

## CIENCIAS PSICOSOCIALES APLICADAS

### A LA SALUD II

19

### RESUMEN CAPÍTULOS

20

– ASPECTOS PSICOSOCIALES EL EMBARAZO

### PARTO Y PUERPERIO

– ENFERMO TERMINAL Y LA MUERTE

### ASPECTOS PSICOLÓGICOS E INTERVENCIÓN

### DE ENFERMERÍA

### CAPITULO 19

### ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO. PARTO Y PUERPERIO

#### 1. INTRODUCCIÓN

El embarazo incluyendo el nacimiento, es quizá la experiencia más importante, emocional y dramática de la vida de una persona.

#### 1.1. ASPECTOS INTERRELACIONADOS

- \* Biológicos ! conseguir que nazca el niño sano sin complicaciones para la madre.
- \* Psicológicos ! relaciones emocionales, imagen corporal, etc. Adaptación de la madre a la nueva situación.
- \* Sociales ! interrelación matrimonio y familia
- \* Culturales ! comportamiento – creencias

Teoría por los que se han guiado los investigadores:

1. Enfoque psicodinámico ! datos obtenidos mediante observación clínica. Destacan las relaciones primarias entre madre / hijo.
2. Enfoque conductual ! estudios interesados en la cuantificación y evaluación de diversos aspectos – eventos o síntomas, definiendo factores internos, externos y cognitivos.

Para poder comprender los objetivos asistenciales dirigidos a mejorar la calidad de vida el área de salud es preciso que conozca la evolución de la mujer en diferentes aspectos.

## 2. ASPECTOS SOCIOCULTURALES

Cada cultura posee creencias firmes y valores definidos acerca de la conducta apropiada en el embarazo, el parto y el puerperio a las que deben acomodarse las futuras madres condicionando en parte sus expectativas y su comportamiento.

La sociedad exige una garantía por parte de los progenitores para el éxito de la gestación y que suele revestir en formas básicas de responsabilidad y comportamiento adecuado.

La reproducción humana es proceso social cooperativo, por lo que la sociedad no sólo exige, sino que también apoya.

Cuatro tipos de apoyo:

- ayuda a la fertilización
- protección de daños e injurias durante la gestación
- auxilio económico
- asistencia personal

Los PS deben tener conciencia de los diferentes antecedentes socioculturales de la gestante con objeto de desarrollar planes de atención lo más íntegra e individualizada posible.

Se debe hacer planes con y no para el paciente y la familia.

## II. ASPECTOS PSICOLOGICOS

– La mujer va a vivir su proceso de gestación y maternidad en función de diversos factores tales como:

\* Los patrones de comunicación e interacción que su familia le ofreció en su infancia para satisfacer sus necesidades emocionales, educativas y de salud.

\* La experiencia previa con lactantes o hermanos.

\* Circunstancias ambientales.

\* Su vivencia sexual y psicoafectiva.

\* Su conocimiento sobre el cuidado de los niños.

\* La capacidad para afrontar tensiones e imprevistos.

\* Sus recursos para establecer canales o vínculos de comunicación apropiados.

\* Su personalidad – confianza

– valoración de sí mismo

\* La capacidad de disfrutar de su cuerpo.

## 1. EL EMBARAZO

– Plantea a la mujer tres realidades:

\* La aparición de un nuevo ser que va a modificar las interrelaciones de la pareja o familia.

\* Profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales.

\* Los sucesivos ajustes y cambios de su rol social.

– Durante la gestación se va a dar dos tipos de factores:

### a) Factores internos, cognitivos y actitudinales

Constituye una importante fuente de estrés durante todo el embarazo, caracterizada por:

\* Ambivalencia emocional

\* Carácter inminente e inaplazable

\* La aparición de pequeñas exigencias y molestias

– El desafío ! la crisis del embarazo

– La amenaza ! las preocupaciones y temores como puede ser:

– salud y normalidad del niño

– condición del recién nacido en el momento del parto

– pérdida de atractivo físico

– problemas financieros

– cuidado médico en el parto

– problemas familiares

– efectos de la medicación

– defectos hereditarios del niño

– Fuentes de ansiedad – preocupación por los aspectos físicos

Bienestar del feto

Por la lactancia, etc.

b) Factores externos – también están presentes determinados factores y sucesos como son:

– Preocupaciones financieras.

