

PREPARACIÓN AL DUELO

COMUNICACIÓN EN EL PROCESO DEL DUELO

UNA PARTE DEL GRUPO COMUNICACIÓN Y SALUD



Español



Cántabro

¿Qué queréis obtener de este Taller?

DUELO BIBLIOGRAFIA

Landa V, Garcia - Garcia JA
<http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp>

Tizón JL. El duelo en atención primaria de salud (I) FMC en AP 1996 (a);3:547-66

Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Editorial Ariel, 2005.

Bayes R. Afrontando la vida , esperando la muerte. Barcelona . Ed Paidós, 2007.

“...debemos preparar cuidadosamente nuestras mentes desde el momento de convertirnos en estudiantes de medicina. Si el lector cree que puede hacerlo con sólo leer libros como el nuestro, está equivocado. Debe leer novelas, cultivar a sus amigos, aprovechar cualquier oportunidad para viajar; debe, sobre todo, mantenerse interesado y curioso, pues sólo así podrá obtener algo de inapreciable valor terapéutico: una personalidad rica y compasiva.”

Collier JAB, Longmore JM.

Manual Oxford de Especialidades Clínicas. BMJ, 1992.

DUELO (Cine y literatura)

- La habitación del hijo. N Moretti
 - Caos Calmo. A Grimaldi. N Moretti
 - Ordet (La palabra) . C Dreyer
 - El séptimo Sello . I Bergman
 - Azul.
 - Las alas de la vida. T Canet y C Cristos
-
- Una muerte en la familia. James Agee
 - El hombre lento. J M Coetzee
 - La muerte de Ivan Illich. L Tolstoy
 - La chica de las naranjas. J Gaarder.
 - Señora de rojo sobre fondo gris. M Delibes
 - La nieta del señor Linh. P Claudee

¿Qué es el DUELO?

DUELO PPPEA SEMI VALENCIA
2008 Ana Sobrino López

DUELO:

- Autobús adolescentes
- 11 S
- 11 M
- Pacientes y familias frente a situación terminal
- Perdida de autonomía y/o funcionalidad
- Cambio vital, separaciones, inmigraciones
- Enfermedades crónicas
- ... ETC...

DUELO:

Reacción emocional adaptativa,
normal ante una pérdida.

No es una enfermedad.

Es un acontecimiento vital estresante
de primera magnitud que tarde ó
temprano tendremos que afrontar
todos los seres humanos

“Cuando el duelo aparece ,
las demás pasiones desaparecen”

Robert Burton

- Se trata de una reacción universal ante la pérdida
- Produce sufrimiento
- Puede afectar negativamente a la salud de una persona

DUELO:

Se relaciona con aparición de problemas de salud

Aumenta el riesgo de muerte por eventos cardiacos y suicidio

Aumenta la demanda sanitaria (La tasa promedio anual de consultas a un centro de salud resultó ser un 80% mas entre los dolientes que entre el resto de la población)

- Etapas (*Parkes, Sanders*):

- Shok/Negación.
- Anhelos o languidez.
- Desorganización y desesperación.
- Reorganización y recuperación.

- Tareas (*Worden*):

- Aceptar la realidad.
- Experimentar el dolor de la pena.
- Adaptarse a una realidad diferente (sin el fallecido).
- Reubicar emocionalmente al desaparecido.

CRONOLOGIA DEL DUELO:

Duelo anticipado

Duelo agudo

Duelo temprano

Duelo intermedio

Duelo tardío

Duelo latente

DUELO: MAGNITUD DEL PROBLEMA

CUPO DE 1800 pacientes

Tamaño familiar medio de 2,7 miembros

Tasa bruta de mortalidad 8,9 por mil

Duración del proceso de duelo de 3 años

Prevalencia del 4,91%

Habrá 88 personas en duelo activo

¿Qué esperan los pacientes de sus médicos?

- **Interés del médico en la persona, y en sus ideas y puntos de vista sobre el problema.**
- **Recibir información clara y adecuada.**
- **Que el médico mantenga una conducta de escucha activa , afable, amistosa, educada, y con apoyo emocional.**
- **Poder exponer sus expectativas.**
- **Mayor participación en la consulta y en la toma de decisiones.**
- **Que el médico realice educación para la salud.**
- **La confianza en el médico.**

Declaración de Barcelona de la Asociaciones de Pacientes 2004 (Relativos a la Relación Clínica):

- Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes.
- Decisiones centradas en los pacientes.
- Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado.
- Relación m-p basada en el respeto y la confianza mutua.
- Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales.

