

100
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CAMPUS IZTACALA

Autoras:

Guevara Razo Maria Elena
Martínez García Verónica

Apoyo psicológico a los familiares de enfermos terminales.
La reconceptualización del duelo

Tesis empírica

Asesores:

Mtra. Patricia M. Valladares de la Cruz
Lic. José Esteban Vaquero Cázares
Lic. Angel Enrique Rojas Servín

1998

258915

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A nuestros asesores, por compartir sus conocimientos
y guiar nuestro trabajo permitiendo con ello
la culminación del mismo.

Especialmente a ti Paty, por que dedicaste tu tiempo
y demostraste tu interés y confianza en el proyecto
valorando así nuestro desempeño.

GRACIAS

Verónica y María Elena.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS
Porque mi fe en ti
me permite valorar
lo que está a mi
alrededor

A mis padres :

Juana y Ruperto

Porque me dieron una familia
y me promovieron valores
fundamentales como el amor,
el respeto, la responsabilidad
y la perseverancia ; valores
que están presentes en mi vida
y gracias a los cuales he
concluido una de mis metas.
Les ofrezco éste como una
muestra de gratitud, cariño y
respeto.

! Gracias por todo ;
! Los quiero mucho ;

A mis hermanas :

Lety, Paty, Alis, Gaby

Su presencia en mi vida me
permitió aprender, a
compartir, a querer y
admirar ; su apoyo
incondicional y sus constantes
observaciones me han
ayudado a mejorar.

! Las quiero mucho ;

A mi esposo :

Rafa

Mi compañero de vida y
crecimiento.

Porque día a día me has
brindado tu apoyo
incondicional y con tu
ternura, cariño y nobleza has
llenado mi vida de alegría y
me has motivado para
continuar a pesar de los
obstáculos.

! Te Amo ;

A quienes forman parte de mi familia :

Porque la convivencia continua con ustedes me
motiva a seguir adelante.

Especialmente a quienes en todo momento
estuvieron dispuestos a ayudarme y apoyarme a lo
largo de mi carrera.

Rafael Sánchez
Mercedes Arellano
Guillermo Ruiz

A mi amiga y compañera Verónica :

Quien formó parte de este trabajo y con su
empeño, dedicación y coraje me impulsó a
continuar hasta concluir el mismo.

! Gracias Vero ;

MARIA ELENA

ENTRAÑABLE ABUELO

**CHALO: a través de tu vida me enseñaste
lo importante que es la responsabilidad
y la constancia en el trabajo, fuiste
el pilar de mi educación y de mis
creencias; y aunque no estés
aquí ahora, permanecerás
siempre conmigo.**

**Esto te lo debo a ti más que
a nadie por lo tanto te
pertenece.**

VERONICA

A mi padre Jaime y a mi gran amiga y confidente Concepción, que me inculcaron que los lazos afectivos y el amor hacia lo que me rodean es una pieza fundamental en el quehacer y convivir diarios.

Rosalía: Eres una de las personas más importantes que me ha impulsado para continuar a pesar de los obstáculos que hay en el camino.

Jaime: Porque tu presencia y tu interés por mis actividades me hacen saber que siempre me apoyas.

Má: Las experiencias que vivimos juntas nos han ayudado a querernos más y comprendernos mejor.

Ivonne: No te imaginas que a pesar de ser tan pequeña eres una gran motivación para toda la familia, incluyéndome por supuesto a mí, te quiero.

Abue: Tus consejos y tu visión sobre la vida han sido las bases de mis normas y valores.

Mary Paz, Ara y Lupita : Me enseñaron que la alegría y el apoyo moral y afectivo es fundamental para un buen trabajo en equipo, ¡ las extraño !

Ma. Elena y Aurora: Por su amistad incondicional en el que dar, recibir y compartir nos hace mejores seres humanos. Las quiero mucho a pesar de todo y por todo lo compartido. Gracias.

VERONICA

FALTA PAGINA

No.

1

INDICE

PAGS.

