **Ser fiable y decir la verdad.**

- **Facilitar un clima adecuado para la expresión de las emociones.**

- **Utilizar el mismo código que el paciente.**

MALAS NOTICIAS

Cuando se comunican malas noticias el mensaje debe ser firme pero a la vez con un delicado equilibrio entre prudencia y esperanza.

Es necesario que el enfermo mantenga la esperanza, lo que no significa que se le ofrezcan garantías de recuperación.



**LA VERDAD ES UNA
CRUELDAD INUTIL**

**RELACIÓN BASADA EN
FRANQUEZA Y
TRANSPARENCIA**



COMUNICAR LA VERDAD AL PACIENTE

Supone por parte del equipo:

- *Un compromiso → Ayudar a asimilarla*
- *Compartir las preocupaciones que le puedan surgir*
- *Acompañar al paciente en esos momentos difíciles*

Antes de contestar la verdad, debemos haber resuelto los siguientes interrogantes:

¿quiere el enfermo más información?

¿qué es lo que quiere saber?

¿está preparado para recibir la información?

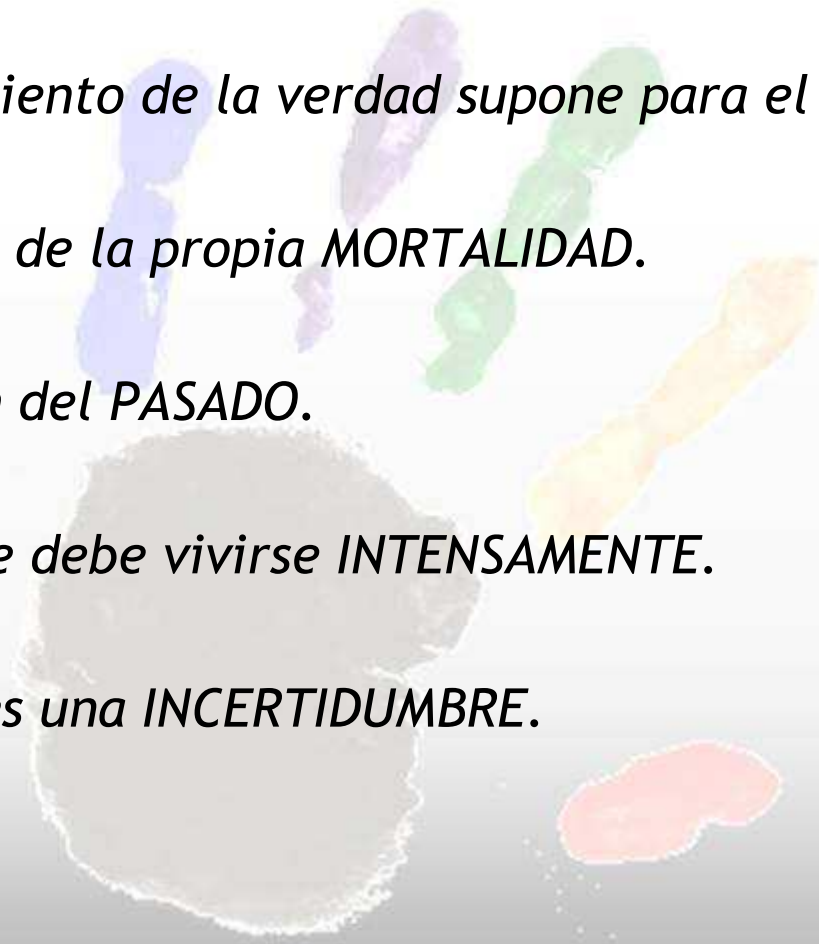
El conocimiento de la verdad supone para el paciente:

Conciencia de la propia MORTALIDAD.

Separación del PASADO.