¿Qué necesitan cuando se les pregunta?

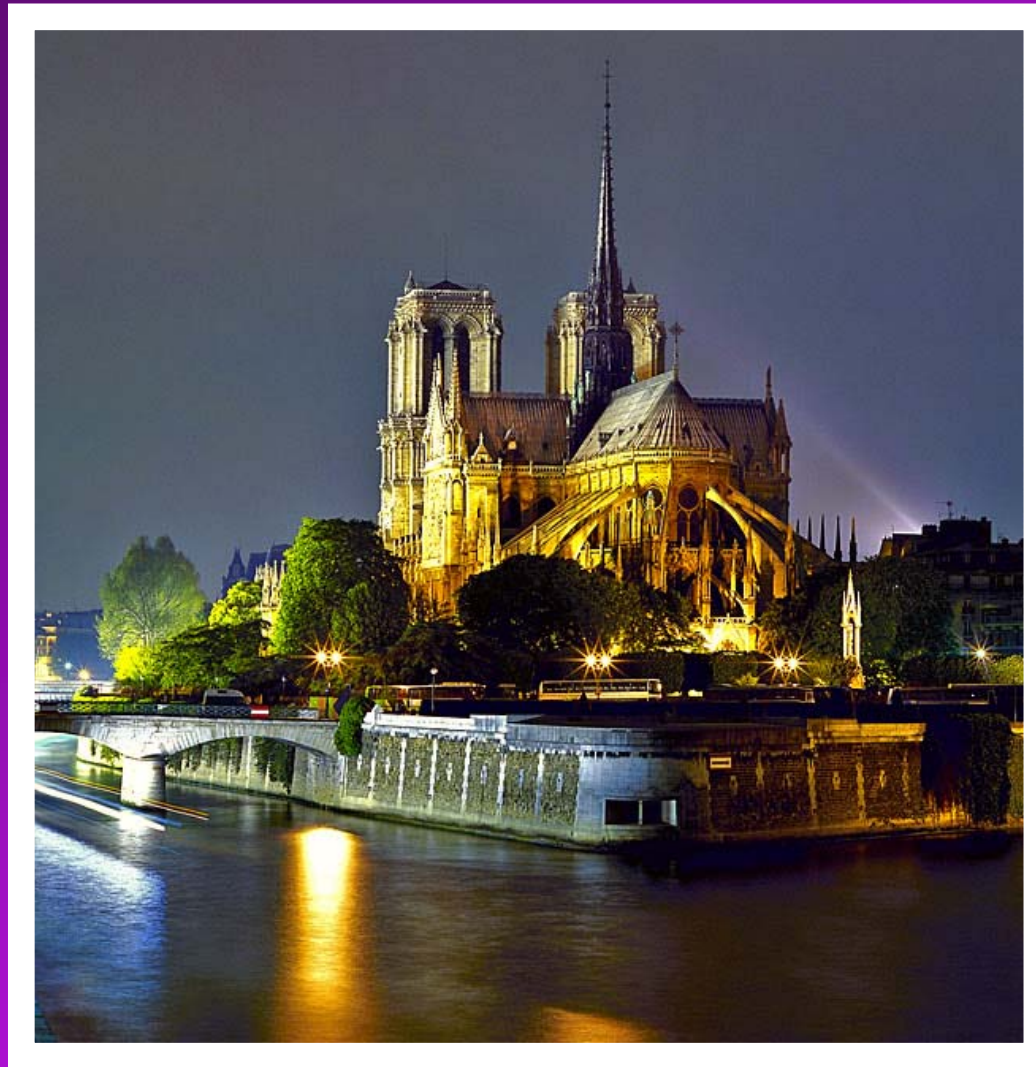
Consultas programadas

Visitas domiciliarias

Que siempre que acudan a la
consulta se interesen por su
pesar

APOYO EMOCIONAL

MEDIOS
DIAGNÓSTICOS
Y TERAPEÚTICOS



COMUNICACIÓN

DUELO PPPEA SEMI VALENCIA
2008 Ana Sobrino López

El Instrumento tecnológico es

LA PROPIA PERSONA DEL PROFESIONAL SANITARIO

Dolencia.

