

# **La comunicación con el enfermo y la familia en el final de vida.**

**Iosu Cabodevilla Eraso**

**II Jornadas sobre el Duelo.**

**13 noviembre 2006.**

**Tres Cantos. Madrid**

# ¿De quién hablamos?

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses.

- *Sanz J., Gómez batiste X., Gómez Sancho M., Nuñez Olarte J. M., (1993) "Cuidados Paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)", Madrid, Ministerio de Sociedad y Consumo.*

# Enfermo/a y Familia.

- Unidad a tratar.
- Propio trabajo.
- Mejora el cuidado.

# Tipos de familia.

- Nuclear.
- Monoparental.
- Reconstituida.
- Acogida.
- De un solo sexo.

# Dimensiones del Ser Humano.

- Área cognitiva.
- Área afectiva.
- Área de la conducta.
- Área Espiritual.

# **Dificultades para comunicarnos.**

- **Dificultades culturales.**
- **Dificultades interpersonales.**
- **Dificultades intrapsíquicas.**
- **Dificultades del sanitario o acompañante.**

# Dificultades culturales

- La muerte ignorada.
- La muerte oculta.
- Nuevo Tabú.
- Alejamiento de la muerte.
- La muerte como fracaso.

# Dificultades interpersonales.

- No sienta lo que siente.
- Sufre a solas.
- Sé fuerte.

# Dificultades intrapsíquicas.

- Vacíos interiores.
- Gestalt inacabada.
- La sombra

# Dificultades del Sanitario o Acompañante.

- Encarnizamiento terapéutico.
- Paciente pasivo, obediente.

# Repercusiones de la enfermedad.

- Pérdida del equilibrio somático.
- Pérdida del pensamiento habitual.
- Pérdida del ritmo normal de vida.
- Pérdida de las referencias cotidianas.
- Pérdida de la imagen de sí mismo/a, de la autoestima.

# Repercusiones de la hospitalización.

- Pérdida de la libertad de organizar el tiempo.
- Pérdida del propio ambiente físico.
- Pérdida de la privacidad, intimidad.
- Pérdida de identidad.

# La comunicación con la/el paciente que niega.

- Parte del proceso.
- Aceptar.
- No estimular.

# La comunicación con el/la paciente que muestra rabia.

- Estudiar el origen de la rabia.
- Parte del proceso.
- Preparar al familiar.
- Permitir y aceptar.

# La comunicación con el/la paciente que muestra la pena.

- Intenso y emotivo.
- Pueden aparecer las despedidas, los adioses.
- Permitir, no cortar.
- Asuntos inconclusos.

# La comunicación con el/la paciente que acepta su final.

- Permitir las diferentes formas.
- Hay que hacerlo a su manera.
- Importancia de los seres queridos.

# Comunicación con la/el enferma inconsciente .

- Seguir hablándole.(Evitar algunas conversaciones.)
- Contacto corporal.
- Cuidados físicos.
- Seguir tratándole con educación y cortesía.
- Asegurar la privacidad a los familiares.
- Permitir la expresión emocional y las despedidas.
- Evitar temores irracionales.
- Tranquilizar sobre las medidas terapéuticas.
- Informar sobre el fallecimiento cercano.

# Conspiración de silencio

- La familia necesita imponer (fruto de su ansiedad y dolor) sus intereses.
- Necesidad de proteger a la enferma/o y autoprotegerse.

# Manejo de la conspiración de silencio

- Espacio y tiempo para la expresión emocional.
- Identificar y Explicitar los miedos.
- Empatizar con los miedos.
- Tranquilizarles sobre nuestras actuaciones.
- Exponer consecuencias negativas.
- Sopesar y calibrar el coste emocional del engaño.
- Ofrecerse como mediador/a.

***“ Si podemos ver la vida que precede a la muerte como una época positiva con un sentido que hay que descubrir, entonces los pacientes y sus familias encontrarán más fácil hacer lo mismo.”***

Cicely Saunders.

***Muchas gracias.***

**Iosu Cabodevilla Eraso**  
**Psicólogo Clínico**  
**[iosu@ohsjd.es](mailto:iosu@ohsjd.es)**