RESUMEN	4
INTRODUCCION	5
CAPITULO 1:	
CRISIS E INTERVENCION	8-22
1.1 CONCEPTO DE CRISIS	8
1.2 TIPOS DE CRISIS	10
1.2.1 CIRCUNSTANCIALES	10
1.2.2 DEL DESARROLLO	12
1.3 INTERVENCION	17
CAPITULO 2:	
ENFERMEDADES TERMINALES MAS FRECUENTES	23-44
2.1 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	23
2.2 ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES Y VIAS URINARIAS	26
2.3 ENFERMEDADES HEPATO-BILIARES	30
2.4 TRASTORNOS DEL METABOLISMO	35
2.5 ALTERACIONES DEL SISTEMA HEMATOPOYETICO	36
2.6 ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNITARIO	39
2.7 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFERICO	43
CAPITULO 3:	
TANATOLOGIA Y DUELO	45-57
3.1 DEFINICION DE MUERTE	45

3.2 EL DUELO Y LAS CRISIS	47
3.3 ETAPAS DEL DUELO Y AFRONTAMIENTO	52
CAPITULO 4:	
CONCEPTOS GENERALES ACERCA DE LA EUTANASIA	58-68
4.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA EUTANASIA	58
4.2 CONCEPCION GENERAL ACERCA DE LA EUTANASIA	61
4.3 CLASIFICACION	65
4.4 INVESTIGACIONES RECIENTES	66
CAPITULO 5:	
APLICACION DE TALLER DE DUELO	69-73
5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	69
5.2 OBJETIVOS GENERALES	69
5.3 METODOLOGIA	70
5.4 PROCEDIMIENTO	72
CAPITULO 6:	
RESULTADOS Y DISCUSION	74-98
CAPITULO 7:	
CONCLUSIONES	99-103
REFERENCIAS	104
ANEXOS	

RESUMEN

Se aplicó un taller de duelo el cual se dividió en tres "minitalleres" de dos sesiones cada uno, basado en el modelo cognitivo conductual de Richard Lazarus, para el enfrentamiento de las crisis; teniendo como objetivo general que los participantes llegaran a la resolución de la crisis. La intervención realizada fue de segundo orden y se abarcaron las cuatro tareas principales: 1) supervivencia física, 2) expresión de sentimientos, 3) dominio cognoscitivo y 4) adaptación conductual e interpersonal, mediante la realización de dinámicas grupales. La muestra estuvo formada por cinco familias agrupando un total de nueve asistentes, todos tenían como característica principal un familiar (o ellos mismos según el caso), con enfermedad física en etapa terminal.

Los resultados confirmaron las etapas por las que se atraviesa durante el proceso de duelo y mediante el apoyo psicológico otorgado a los asistentes, éstos superaron dichas etapas.

INTRODUCCIÓN

La intervención en crisis es uno de los procedimientos terapéuticos que el psicólogo clínico implementa, durante su práctica profesional, la crisis conocida como un estado en el cual la persona se encuentra en desequilibrio entre lo que le demanda el medio y los elementos psicológicos que posee, imposibilita a una persona a tomar decisiones, trayendo consecuencias de tipo social, psicológico y económico, que llega en algunos casos a afectar su propia constitución.

Una crisis por lo tanto es una combinación de situaciones de riesgo en la vida de una persona, que coinciden con su desorganización psicológica y necesidad de una ayuda, por lo que desde el aspecto de salud mental representa el riesgo de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental.

La intervención psicológica durante la crisis está orientada hacia la expresión de los sentimientos y experiencias internas de la persona, intervención o apoyo psicológico que permitirá y/o facilitará dentro de este trabajo de investigación, la elaboración del duelo en aquellas personas que al haberse enfrentado ante la pérdida de la salud, ocurrida por la llegada de una enfermedad crítica considerada grave y que conlleva a un deterioro físico inminente, podrán manejar adecuadamente su situación y mejorar su disposición para enfrentar el futuro, siendo éste uno de los objetivos primordiales a cubrir dentro de esta tesis.

Por lo anterior se considera que la pérdida de un ser querido, trae como consecuencia desequilibrio emocional en relación con lo que cotidianamente y antes de la pérdida se le demanda tanto al paciente enfermo como a los familiares, impidiendo con ello la re-estructuración de su personalidad y bloqueando la

posibilidad de lo que puede lograr al contar con sus propios recursos (conductuales, interpersonales, afectivos, etcétera).

La pérdida de un ser querido, tanto para el familiar como para el paciente enfermo, el cual pierde su propia identidad ante la enfermedad, con la consecuente pérdida de su imagen exteroceptiva y el deterioro de la familia, trae consigo una etapa de crisis la cual se pretende superar mediante la intervención psicológica.