- Insatisfacción del marido en su trabajo.
- Grave desarmonía matrimonial.
- Falta de apoyo familiar.
- Conflicto entre las partes.
- Enfermedad del marido o mujer gestante.
- Muerte.
- Las principales fuentes de estrés extremo son:

1º. Problemas de salud de la propia embarazada o de las personas a su cargo.

2º. Conflictos relacionados con el trabajo, el empleo y la actividad profesional.

3º. Las condiciones de vida.

4º. La constelación de relaciones familiares.

### c) Evolución cognitiva del embarazo

\* El deseo y la actitud

\* embarazo planeado

### 2. Vulnerabilidad psicológica derivada del embarazo problemático

El embarazo es una crisis no sólo de moderación o desarrollo psicosocial, sino también situación accidental.

a) El embarazo de la adolescente: no constituye un grupo homogéneo en cuanto a:

- Tipo de embarazo
- Marco social que le rodea
- Grado de legitimación

Problemas más importantes embarazo no deseado.

b) El duelo perinatal: muerte intrauterina. Los tipos son:

- \* La muerte temprana
- \* el mortinato
- \* la muerte neonatal

– Las respuestas de duelo – es el momento de máximo dolor. Entre las emociones que primero aparecen están los sentimientos de pérdida y vacío caracterizadas por una profunda y dolorosa sensación de soledad. Más

tarde, surge un abrumador sentimiento de ansiedad, alarma e inquietud. El temor al olvido, junto con los pensamientos obsesivos del tipo ¿Por qué?

d) La interrupción de la gestación: el aborto voluntario.

Resulta tremendamente difícil valorar adecuadamente el impacto psicológico del aborto y ello puede deberse a las siguientes razones:

- Dificultad en la elaboración de estadísticas de los resultados.
- No existen valoraciones psicológicas y de salud mental.
- Las mujeres que han abortado no suelen estar predispuestas a aportar demasiada información sobre sí mismas.

\* Se ha hablado del "Síndrome postaborto – siguientes fases:

- Desasosiego y tristeza
- Recuerdo
- Depresión profunda

d) Otros riesgos psicosociales del embarazo

El medio social contribuye en gran medida a incrementar el estrés del embarazo.

Desde una perspectiva biopsicosocial de la salud, se nos hace patente que la pobreza, las barreras raciales, el abuso de drogas y los malos tratos en el grupo familiar van a ser factores complejos e interactivos que determinan la calidad del embarazo.

### 3. Recursos y estrategias de afrontamiento

Entre los recursos conviene distinguir entre los propios y los ajenos.

\* Los recursos propios pueden ser:

- Físicos
- Materiales
- Psicológicos

\* Los recursos ajenos – hacen referencia a los apoyos

- familiares
- sociales
- sanitarios
- facilitación cultural

– Las estrategias utilizadas por las embarazadas no son distintas de las utilizadas por cualquier persona ante una situación estresante. La aceptación de la realidad favorece el afrontamiento positivo.

## 2. PARTO

### 2.1. La ansiedad ante el parto.

Como experiencia previa al parto, las mujeres refieren preocupación con respecto a:

- \* mantenimiento y control de su autoimagen
- \* temor al fracaso
- \* temor a la soledad
- \* la pérdida de su autonomía en la toma de decisiones
- \* inquietud por el bienestar del niño
- \* temor a los cuidados asistenciales

Los momentos de mayor inquietud son:

- \* Al determinar la posibilidad del inicio del parto
- \* Al ingresar en el hospital
- \* Frecuencia mayor de contracciones
- \* Al finalizar las dilataciones ante la intensidad del esfuerzo de parto.

### 2.2. Los recursos y estrategias de afrontamiento

De particular importancia es el papel del marido durante el parto.

- \* Ayudando a la mujer a comprender el proceso del parto
- \* Apoyándola en las contracciones
- \* Ayudándola en las respiraciones
- \* Ofreciendo compañía, etc.

### 2.3. La experiencia del encuentro con el recién nacido

Es el encuentro de los deseos con la realidad. Muy pronto se establece entre madre e hijo un sistema de mutuo aprendizaje.

Busca física y emocionalmente el contacto con su bebé.

## 3. PUERPERIO

Reajuste fisiológico al acoplamiento y al cambio de ritmo.

Es una etapa de maternidad intensa, de considerable estrés y trabajo adoptativo.

El puerperio se entiende como el período que transcurre desde el nacimiento hasta varias semanas después con los que se produce una adaptación madre – hijo.