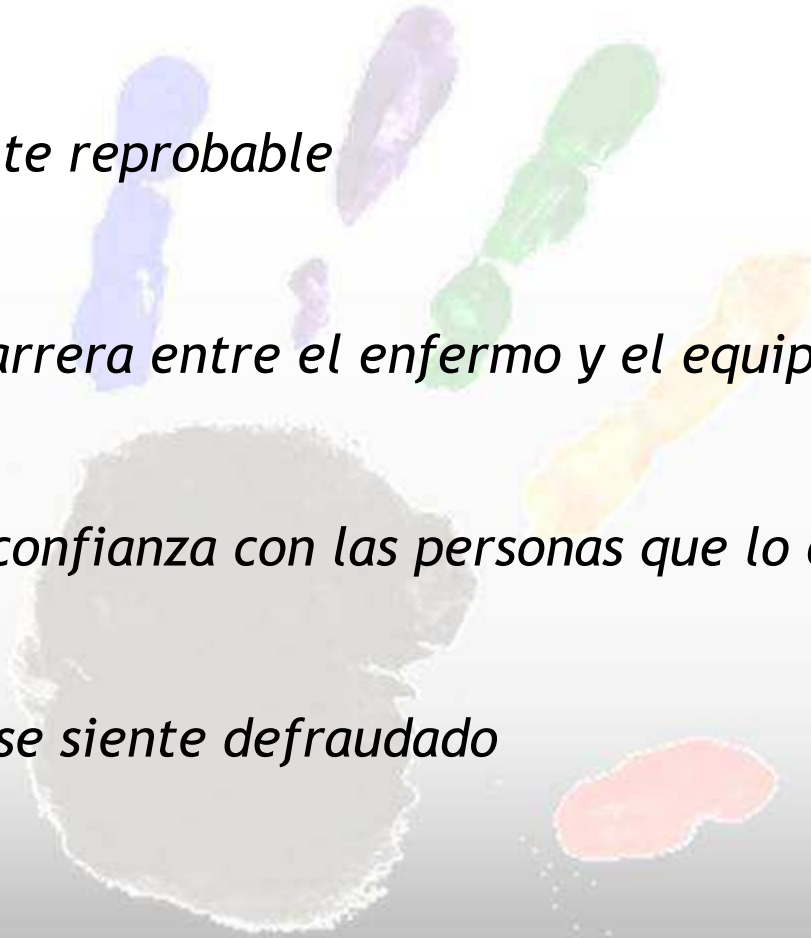
El presente debe vivirse INTENSAMENTE.

El futuro es una INCERTIDUMBRE.



OMISIÓN DE LA VERDAD

AL PACIENTE QUE QUIERE CONOCERLA

- 
- *Es éticamente reprobable*
 - *Crea una barrera entre el enfermo y el equipo asistencial*
 - *Perdida de confianza con las personas que lo cuidan*
 - *El enfermo se siente defraudado*