En resumen, el conflicto al que se enfrentan los familiares de personas que padecen una enfermedad terminal, trae como consecuencia desequilibrio emocional, conductual y laboral, que conlleva a un estado crítico, en el que factores de índole educativo, socioeconómico y cultural, intervienen en ella; por lo tanto creemos que la intervención y el apoyo psicológico aliviará el sufrimiento de la familia, mediante la elaboración del duelo (proceso psicológico natural, por medio del cual el individuo enfrenta la muerte y/o pérdida de un objeto querido) y la superación de la crisis de manera favorable, que redituará en ayuda y apoyo de parte de los familiares hacia su enfermo terminal.

Primeramente en este ensayo se describen los antecedentes de la intervención en crisis, su clasificación e importancia de ésta dentro de la práctica psicológica, así como los elementos necesarios para la realización de la misma, para posteriormente describir en el capítulo dos algunas de las enfermedades más frecuentes que culminan en un estado comatoso y que provocan, en la mayoría de los casos, la muerte. Siguiendo esta línea de abordaje, en el capítulo tres se expone el tema de muerte y tanatología, mencionando desde el concepto, el bagaje cultural y el proceso terapéutico del "ritual" en la que diferentes culturas afrontan y explican la muerte, para terminar definiendo lo que es el duelo y sus etapas

En el capítulo cinco se relatan los antecedentes históricos de la eutanasia, pasando por la época griega hasta las legislaciones actuales propuestas en Estados Unidos de Norteamérica y otros países industriales, se analizan junto con algunas concepciones el ejercicio de la eutanasia desde varias perspectivas: científica, médica y doctrinal. Los tipos de eutanasia con sus consiguientes consecuencias y beneficios, fueron abordados igualmente al lado de las investigaciones más recientes acerca de la práctica de la misma.

Se describe a nivel teórico-práctico un taller sobre duelo, de acuerdo al modelo cognitivo-conductual, propuesto por Lazarus. R.; citado por Slakieu en su libro *intervención en crisis*, pieza fundamental para la elaboración de este taller.

El taller esta implementado como alternativa terapéutica tomando en consideración la crisis por la que atraviesa tanto el enfermo en fase terminal, como los familiares de éste, el cual tuvo como objetivo primordial que los familiares de un paciente con enfermedad terminal asuman la situación crítica que trae consigo el proceso y curso del padecimiento de su familiar y a pesar de ello mejoren su disposición para enfrentar el futuro.

Se detalla de manera cualitativa los resultados obtenidos en la aplicación del mismo haciendo un análisis sobre la problemática de cada familiar, mediante la búsqueda del enfrentamiento y concientización acerca de la enfermedad, sus consecuencias y las probables alternativas de solución; así como los recursos con los que se contó dentro de la institución y la problemática para contactar y reunir a los integrantes del grupo terapéutico (familiares).

Finalmente se analizan los resultados, mismos que resaltan la importancia del apoyo psicológico, en estas etapas del desarrollo; también se proponen algunas sugerencias para abordar en forma multidisciplinaria la intervención en crisis y el duelo.

CAPITULO I

CRISIS E INTERVENCION

En este capítulo se describen los orígenes y/o antecedentes de la intervención en crisis, la clasificación de la misma, así como la intervención propiamente dicha.

1.1 - CONCEPTO DE CRISIS

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para enfrentarse a situaciones particulares de manera común y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.¹

Una crisis es una combinación de situaciones de riesgo en la vida de una persona que coinciden con su desorganización psicológica y necesidad de ayuda. La crisis representa tanto el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental como la oportunidad para el desarrollo de la persona.

Históricamente el concepto de crisis ha sido entendido también en sentido positivo. El símbolo Chino de crisis indica peligro y oportunidad.

La crisis es una experiencia que está siempre presente en la vida de los seres humanos, la resolución inadecuada de las crisis en la vida puede conducir a un deterioro psíquico (trastorno mental) a largo plazo.

Una crisis puede desembocar en crecimiento o en deterioro dependiendo de la severidad del suceso precipitante y de los recursos personales con los que cuenta el

¹ Slaikeu, K. A. (1984). Intervención en crisis. Cap. 2

individuo ya sean innatos o moldeados a través de las experiencias de la vida y de allí que algunas personas están mejor dotadas que otras para enfrentar las tensiones de la misma y de los recursos sociales presentes en el momento de la crisis.