Enfermedad.



Sufrimiento.

DOLOTT PER SEMI VALENCIA
2008 Ana Sobrino López

“Los que sufren no son los cuerpos,
sino las personas”

Cassell EJ. “The nature of suffering and the goals of
medicine”.

N Engl J Med; 1982 (306): 639-45.

El Sufrimiento

- Una persona sufre cuando:
 - Experimenta o teme que le acontezca un daño físico o psicosocial que valora como una amenaza importante para su existencia, o para su integridad psicosocial y/u orgánica.
 - Simultáneamente, cree que carece de recursos para hacer frente con éxito a esta amenaza.

EL Sufrimiento

Lo que origina el sufrimiento no son los hechos
sino el significado que les atribuyen los
enfermos y sus personas queridas.

RELACION CENTRADA EN EL PACIENTE:

- Pretende atender las necesidades de la persona e incorporarla activamente al proceso de la consulta
- Completa el método clínico:
 - Explora el **síntoma/enfermedad, la dolencia, y el sufrimiento.**

RELACIÓN CLÍNICA CENTRADA EN EL PACIENTE

- Promueve la colaboración.
- Considera al paciente como persona.
- La explicación del proceso es personalizada (adaptada al contexto de ese paciente).
- Implica actitudes y conductas empáticas por parte del profesional.
- Implica al profesional en el proceso de ayuda, no solo como observador imparcial.

Los estilos de RCP han demostrado asociarse con:

- Mayor calidad de información clínica obtenida.
- Mejor comprensión del mensaje que ofrece el profesional.
- Mayor satisfacción del paciente.
- Mayor adherencia terapéutica.
- Mejora en algunos resultados de salud (TA, glucemia, HBA1, disminución de intensidad de síntomas, etc).
- Mejor utilización de recursos sanitarios.

“El secreto de atender a un paciente es atender a ese paciente”

F Peabody, 1927

Objetivos del encuentro clínico: Kalamazoo Consensus 2001

- Construir una relación.
- Abrir una discusión.
- Obtener información.
- Entender la perspectiva del paciente.
- Compartir información.
- Llegar a acuerdos en los problemas y en los planes.
- Cierre con toma de precauciones.

Tareas en el encuentro clínico: Guía CICA

- **Conectar** con el paciente/familia.
- **Identificar y Comprender** los problemas de salud del paciente/familia.
- **Acordar** con el paciente/familia sobre el/los problemas, las decisiones y las acciones.
- **Ayudar** al paciente/familia a entender, elegir y actuar.

Modelo operativo de la EC: guía CICAA.

- Tareas.

- Habilidades Estratégicas:

- ❖ Recibir
 - ❖ Escuchar.
 - ❖ Mostrar Empatía.
 - ❖ Preguntar.
 - ❖ Integrar la información.
 - ❖ Comprobar.
 - ❖ Negociar.
 - ❖ Informar.
 - ❖ Motivar.
 - ❖ Cerrar.
 - Elementos comunicativos o técnicas Básicas.

Características de una relación de Ayuda (Rogers)

Honestidad.

Empatía.

Respeto (Aceptación incondicional)

Asertividad.

Cordialidad/ Calidez



“Escuchar es una de las habilidades más importantes que tenemos los seres humanos para ayudarnos. Escuchar, sin embargo, no es sencillo. Escuchar no es sólo oír una palabra detrás de otra o, sencillamente, “poner la oreja” y comprender las palabras que nos dicen. Escuchar es un comportamiento activo. Para escuchar bien hay que hacerlo simultáneamente con los ojos, con el cuerpo, con la cara, con los gestos, y con los sentimientos. Escuchar no es sólo oír las palabras, es también “oír” los sentimientos.

Arranz P.

Escuchar es una de las habilidades más importantes que tenemos los seres humanos para ayudarnos.

Escuchar no es sólo oír palabras,
Es también "oír" los sentimientos.

(Pilar Arranz)

"Tenemos dos oídos y una boca, con el fin de que podamos escuchar más y hablar menos"

(Zenón , 335-263 AC Diógenes Laercio)

"Te oyen, pero no te escuchan".