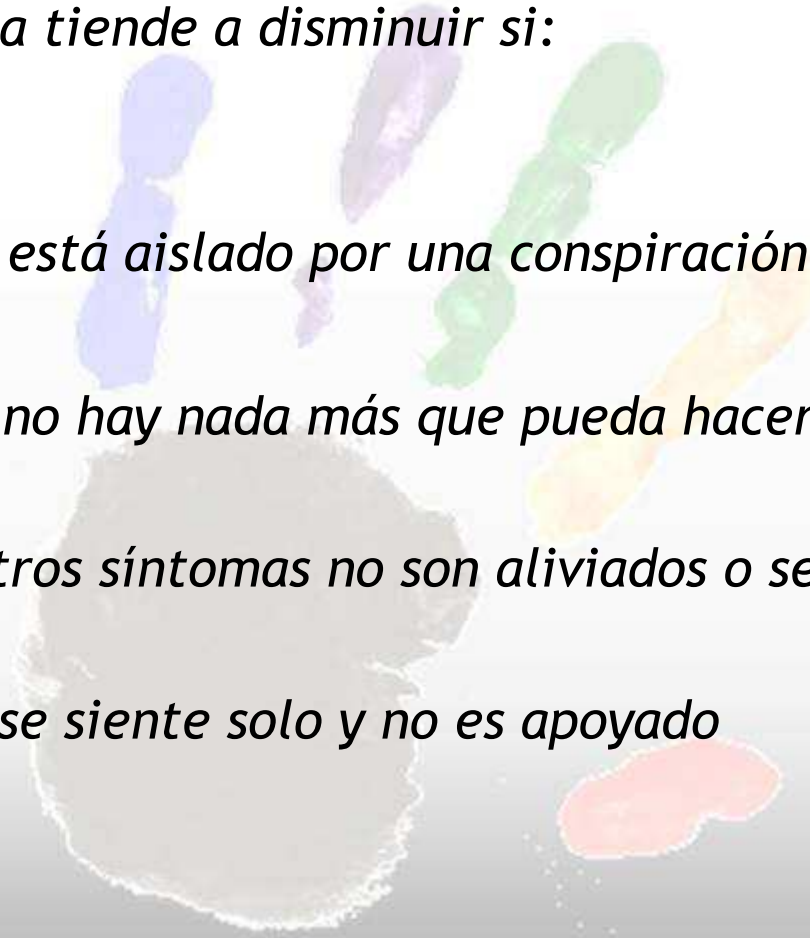
LA ESPERANZA

Sin alimentar un falso optimismo debe contener la suficiente cantidad de esperanza en alguno de los elementos siguientes:

- *Un buen control sintomático*
- *Una muerte apacible*
- *Que la vida ha sido digna de vivirse*
- *Alguna forma de inmortalidad*
- *Que sus seres queridos podrán resolver sus problemas*

La esperanza tiende a disminuir si:

- *El paciente está aislado por una conspiración de silencio*
- *Se dice que no hay nada más que pueda hacerse*
- *El dolor y otros síntomas no son aliviados o se ignoran*
- *El paciente se siente solo y no es apoyado*



CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO

Es una especie de obra de teatro, en la que todos representan un papel día tras día

El enfermo conoce y sabe su enfermedad pero disimula ante sus familiares

Los familiares piensan que el enfermo no sabe nada y actúan como si todo fuera bien



No está basada en la compasión sino que refleja la ansiedad de los familiares y su propio instinto de temor a la muerte

¿Qué la origina?

- *Dificultad de los familiares para expresar y compartir emociones*
- *Intento de proteger al paciente por temor a desencadenar una tragedia*

Genera desconfianza y aislamiento entre paciente, familiares y personal sanitario.

*Debe ser **evitada con una buena comunicación** entre todos los miembros implicados en la relación*

Kaye recomienda las siguientes medidas para manejar la situación:

- *Hablar separadamente con los miembros de la familia y luego con el paciente, estimulándoles a ventilar sus sentimientos y preocupaciones*
- *Intentar obtener de los familiares unas razones sólidas para no dar estas noticias*
- *Establecer el costo emocional. ¿Qué efecto está teniendo para vosotros?*
- *Pedir permiso para hablar con el paciente y descubrir sus sentimientos, enfatizando que sólo se le harán preguntas para intentar evaluar lo que conoce*

ATENCIÓN A LA FAMILIA

La enfermedad afecta directamente al enfermo, pero también a su familia. Esta última también requiere de cuidados.

*Nuestros **objetivos** con la familia son:*

- Promover la adaptación emocional.*
- Capacitar para el cuidado.*
- Preparación para el duelo.*