Considerando que las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad para resolver problemas, la ayuda externa es vital para facilitar que los individuos tomen sus decisiones de manera adecuada

También es importante tener presente que una crisis en el hombre puede ser para otro una serie ordinaria de sucesos, ya que no es simplemente la naturaleza del suceso, lo decisivo para comprender el estado de crisis. Es necesario conocer también, cómo se percibe el suceso de modo que sea una amenaza, es decir, en qué medida las expectativas establecidas en la vida han cambiado y las decisiones personales inconclusas se descubrieron por el suceso de crisis.

A pesar de que las crisis no son las mismas para cada individuo, y que no todas las crisis requieren de apoyo terapéutico profesional para su resolución, en algún momento de la vida de todo ser humano se está expuesto a vivir un estado de crisis.

El aspecto más obvio de las crisis es el trastorno emocional grave o desequilibrio mismo que afecta en diversos aspectos de la vida de una persona: sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico. Aspectos que varían en mayor o menor medida en cada caso particular.²

La mayoría de los terapeutas coinciden al señalar que el estado de crisis es agudo (ataque repentino, de corta duración). Sin embargo, establecen una variedad en el tiempo que consideran para la resolución de las crisis; llegando a la conclusión que la resolución de una crisis puede llevarse meses o incluso algunos años.

² Ibid.

1.2.- TIPOS DE CRISIS

1.2.1- CIRCUNSTANCIALES

Las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas y están determinadas por algún factor ambiental

La característica sobresaliente de estas crisis es que el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o etapa del desarrollo en el curso de la vida.

Las crisis circunstanciales pueden afectar a cualquier individuo y en cualquier momento.

Cinco son las características principales de las crisis circunstanciales:

1. Trastorno repentino.- Las crisis circunstanciales parecen afectar desde ninguna parte, a todos al mismo tiempo.
2. Lo inesperado.- Pocos individuos están preparados para, o creer que, les pueda ocurrir una crisis circunstancial. Comúnmente la gente piensa que le sucederá a alguien más.
3. Calidad de urgencia.- Puesto que muchas de las crisis circunstanciales amenazan el bienestar físico y el psicológico, con frecuencia se inician como "urgencias" que requieren de acción inmediata.
4. Impacto potencial sobre comunidades completas.- Algunas crisis circunstanciales afectan al mismo tiempo a un gran número de personas, requiriendo por lo tanto, intervención a grandes grupos en periodos cortos.
5. Peligro y oportunidad.- En tanto que el peligro puede ser la principal señal de las crisis circunstanciales, de la desorganización que sobreviene, se inicia de forma casual alguna forma de reorganización misma que permite examinar y reelaborar problemas personales no resueltos en el pasado, posibilitando al individuo a surgir mejor dotado de las crisis que antes de ella, para enfrentar el futuro.

Las crisis circunstanciales más comunes son:

- Enfermedades físicas y lesión: Cirugía, pérdida de un miembro del cuerpo, enfermedad amenazante de la vida, incapacidad física.
- Muerte repentina/intempestiva: Accidentes y enfermedades mortales, homicidio, suicidio.
- Crimen, víctimas y delincuentes: Asalto (robo, violación); violencia doméstica (niño y cónyuge maltratados/ abuso): encarcelamiento/ libertad de delincuentes.
- Desastres naturales y provocados por el hombre: Incendio, inundación, tornado, huracán, temblores, accidente nuclear, choque aéreo.
- Guerra y hechos relacionados: Invasión u otra acción militar, toma de rehenes prisioneros de guerra.
- Crisis circunstanciales de la vida moderna: Experiencia con drogas psicodélicas, contrariedades económicas (inflación, desempleo), migración/reubicación, separación/divorcio.

ENFERMEDAD FÍSICA Y LESIÓN

Son sucesos que interactúan con los recursos de enfrentamiento del individuo, estructura de vida, autoimagen y de cómo se percibe el futuro. Estos sucesos pueden interpretarse como desafío, amenaza o pérdida. A nivel personal hay una alteración de los sentimientos, pensamientos, etcétera., pero también se da un impacto a nivel superior (estructura social familiar).