"Te informan, pero no te comunican".

"Te atienden, pero no te acompañan".

Jovell A. "*Consentimiento Informado y Decisiones Compartidas*". *Jano* n°1618, pg:32.

Del mismo autor :

¿Porqué necesitamos médicos especiales?

Explorar el Sufrimiento:

- Detección del sufrimiento:
 - "¿Cómo se le pasa/hace el tiempo?".
 - » "¿Porqué?"
- Valoración del proceso de aceptación:
 - "En este momento, ¿Cuánto esfuerzo le cuesta hacer frente a su enfermedad?".
 - » "¿Porqué?"

¿De qué hablamos cuando hablamos de "Apoyo Emocional"?

"Establecimiento de una relación terapéutica en la que el paciente se sienta entendido y ayudado para poder confrontar, desde la acogida y el respeto sus temores, deseos y necesidades."

Sin que nos asusten las emociones, estas son una calve semiológica que además forma parte de nuestra condición común como seres humanos

- Aceptar el impacto emocional.
- Permitir que la emoción se manifieste en el paciente.
- Conseguir que el paciente sienta e identifique la emoción.
- Ayudar a que la canalice en una dirección que facilite la adaptación.
 - Ayudar a descubrir sus propias estrategias adaptativas.
 - Ayudar a buscar y activar apoyos socio-familiares.

EMOCIONES INTENSAS

Pensar que es una parada (Un secuestro del cerebro primitivo) de la mente racional y creativa

La comunicación efectiva y la búsqueda de soluciones queda suspendida

Primero atender la emoción

Si se dan directamente consejos, en lugar de explorar problemas, sólo se aumentan la incertidumbre y la ansiedad del paciente.

“Doña Maximiliana, mujer muy castigada por los trajines de una larga vida sin domingos, que llevaba unos cuantos días internada en el Hospital, y cada día pedía lo mismo

-Por favor, doctor, ¿podría tomarme el pulso?

Una suave presión de los dedos en al muñeca, y él decía:

-Muy bien, sesenta y ocho. Perfecto.

-Sí, doctor, gracias. Y ahora, ¿me toma el pulso?.

Y él volvía a tomarlo, y volvía a explicarle que todo estaba bien, que mejor imposible.

Día tras día se repetía la escena. Cada vez que él pasaba por la cama de doña Maximiliana, esa voz, ese ronquido, lo llamaba, y le ofrecía ese brazo, esa ramita, una vez, y otra vez y otra.

Él obedecía, porque un buen médico debe ser paciente con sus pacientes, pero pensaba: Esta vieja es un plomo. Y pensaba: Le falta un tornillo.

Años demoró, el médico, en darse cuenta de que ella estaba pidiendo que la tocara.

E. Galeano. *“Bocas del Tiempo”*

Atención en el Duelo.

"El duelo es el proceso de curación que finalmente nos aportará el alivio a nuestro dolor. Cada duelo tiene su forma, tan distinta y única como la persona que hemos perdido (...) Si no te das tiempo para llorar la muerte, no podrás encontrar un futuro en el que la pérdida se recuerde y se honre sin dolor".

Kübler-Roos E, Kessler D. *"Sobre el Duelo y el Dolor"*.

¿Cómo sabremos que necesitan ayuda?

Cuando la piden expresamente

Cuando valoramos que la necesitan

Cuando existen varios predictores de riesgo asociados

Detectamos pistas que nos orientan hacia un posible duelo complicado

D Normal

//

D Complicado

- La pena se expresa con normalidad.
 - Duración limitada (1-2a)
 - Reincorporación a las actividades cotidianas en los 1º días con "normalidad" (pero con apatía, tristeza, y ansiedad)
- No se expresa (D Reprimido).
 - Se expresa sin variar intensidad durante un largo periodo (D Cronificado).
 - Incapacidad para desvincularse del fallecido (Culpa excesiva, autorreproches)
 - Incapacidad para reincorporarse al nuevo marco de vida.
 - Cualquier alt mental que cumpla criterios diagnósticos (Depresion, Ansiedad, conductas adictivas, etc) a partir de ≥ 6 meses debe ser valorada en una USM.