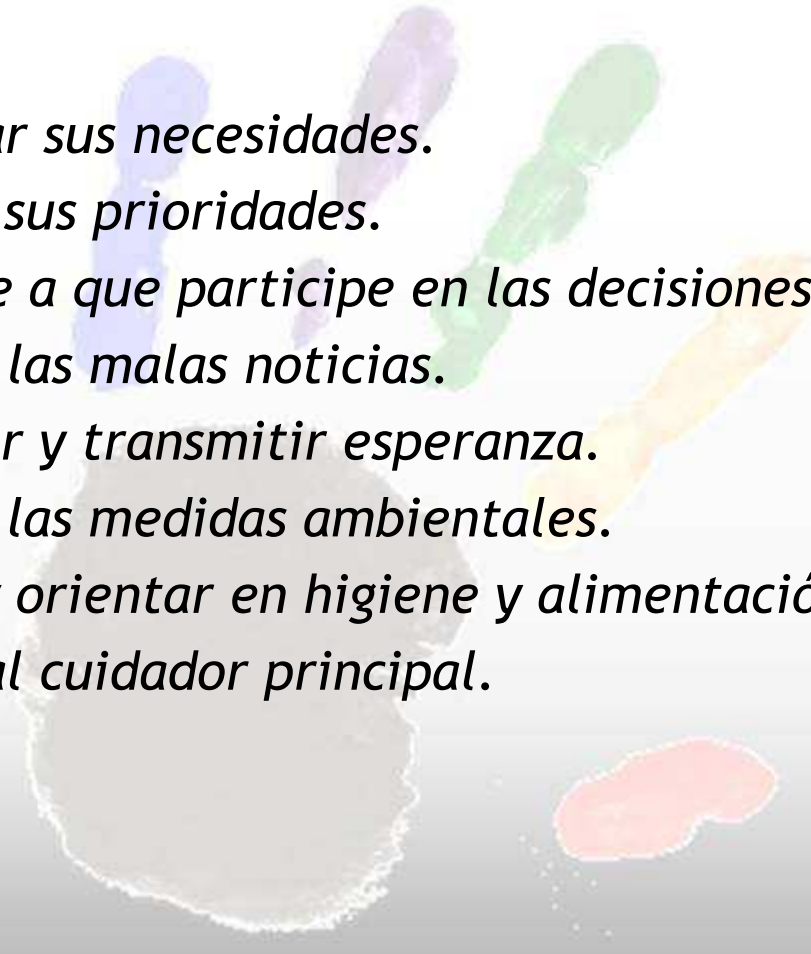
MIEDOS

- *Con frecuencia es la primera vez*
- *A que sufra*
- *A no recibir atención*
- *A hablar con su ser querido*
- *A estar solos cuando muera o no estar*

PROBLEMAS

- *Afrontar toma de decisiones*
- *Adaptación:*
 - *Emocional*
 - *Social*
 - *Económica*
- *Diagnóstico tardío*
- *Reestructuración familiar*

OBSERVACIONES GENERALES

- 
- *Averiguar sus necesidades.*
 - *Atender sus prioridades.*
 - *Animarle a que participe en las decisiones de su tratamiento.*
 - *Modular las malas noticias.*
 - *Mantener y transmitir esperanza.*
 - *Adecuar las medidas ambientales.*
 - *Educar y orientar en higiene y alimentación.*
 - *Apoyar al cuidador principal.*

ES FUNDAMENTAL:

Cuidados Paliativos

Oír, aceptar, adaptarse, ¿interpretar?