MUERTE REPENTINA/INTEMPESTIVA

Las muertes intempestivas violan las expectativas individuales de supervivencia.

Las relaciones emocionales que acompañan a una muerte repentina atraviesan por varias fases:

1. Letargo o negación de sentimientos y separación emocional de la realidad de la muerte (reacción autoprotectora natural).
2. Trastorno emocional y desorganización.
3. Aceptación gradual de la realidad de la pérdida y el rompimiento de vínculos con el muerto.
4. Adaptación. Desarrollo de nuevas relaciones para reemplazar al individuo perdido.

CRIMEN: VÍCTIMAS Y DELINCIENTES

Estos sucesos tienen manifestaciones psicológicas de trastornos y desorganización que conducen a las crisis abiertas de la vida para las víctimas, por lo tanto pasan por tres etapas o fases: primera: *choque*, desmayo y ansiedad. Segunda: adaptación al entorno. Tercera: depresión y necesidad de hablar.

DESASTRES NATURALES Y PROVOCADOS POR EL HOMBRE

La característica más sorprendente de los desastres es que afectan a mucha gente al mismo tiempo lo que conlleva a un estado de urgencia, debiéndose tomar decisiones inmediatas para salvar vidas y atender heridos. Por el carácter inesperado de los desastres naturales éstos tienen la fuerza para precipitar una crisis.

GUERRA Y HECHOS RELACIONADOS

La pérdida de la vida y propiedad amenazan a la identidad nacional, y la elección en la forma de vivir tiene para los sobrevivientes implicaciones psicológicas de largo alcance.

CRISIS CIRCUNSTANCIALES DE LA VIDA MODERNA

La rapidez de los procesos de cambio social resultante del desarrollo económico, la industrialización y la urbanización, tienen *profundos* efectos sobre la estructura de las comunidades, el funcionamiento de las familias y el bienestar psicológico de los individuos.

1.2.2- CRISIS EN LA VIDA DURANTE EL DESARROLLO

Las crisis en el desarrollo son aquellas relacionadas con el traslado desde una etapa del crecimiento a *otro*, abarcando desde la infancia hasta la senectud. Debido a que cada una de estas etapas del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, cuando hay interferencia en la realización de dichas tareas existe la probabilidad de una crisis; por consecuencia, muchas crisis se pueden predecir.

Una transición puede convertirse en crisis si un individuo no acepta o no está preparado para los sucesos determinantes. Por tanto, el traslado de una etapa del crecimiento a otro no en todos los individuos generará una crisis, ésto dependerá de su estructura personal.

ETAPAS DEL DESARROLLO, PROBLEMAS DE TRANSICIÓN. POSIBLES SUCESOS DE CRISIS

INFANCIA (0 - 1 AÑOS). Confianza contra desconfianza.

- Trastorno en la alimentación.
- Enfermedad física, lesión.
- Rechazo por el cuidador primario.

PRIMEROS PASOS HACIA LA INDEPENDENCIA (1 - 2 AÑOS). Autonomía contra vergüenza y duda.

- Lesión física.
- Conflicto con el cuidador primario sobre el incremento de asertividad, control de esfínteres, etcétera.

INFANCIA TEMPRANA (2 - 6 años). Iniciativa contra culpa.

- Lesión física.
- Conflictos con profesores y padres, primeros juegos sexuales.
- Conflictos con maestros y compañeros.
- Ingreso a la escuela.
- Pérdida de amistades por mudanza/migración.

INFANCIA MEDIA (6 - 12 años). Industria contra inferioridad.

- Dificultades de aprendizaje.
- Conflictos con compañeros, maestros y padres.
- Cambio de escuela.

ADOLESCENCIA (12 - 18 años). Identidad contra confusión de papel.

- Menstruación.
- Relaciones sexuales.
- Embarazo no deseado.
- Graduación de preparatoria.
- Ingreso a la Universidad.
- Conflictos con los padres por hábitos higiénicos y estilo de vida.
- Rompimiento con la novia/novio; y compromiso.
- Indecisión en la profesión.
- Dificultades en el primer trabajo.
- Éxito/fracaso en estudios, deportes.

ADULTEZ JOVEN (18 - 34 años). Intimidad contra aislamiento.