Abordaje del Duelo: Estrategias Prácticas.

"No hay solución clara, no hay prescripción, no hay receta, ante el sufrimiento y la tristeza que suelen suceder a la desaparición de uno de nuestros seres más queridos."

(Bayés R.)

Abordaje del Duelo: Estrategias Prácticas.

OBJETIVOS GENERALES EN LOS CUIDADOS PRIMARIOS DE DUELO

Prevención primordial: Educar en la muerte a población general,
y sanitaria

Prevención Primaria: Cuidar de que cada persona elabore su duelo
de la forma más saludable

Prevención secundaria : Detectar precozmente el duelo complicado,
terapia temprana, derivación seguimiento y soporte

Prevención terciaria: Asumir también el seguimiento y soporte
de duelos crónicos , de años de evolución y secuelas para toda la vida

Abordaje del Duelo: Estrategias Prácticas.

Explorar el Perfil del duelo

INTERVENCION GENERAL

REFINO

Relación

Escucha activa

Facilitación

Informar

Normalizar

Orientar

Abordaje del Duelo: Estrategias Prácticas.

- **Antes del fallecimiento:**

- Ayudar a traducir expresiones (“deseo que fallezca ya”).
- Promover la conservación de otros roles.
- Dar un papel activo en la atención y control de síntomas.
- Ayudar a repartir para que todos se sientan partícipes y útiles.
- Elogiar cuidados
- Facilitar que los familiares expresen sus sentimientos (con nosotros o con otros agentes).
- Explorar miedos y prever aspectos prácticos si el fin se acerca y el cuidador está solo.
- Animar a resolver asuntos prácticos pendientes.
- Animar a resolver “asuntos emocionales” pendientes.

Abordaje del Duelo: Estrategias Prácticas.

- Después del fallecimiento:

La condolencia del profesional

Artículo de JL Tizón sobre duelo
Carta de M Smith a un centro médico

Las personas en duelo necesitan saber que para el médico que ha atendido a su ser querido, éste no fue un mero cliente anónimo

R Bayés El País . Sociedad. 13 Marzo 2007

Abordaje del Duelo: Estrategias Prácticas.

- Ayudar en “Hacer real la pérdida”:
 - Detectar si hay conducta de búsqueda y “normalizar”,
 - Hablar sobre las circunstancias en que se produjo la muerte.
 - Pedir que cuente su historia de relación.
 - Explorar que se ha hecho con las pertenencias del fallecido.
 - Preguntar si visita el cementerio y el significado de las visitas.
 - Hablar en pasado al referirnos al fallecido.

Abordaje del Duelo: Estrategias Prácticas.

- Ayudar en “Identificar y expresar sentimientos”.
 - Apoyar y validar la expresión de emociones.
 - Explorar recursos y sugerir alternativas a la expresión oral.
- Ayudar en “Vivir sin el fallecido”:
 - Explicitar y elogiar acciones de control que ya ejerce en su vida.
 - Reforzar la toma de decisiones independiente.
- Ayudar en “Facilitar la recolocación emocional”.

“La sala estaba llena, y como el moribundo estaba chillando y no quería que despertara al resto de enfermos, le metí en mi habitación.

Le exploré. Era obvio que tenía grandes cavitaciones bilaterales y afectación pleural. Pensé que esto último era lo que causaba el dolor y los alaridos. Carecía de morfina, y solo tenía aspirina, que no hacía ningún efecto. Me sentía impotente.

Yo casi no sabía hablar ruso, y nadie en la sala lo hablaba.