### 3.1. ADAPTACIÓN A LA MATERNIDAD

Concepto – operante en función de los siguientes aspectos:

- La aceptación del nuevo rol de madre
- la aceptación del hijo
- la individualización del hijo como persona distinta a ella
  - reactividad hacia el niño.
  -

Factores. Debemos destacar la calidad de la relación de pareja.

\* Curso evolutivo ! tres etapas – E de adaptación

- E de apoyo
- E de abandono

### 3.2. Lactancia y vínculo materno-filial

La capacidad de amamantar depende de la actitud de la mujer hacia el embarazo y la maternidad.

Las causas del abandono precoz de la lactancia materna no son fáciles de determinar.

Se pueden establecer los siguientes factores:

- \* F. clínicos.
- \* F. ecológicos o ambientales, de tipo cultural.
- \* F. Sociológicos.
- \* F personales de la mujer que hacen referencia a su actitud previa, antecedentes personales y familiares.

El apoyo ! es una relación cariñosa, activa y reciproca entre dos personas.

### 3.3. Vulnerabilidad psicológica derivada del puerperio

La depresión postparto.

Algunas de las posibles alteraciones psicológicas más frecuentes son las siguientes:

1. Abatimiento postparto

2. Depresión neurótica – variando según los grados de severidad
3. La psicosis depresiva es el trastorno más grave pero afortunadamente es el de menor incidencia.

\* Factores que incrementan esta vulnerabilidad son:

- Problemas físicos y emocionales de la madre
- la falta o inadecuación de apoyos psicosociales
- la carencia socioeconómica.

\* Factores que disminuyen la vulnerabilidad son:

- Relación armónica de la pareja
- calidad de apoyo del marido
- papel activo de las tareas cotidianas del padre
- apoyo de familia y personal sanitario
- participación en programas de ayuda psicológica y de educación maternal.

### III INTERVENCION PSICOSOCIAL

La importancia y dificultad de las tareas psicosociales de la maternidad / paternidad justifican una intervención multiprofesional que se refleja en un adecuado equipo de salud.

#### 1. La detección de las condiciones previas

Primer paso de la intervención es el de la exploración y detección de las condiciones previas, psicológicas y sociales. Ej. Deseo, actitud, personalidad, implicación, condiciones socioeconómicas y laborales, etc.

#### 2º. La preparación al parto

Educación maternal. Entre sus objetivos básicos están:

- Exploración de sentimientos conscientes e inconscientes hacia el futuro hijo.
- Toma de consciencia.
- Relajación psicológica y muscular.
- Integrar la función sexual, disolviendo temores.
- motivar al compañero a participar y comprometerse en el proceso.
- Los métodos de educación maternal aplicados son:

a) Preparación física.

b) Aprendizaje y disciplina de la respiración.

c) Preparación psicológica específica.

d) Preparación pedagógica general.

e) Monitorización en el momento del parto.

– Desde la perspectiva más psicológica que médica aparecen dos grandes bloques.

1) Información sobre aspectos relacionados con el parto.

- \* anatomía y fisiología del embarazo y parto

- \* conductas que favorecen el bienestar

- \* procedimientos a los que serán sometidos

- \* el dolor y posibilidad de su control

2) Procedimiento para la eliminación de conductas interferentes:

- \* gimnasia prenatal

- \* entrenamiento en respiración

- \* relajación muscular

- \* desensibilización proceso del parto

- \* control del dolor

- \* entrenamiento en autoinstrucciones

3. El consejo y la ayuda post – natal

– Mantener relación equipo de salud con la púerpera valorando y favoreciendo:

- \* confianza de la propia capacidad materna

- \* adaptación madre – hijo

- \* participación del compañero

- \* reacciones y comportamientos de otros hijos

- \* valoración de los apoyos familiares y sociales

- El programa de prevención postparto puede quedar configurado por los siguientes procedimientos:

a) procedimiento de tipo informativo:

- \* proceso lugar del parto, alteraciones, cambios que se pueden producir
- \* características del desarrollo del bebé y sus necesidades
- \* alineación adecuada para la madre y del hijo
  - problemas más comunes.

b) Procedimiento de entrenamiento:

- gimnasia.
- preparación amamantamiento.
- relajación muscular.
- manejo bebé.
- planificación actividades.
- fortalecimiento de la pareja, etc.

La intervención psicológica y social en el embarazo, el parto y puerperio ofrece grandes posibilidades a los profesionales de la salud para ayudar a las mujeres.