- Embarazo no deseado; incapacidad para tolerar niños, nacimiento de un hijo.
- Problemas de indisciplina con los niños; enfermedad de los hijos; incapacidad para cubrir
- Rechazo por un socio potencial; flirteos extramaritales; separación, divorcio.
- El papel paterno.
- Ingresar al servicio militar; ser reclutado; evadir el servicio.
- Dificultades académicas; fracaso al graduarse; incapacidad para encontrar carrera satisfactoria; desempeño deficiente en la profesión elegida.
- Adquisición de casa; dificultades financieras; conflicto entre la profesión y objetivos familiares; transición a la edad de los 30 años.

ADULTEZ MEDIA (35 - 50 años). Generatividad contra estancamiento.

- Conciencia de la decadencia física.
- Enfermedad crónica (propia o del cónyuge).
- Rechazo de hijos adolescentes rebeldes.
- Divorcio de un hijo.
- Decisión sobre cuidado de padres ancianos.

- Muerte o enfermedad prolongada de los padres.
- Retroceso en la profesión; conflicto en el trabajo.
- Preocupaciones financieras.
- Cambio relacionado con ascenso profesional.
- Desempleo.
- Conciencia de discrepancia entre los objetivos de la vida y los logros.
- Lamentos sobre decisiones precoces de no casarse, no tener hijos o viceversa.
- Insatisfacción con metas obtenidas.
- Problemas matrimoniales/flirteos extramatrimoniales.
- Regreso al trabajo (de la mujer) después de la crianza.
- Muerte de un amigo.

MADUREZ (50 - 65 años). Generatividad contra estancamiento.

- Problemas de salud.
- Decisiones: jubilación (pasatiempo, nueva profesión).
- Cambios en la disposición física de la vivienda.
- Conflicto con el crecimiento de los hijos.
- "Nido vacío".
- Muerte del cónyuge, divorcio.
- Conflicto con los padres.
- Resistencia a la jubilación.

VEJEZ (65 - MUERTE). Integridad del yo contra desesperación.

- Dificultades financieras.
- Conflictos interpersonales con los hijos.
- Indiferencia por parte de adultos jóvenes.
- Muerte de amigos.
- Conciencia de soledad.
- Enfermedad e incapacidad.

- Dificultad en la adaptación a la jubilación.

1.3 INTERVENCION EN CRISIS

DEFINICION :

La intervención en crisis de un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de tal modo que la probabilidad de debilitar los efectos se aminore y la probabilidad de crecimiento se incremente.

TIPOS :

Esta intervención puede ser de dos tipos :

De primer orden, también llamada primer ayuda psicológica.

De segundo orden, llamada terapia en crisis.

ANTECEDENTES HISTORICOS :

La intervención en crisis tiene sus orígenes en los trabajos realizados por Eric Lindemann y sus colaboradores a raíz del incendio ocurrido en Boston el 28 de noviembre de 1942 en donde centenares de personas fallecieron calcinadas.

Lindemann y sus colaboradores proporcionaron la ayuda a los sobrevivientes de esa catástrofe y a las familias de las víctimas. Su informe clínico de este suceso fue la base para los estudios teóricos subsecuentes en relación al proceso de duelo, ya que en dicho documento se describían una serie de etapas por las que pasaban los individuos para llegar a la resolución de su pérdida.

De allí que Lindemann creyera en la posibilidad de proporcionar este servicio mediante la atención de sacerdotes y asistentes comunitarios a víctimas de sucesos catastróficos, pensando en disminuir la posibilidad de que esos sucesos provocaran serias dificultades psicológicas a futuro.

En los años 1960 y 1970 se desarrollaron programas de intervención en crisis y de allí empezó a surgir teoría sobre intervención en revistas de las distintas áreas de la salud (psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social), mismas a las que se les dio un importante propaganda debido a la relevancia del tema.³

A pesar de haber surgido un sinnúmero de estudios acerca de la intervención en crisis pocos son aquellos que se dirigen hacia la revisión del modelo teórico, sobre cómo ayudar a una persona a través de las crisis.

Pese a esta carencia de investigaciones, existen elementos que permiten la elaboración de un modelo amplio para la intervención en crisis; todos estos elementos han sido reportados por aquellos practicantes que día con día ayudan a otros en el manejo de las crisis. Estos reportes constituyen las características distintivas de la intervención en crisis.

PRINCIPIOS CLINICOS

DURACION.