Actuar siempre con sinceridad

Ofrecer apoyo y ayuda



Cuidados Paliativos





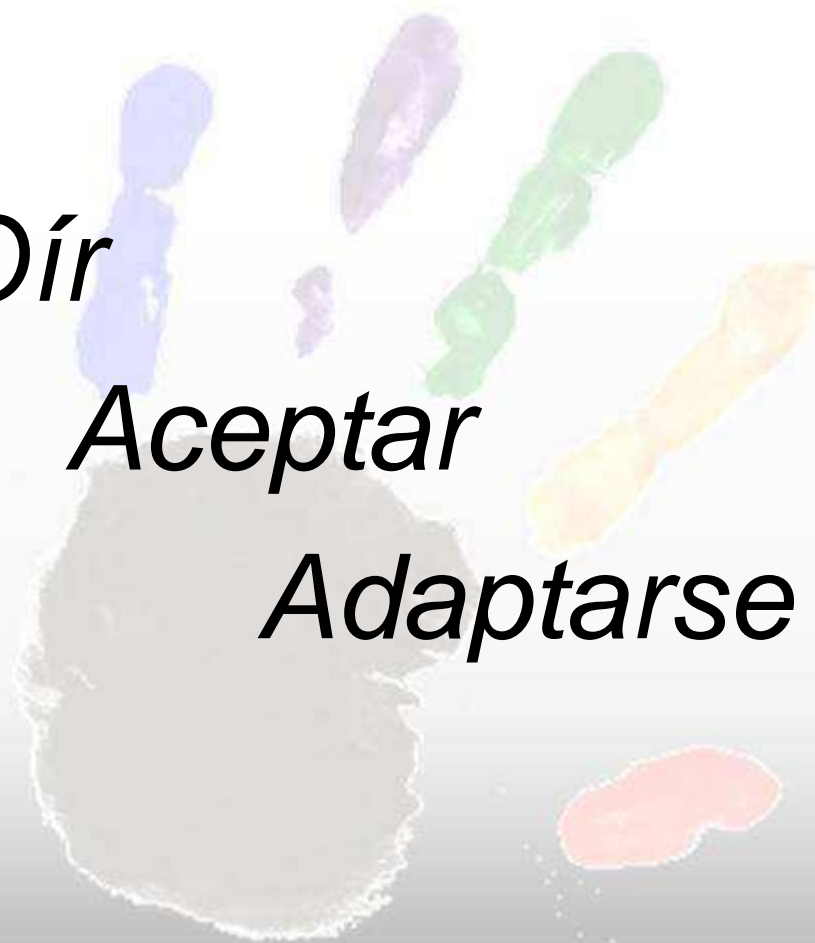




Oír

Aceptar

Adaptarse















Sinceridad