## CAPÍTULO 20

### EL ENFERMO TERMINAL Y LA MUERTE

#### ASPECTOS PSICOLÓGICOS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

MUERTE. – último acto de conducta humana.

#### 1. Aspectos culturales.

- \* La muerte psicológica – ocurre cuando la mente de la persona deja de funcionar, a pesar de que el cuerpo mantiene activas sus funciones biológicas.
- \* La muerte social – tiene lugar cuando las personas actúan y se comportan con el enfermo como si ya estuviese muerto.
- \* La muerte legal – cuando la persona es considerada muerta por autoridad jurídica competente.

#### 2. Aspectos sociales

Entre las causas de este cambio, podrían señalarse las siguientes:

- \* ideología dominante sobre la enfermedad
- \* avances tecnológicos
- \* menor tolerancia al sufrimiento
- \* no existe una adecuada educación para la muerte.

#### 3. Aspectos evolutivos

A medida que avanzan los años, tenemos más conciencia de los años vividos que de los que nos quedan por vivir.

#### 4. Las actitudes básicas ante la muerte

Son tres: a) la negación

b) ansiedad

c) aceptación

a) La negociación ! admite dos formas:

1. Cognitiva – rechaza cualquier pensamiento sobre la muerte.

2. Conductual – actuando temerariamente.

b) la ansiedad o el temor ! es lo más común ante el pensamiento de la muerte. También posee otros componentes:

\* miedo a la agonía

\* miedo a experimentar intenso dolor

\* miedo a la humillación de depender de los demás

c) La aceptación ! la mejor orientación personal hacia la muerte es la aceptación.

Tanatología Educación para la muerte.

## II. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL MORIR. EL ENFERMO TERMINAL

Los criterios primarios del morir son de carácter psicosocial. El paciente y la familia tienden a ver el hecho de morir en función de tres momentos claves:

– cuando es comunicado.

– cuando tiene lugar.

– cuando es aceptado.

### 1. La comunicación es información sobre la muerte

La solución más obvia a esta polémica cuestión sería a simple vista el informar a quien la solicite y no darla a quien no lo desee. Aunque esta solución chocaría con la dificultad de distinguir un paciente de otro.

### 2. Proceso de morir

Moribundo – tiene tres puntos de vista distintos:

#### 2.1– El proceso de morir y los profesionales de la salud

\* Las reacciones de los PS ante el enfermo terminal – su forma de atenderlo sanitariamente cambia radicalmente.

\* Los PS están profundamente afectados por la difícil situación del enfermo terminal.

\* Son varios los motivos por los que el PS no preste suficiente atención a los enfermos terminales:

- Porque en la universidad no se les ha preparado para ello.
- Porque se les ha enseñado para salvar vidas.
- Porque el PS, es al mismo tiempo, un ser humano al que la muerte también le afecta.
- Porque los enfermos, la mayoría de las veces, los tenemos engañados con respecto a su enfermedad.

\* La trayectoria de la agonía vista por los profesionales de la salud, identificaron con precisión y etiquetaron diversas trayectorias de agonía:

- Trayectoria demoradora ! los PS hacen todos los esfuerzos.
- Trayectoria rápida ! situaciones de emergencia.
- Trayectoria aguda ! procedimientos terapéuticos de alto riesgo.
- Trayectoria de situación de peligro.
- Trayectoria de crisis.

Los aspectos más característicos de este tipo de trayectoria de la agonía son:

- a) la urgencia del tiempo
- b) los esfuerzos terapéuticos
- c) los continuos cambios en las expectativas sobre la suerte que corre la vida del paciente.

## 2.2. El proceso de morir del paciente terminal

La enfermería está redefiniendo su rol profesional asumiendo de forma incondicional y entusiasta el cuidado del moribundo y de sus familiares. Es importante para la enfermería ser sensibles a las reacciones emocionales del enfermo terminal y de sus seres queridos, así como tener conciencia de las dificultades de prestarles un auténtico cuidado.

\* Reacciones básicas del enfermo terminal. Desde el punto de vista psicoanalítico

- Regresión
- Repliegue de sí mismo
- Angustia

\* Las etapas del morir

- la negación
- ira
- negociación
- depresión
- aceptación

\* Factores determinantes del proceso de morir. En general, podemos decir que el afrontamiento de la enfermedad terminal viene determinado por la interacción de tres tipos de factores:

1. F. Personales, tales como:

- características de personalidad
- sexo
- edad
- actitudes, valores, creencias
- recursos y estrategias de afrontamiento

2. F. Relacionados con la enfermedad del paciente, tales como:

- curso, evolución
- dolor, incapacitación, mutilación
- tratamiento y cuidados

3. F. Socioculturales, tales como:

- condiciones socioeconómicas
- valores, ritos de muerte, creencias religiosas
- apoyo sanitario
- apoyo socio familiar.