Casi todos los escritores de las teorías de Intervención en crisis coinciden en considerar de una a seis semanas para el proceso de ayuda coincidiendo con el tiempo que toma a la mayoría de las personas para recobrar el equilibrio después de un suceso de crisis.

Al proporcionar la atención de manera inmediata al suceso, aumentan las posibilidades de crecimiento a través de la crisis; es por ello que se debe tener disponible este servicio para aminorar los riesgos que corren tanto el paciente como la familia de éste ante situaciones críticas, ya que de lo contrario el factor peligro se incrementa conforme pasa el tiempo, llegando en ocasiones a suscitarse suicidios u homicidios.

³ Ibid. Cap. 4

OBJETIVOS

El objetivo principal de la intervención en crisis es ayudar a las personas a que recobren el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis (reestructuración del equilibrio), aunque esto no es del todo factible ya que no es posible "regresar" al mismo nivel anterior a la crisis, si bien al resolver favorablemente la crisis, las personas aprenden nuevas formas de enfrentarlas, llevándolos a una forma distinta de concepcionar la vida.

EVALUACION

Se debe determinar qué variables ambientales precipitaron la crisis ya que como sabemos éstas ocurren en el contexto familiar, laboral, comunitario y vecindario. Al realizar esta evaluación facilitará emplear una variedad de estrategias en beneficio del paciente.

AYUDANTE DE LA CONDUCTA (ESTRATEGIAS)

Es importante destacar que si bien la ayuda es proporcionada por terapeutas, éstos deben de alentar al paciente a que haga su mejor esfuerzo y haga todo lo que pueda por sí mismo (principio básico de la intervención en crisis).

La labor del terapeuta se centra en cuatro tareas principales : ayudar a que el paciente acepte el dolor de la pérdida ; exprese sus sentimientos ; encuentre soluciones y se adapte a la experiencia.

INTERVENCION EN CRISIS DE PRIMER Y SEGUNDO ORDEN

La intervención en crisis de primer orden (primera ayuda psicológica) puede durar desde algunos minutos hasta horas y las personas indicadas para proporcionar esta atención son : padres, policías, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros,

supervisores y toda aquella persona que se encuentre cerca de la víctima al momento del suceso de crisis.

El lugar ideal para esta intervención es el ambiente comunitario : casa, escuela, trabajo, líneas de urgencia.

El objetivo principal de la misma es el restablecimiento inmediato del enfrentamiento ; dar apoyo, reducir la mortalidad ; y vincular a los recursos de ayuda (hospedaje, hospital, etc.)

El procedimiento consta de cinco componentes básicos :

1. Hacer contacto psicológico.
2. Examinar las dimensiones del problema.
3. Examinar las soluciones posibles.
4. Ayudar a tomar una *solución concreta*.
5. Seguimiento.

La intervención en crisis de segundo orden (Terapia en crisis)

El tiempo de duración varía desde semanas hasta meses y debe ser proporcionada por psicoterapeutas y asesores (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, asesores pastorales y escolares, enfermeras psiquiátricas, etcétera.)

El espacio indicado es un ambiente de asesorías tales como *clínicas, centros de salud mental, acceso a instituciones, iglesias, etc.* y tiene por objetivos la resolución de la crisis ; integrar el suceso a la estructura de la vida ; establecer la sinceridad/disposición para enfrentar el futuro.

PROCEDIMIENTO :

El procedimiento para la intervención en crisis de segundo orden consiste en cuatro tareas para la resolución de la misma.

1. Supervivencia física :

Consiste en ofrecer la primera ayuda psicológica y consultar con el paciente acerca de sus actividades diarias antes y después de la crisis (alimentación, trabajo, sueño, etcétera.).

2. Expresión de sentimientos :

Esta tarea consiste en discutir el suceso de la crisis enfocando los sentimientos a este respecto del paciente. Asimismo, se debe orientar al paciente acerca del papel que juegan los sentimientos en el funcionamiento psicológico completo y formas adecuadas de expresión.

3. Dominio Cognoscitivo :

Se hace una revisión del suceso de crisis y las circunstancias que le rodean y se discuten los pensamientos anteriores a la crisis, expectativas, planes e impacto del suceso en cada una de estas áreas.

También se ayuda al paciente en la adaptación de creencias, expectativas y diálogo interno.