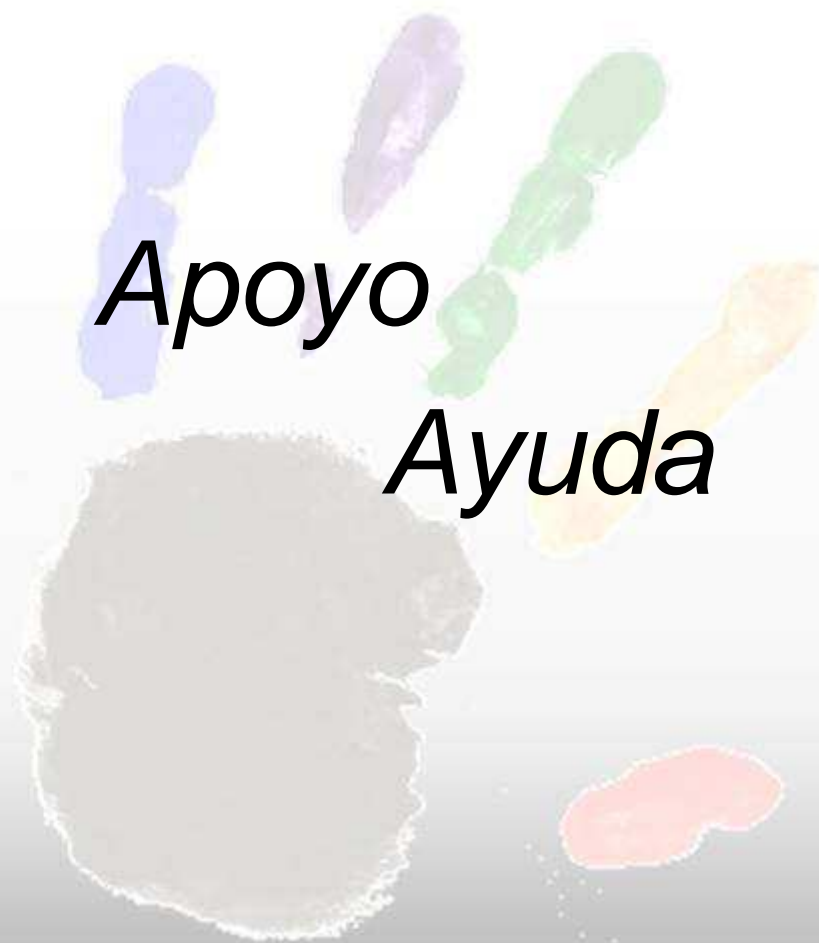








Cuidados Paliativos



Cuidados Paliativos

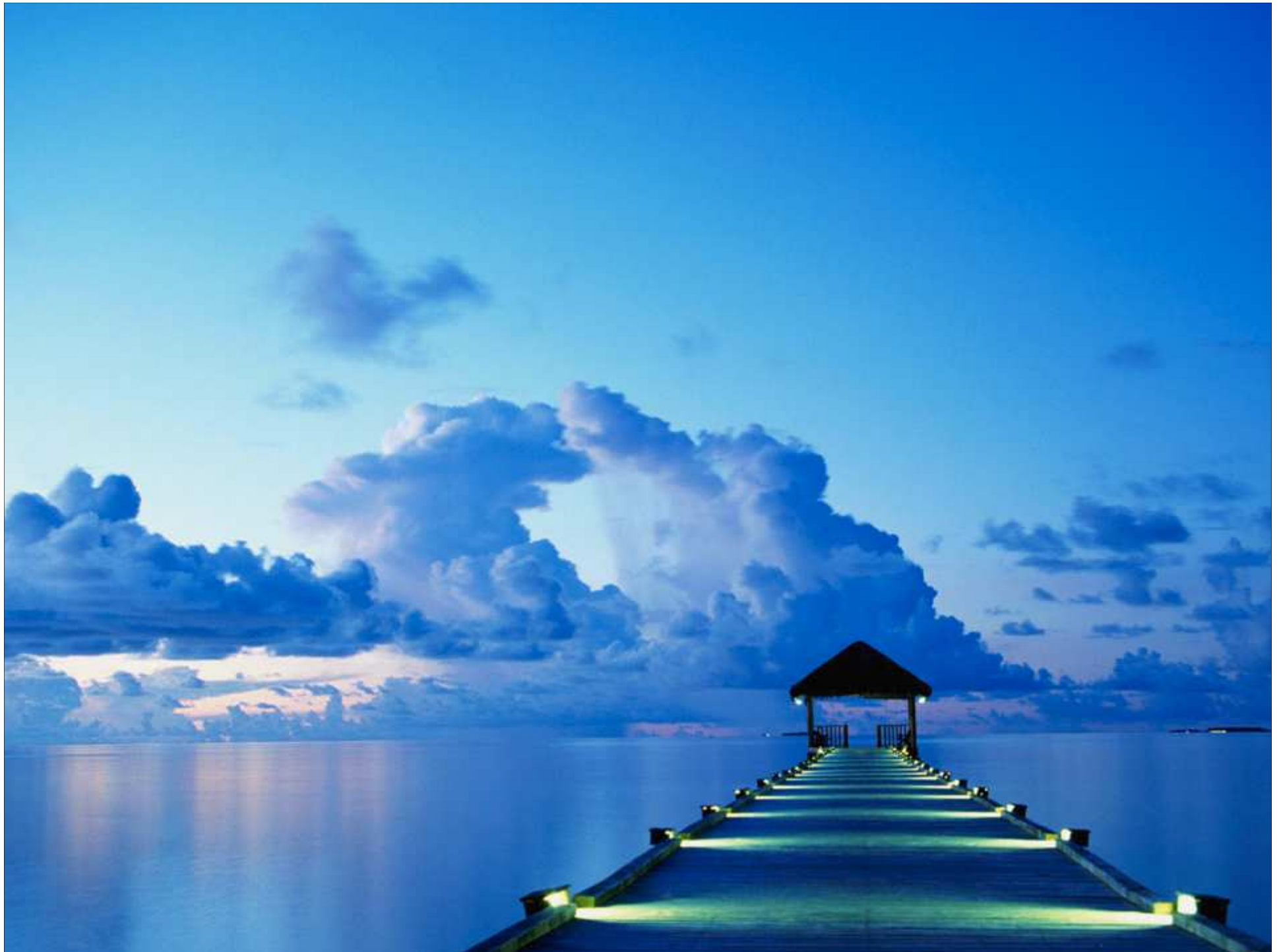




Cuidados Paliativos







Cuidados Paliativos







Muchas
Gracias