2.3. El proceso de morir y las relaciones interpersonales – familia– amigos

1º. Por parte del enfermo– conduce a retraerse en todo contacto social. Esta reacción puede deberse a:

- Para evitar la curiosidad de la gente.
- Al deseo de encontrar un espacio psicológico que le permita manejar sus intensas emociones.
- Al temor – a causar impacto emocional.

2º. Por parte de la familia y amigos – encuentra serias dificultades para comunicarse con el enfermo moribundo.

Sugerencias para facilitar la comunicación:

- debemos estar alerta a las formas indirectas y simbólicas de comunicación
- debemos procurar que la conducta del moribundo sea lo más competente y efectiva posible.
- finalmente nuestra comunicación con el moribundo se facilita si sabemos impedir que nuestras necesidades y temores se proyecten sobre el enfermo.

### 3 ¿Dónde morir?

La humanización de la asistencia hospitalaria: la unidad de cuidados paliativos.

El objetivo de este enfoque sanitario es la atención integral del enfermo: en sus aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Sus notas más características son:

- incorporar a la familia del enfermo en el que hacer sanitario cuidador.
- promueve el principio de autonomía y dignidad del enfermo como persona.
- proporciona una atención individualizada y continuada.
- Las bases de la terapéutica en pacientes terminales serían:
  - atención integral.
  - el enfermo y la familia son la unidad a trabajar.
  - la promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo.
  - una concepción terapéutica activa y rehabilitadora.
  - la importancia del ambiente.
- Los instrumentos básicos con que para ello cuenta la UCP
  - control de los síntomas.
  - apoyo emocional y comunicación con el enfermo.
  - cambios en la organización y una adaptación.
  - equipo interdisciplina – apoyo suficiente.
- Los cuidados paliativos giran en torno a varios principios básicos que podrían resumirse en los dos siguientes:

1. Control del dolor y del malestar del enfermo.

2. Cuidado personal y discusión abierta sobre la muerte.

### III. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON EL ENFERMO TERMINAL

1º. La intervención psicosocial con el moribundo debe partir del conocimiento y dominio de dos elementos:

a) necesidades psicológicas.

b) tipo de ayuda básica.

c) Necesidades psicológicas del enfermo terminal

– necesidad de seguridad y confianza en sí mismo y en los demás.

– necesidad de compañía tanto PS que le atienda como de la familia.

– necesidad de comprensión.

– necesidad de comunicación.

– necesidad de atención, amabilidad y respeto.

– necesidad de información.

b) Apoyo psicoemocional – intenta también responder a las necesidades. Consiste en acompañar al enfermo y a su familia en el proceso físico, psicológico, social y espiritual.

2º. Intervención específica de enfermería con el paciente terminal

El campo de actuación del PE con el paciente terminal es de gran amplitud como puede ser:

– función de ayuda al enfermo y familia.

– función docente y tutelar.

– función diagnóstica y de vigilancia del paciente.

– prevención e intervención eficaz en los cambios rápidos y multifactoriales.

– administración y supervisión de intervenciones y tratamientos terapéuticos.

– supervisión y garantía de la calidad asistencial.

– organización específica del área de enfermería.

– coordinación en el plano organizativo.

- formación continuada.

Funciones de enfermería más importantes:

\* Función de ayuda al enfermo terminal y familia

- Relación terapéutica.
- Prodigar medidas de alivio.
- Ofrecer presencia y disponibilidad.
- Ayudar al paciente y familia a superar pérdidas.
- Detectar y prevenir la posibilidad de duelo patológico.
- Mantener perspectivas realistas.
- Facilitar apoyo psicoemocional.
- Sugerir o proporcionar ayuda de otros profesionales, etc.
- Función docente y tutelar
- Mantener el sentido de la oportunidad.
- Ayudar al paciente a integrar su enfermedad dentro de su estilo de vida.
- Descubrir interpretación subjetiva que hace de la enfermedad.
- Facilitar interpretación del estado del paciente y ofrecer explicaciones del tratamiento.
- Hacer asequibles aspectos específicos de una enfermedad en fase terminal.
- Minimizar dificultades de comprensión.
- La formación continuada

### 3. Intervención psicológica especializada con el enfermo terminal

Cada una de las técnicas tienen un objetivo común a los siguientes aspectos:

- Ayudar al enfermo terminal a sacar mayor partido de la vida que le queda.
- Fomentar un sentido de confort y relajación psíquica.
- Ayudar a superar la tristeza y depresión.