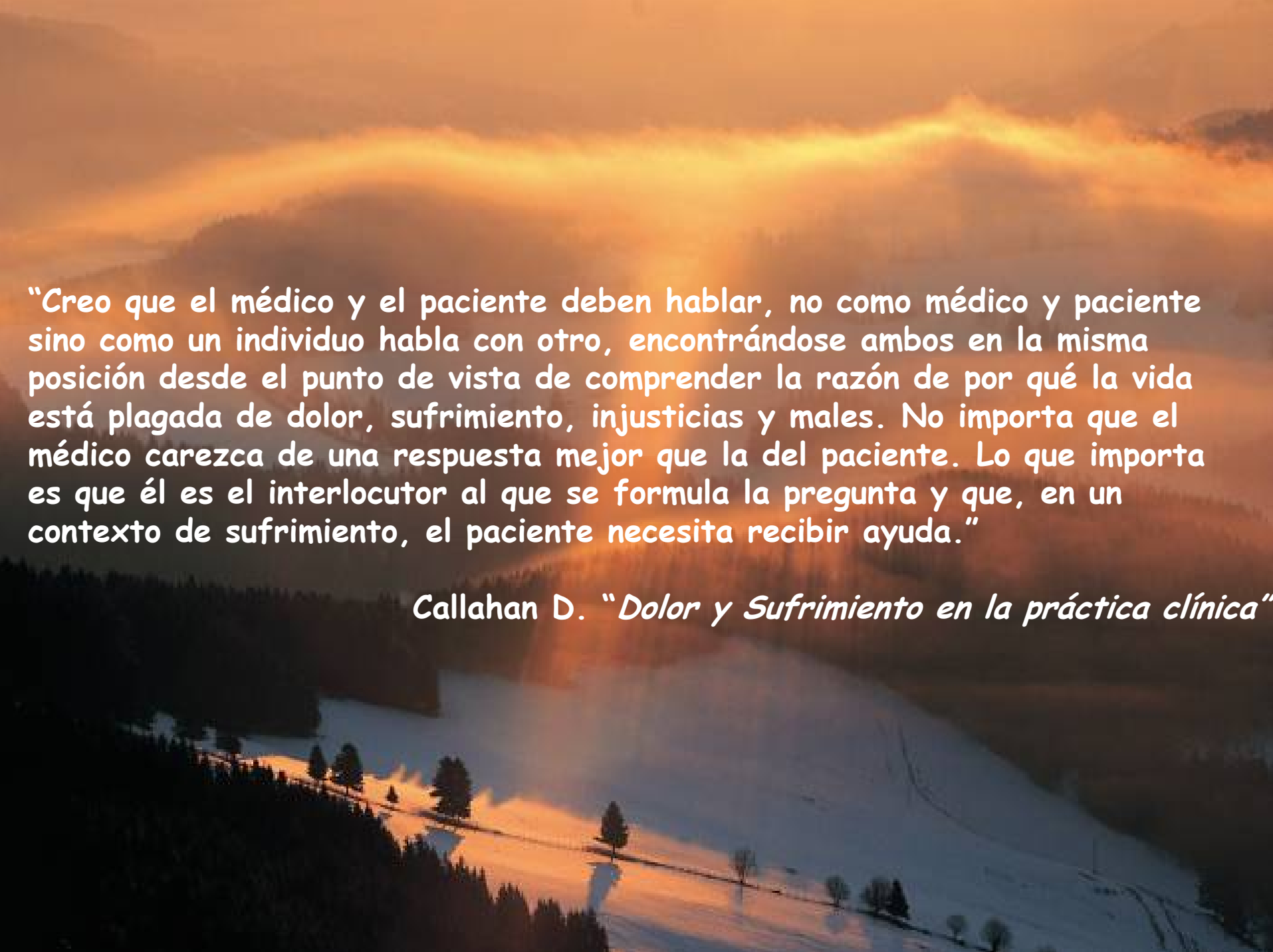
Finalmente y de forma instintiva me senté en la cama y le recogí entre mis brazos; de forma casi instantánea dejó de chillar.

El paciente murió apaciblemente en mis brazos pocas horas después.

No fue la pleuresía la que originó los chillidos sino la soledad.

Fue una maravillosa lección sobre la atención terminal.

Me quedé avergonzado de mi error diagnóstico y mantuve la historia en secreto.



"Creo que el médico y el paciente deben hablar, no como médico y paciente sino como un individuo habla con otro, encontrándose ambos en la misma posición desde el punto de vista de comprender la razón de por qué la vida está plagada de dolor, sufrimiento, injusticias y males. No importa que el médico carezca de una respuesta mejor que la del paciente. Lo que importa es que él es el interlocutor al que se formula la pregunta y que, en un contexto de sufrimiento, el paciente necesita recibir ayuda."

Callahan D. *"Dolor y Sufrimiento en la práctica clínica"*



“La más larga caminata comienza con un primer paso”

Proverbio hindú