Ante las reacciones depresivas y ansiosas tenemos:

#### a) técnicas conductuales

- Extinción de conductas desadaptativas y refuerzo de conductas adaptativas.
- Rescate de actividades gratificantes.

#### b) técnicas cognitivas

- detención del pensamiento.
- reestructuración cognitiva.
- autoinstrucciones.

#### c) técnicas de relajación

- respiración en tres tiempos.
- visualización.

#### 4. La intervención psicosocial con la familia

Toda intervención psicosocial con la familia de un difunto debe partir del conocimiento y dominio de dos elementos básicos:

- reacciones psicológicas de las personas ante la muerte de un ser querido

La experiencia de duelo hace referencia a la pérdida que es una experiencia inevitable que se produce en la vida de las personas.

Se suele distinguir entre los siguientes términos relacionados:

Pérdida – es la privación de algo importante.

Duelo – es la experiencia de pérdida por la muerte de un ser querido.

Aflicción– se refiere a las respuestas emocionales que acompañan al duelo.

Luto – hace referencia a las respuestas emocionales de comportamiento social previsto para expresar la aflicción.

#### El proceso de duelo

\* punto de vista personalizado:

- sentimiento de culpa.
- comportamiento de negación de la evidencia.
- pensamientos autodestructivos.
- incapacidad de sustituir la pérdida.
- sintomatología similar a la depresión.
- síntomas somáticos.

\* Punto de vista socializado:

- familiares más allegados sienten aflicción.

- amigos expresen apoyo y ayuda.
- con el tiempo esto tiende a disminuir.

\* Etapas y curso del proceso de duelo

- "Shock" e incredulidad.
- búsqueda.
- ira, protesta y culpabilización.
- apatía y desesperación.
- aceptación.

\* Factores determinantes del proceso de duelo

- los antecedentes o experiencia previa.
- repercusión de la muerte.
- tipo de muerte.
- la edad.
- la personalidad.
- el rol sexual.
- nivel socioeconómico.
- tipo de cultura.
- recursos disponibles.

\* Tipo de duelo – anticipado

- retardado
- crónico
- patológico

b) La ayuda psicosocial a la familia en duelo

lo proporcionan – el equipo de salud

- los amigos y allegados
- las personas con experiencia de duelo

## 5. Intervención específica de Enfermería con la familia en duelo

### \* Asesoramiento que incluye:

- aportar información.
- orientar sobre cuáles son las formas funcionales de resolución del duelo y formas de comportamiento.
- ayudar a identificar necesidades de un sistema de apoyo adecuado.

## 6. Intervención psicosocial con el niño en estado terminal

Muchas personas consideran como algo raro o anormal que un niño piense o hable de la muerte. Sin embargo, hay numerosos estudios que muestran que los niños también piensan en la muerte.

### \* Como reacciona el niño ante la muerte de los seres queridos

Puede suponer para el niño una gran tragedia y provoca grandes dificultades de adaptación.

### \* Cómo reacciona un niño ante su propia muerte

Pasa por el intento de comprender y afrontar su enfermedad terminal.

- 1º. Conciencia de su enfermedad.
- 2º. Conocimiento más sofisticado de la enfermedad.
- 3º. El niño experimenta nuevas recaídas. Continúa aprendiendo.
- 4º. Enfermedad continua avanzada devastadora y el optimismo del niño se derrumba.
- 5º. Comprueba con realismo su delicado estado de salud y observa con mayor atención la muerte de otros enfermos.

- Cómo ayudar al niño terminal a afrontar su situación.

### Niveles de actuación para los padres y PS

- Ser buenos observadores y ser sensibles a las preocupaciones de los niños.
- Mantenerse lo más relajado y tranquilo posible.
- No abordar todos los temas de una vez.
- Hablar a fondo de uno o dos temas en cada conversación.
- Mantener diálogo continuado.
- No esperar que los niños respondan a cuestiones.
- Estar atentos para el momento oportuno de abordar estos temas.

- Estar siempre disponible.
- Dar información adecuada.
- Emplear lenguaje sencillo, evitando rodeos y explicaciones sensibleras.