4. Adaptaciones conductuales /interpersonales :

En esta tarea se revisan junto con el paciente los cambios que pueden requerirse en cada una de las principales áreas para llegar a la resolución de la crisis, enfatizando la importancia del manejo de los recursos personales para la misma.

En resumen, una crisis es un estado temporal de trastorno que incapacita al individuo para enfrentarse a situaciones particulares y que algunas de estas crisis requieren de apoyo terapéutico para su resolución. Existen dos tipos de crisis, las circunstanciales; que son originadas por accidentes inesperados y se determinan por factores ambientales y las propias del desarrollo; las cuales se desarrollan con el traslado de una etapa del crecimiento a otro. La intervención en crisis, por tanto, es el proceso que consiste en ayudar a las personas a soportar un suceso traumático; este proceso puede ser de primer o segundo orden (el primero es la ayuda psicológica, el segundo la terapia en crisis propiamente dicha).

CAPITULO 2

ENFERMEDADES TERMINALES

Entre las enfermedades más comunes de tipo grave y que pueden llegar a provocar un estado comatoso y/o terminal en el paciente, están: el cáncer, la gangrena, el sida y otras enfermedades contagiosas, sin restar importancia a aquellos accidentes de tipo traumático como los automovilísticos, intoxicaciones por gases, quemaduras, etcétera; que pueden provocar también un estado de coma. En este capítulo se exponen las enfermedades más comunes a las que se enfrentan los pacientes y debido a que estas enfermedades que a continuación se mencionan y describen brevemente, provocan un deterioro físico e intelectual grave y por consiguiente un desgaste emocional tanto para el enfermo como para su familia, se hace necesario re-elaborar la probable pérdida del paciente como ser querido dentro del contexto familiar

2.1 ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

ABCESO PULMONAR Y NEUMONIA

La neumonía es la inflamación del parenquima pulmonar, así como de la porción distal de los bronquiolos, esta inflamación puede deberse a diversas causas y tener duración variable, el término neumonía se refiere más frecuentemente a infecciones agudas. Los microorganismos que causan estas infecciones llegan al pulmón por diferentes vías: inhalación de microorganismos que existen en el aire, aspiración de los microorganismos por la nariz y por la nasofaringe, diseminación del microorganismo a partir de un foco distante de infección (alojamiento de un microorganismo en otro lugar del cuerpo), o bien diseminación directa desde un foco de infección vecino o por lesión permanente. Los diversos síntomas de la neumonía son tos, fiebre, dolor torácico, disnea (falta de aire), producción de esputo que puede ser mucoso, purulento o sanguinolento, en algunos pacientes puede existir otros síntomas extrapulmonares como confusión, desorientación y en ocasiones falta totalmente de los síntomas y signos respiratorios, los

enfermos que presentan bajas cantidades de oxígeno (hipóxicos), pueden llegar a estar cianóticos. Por otra parte la bacteria que origina la neumonía puede producir infección a distancia como meningitis, artritis séptica o lesiones cutáneas postulosas.

El absceso pulmonar es una área necrótica del parénquima pulmonar que contiene material purulento. La evolución de la neumonía a un absceso pulmonar depende de la capacidad del microorganismo infectante. Estas infecciones suelen ser rápidamente progresivas, en las que se desarrollan cavidades únicas o múltiples como complicaciones de una neumonía aguda, que pueden dar origen a un neumotorax.

NEUMOTORAX Y TUMOR PLEURAL

El Neumotorax.- es la acumulación de gas en el espacio pleural con lo cual surge colapso completo o parcial del pulmón, habiendo compresión del pulmón afectado, provocando una disminución grave del gasto cardíaco y disminuyendo el retorno venoso al corazón. El neumotorax es una urgencia médica.

Tumores pleurales.- Estos son de dos tipos que se conocen con el nombre de mesoteliomas, y esta incidencia es cada vez mayor en los sujetos que se encuentran en zonas expuestas a los asbestos y también en quienes se dedican a procesar y utilizar productos de ellos, en comparación con lo que se advierte en la industria minera. El intervalo entre el contacto con los asbestos y la aparición del tumor suele ser mayor de 20 años y no se necesita el contacto inninterrumpido con ellos. Además de los tumores primarios, la pleura es asiento común de metástasis y neoplasias de bronquios, senos, ovario y vías gastrointestinales.

TROMBOEMBOLIAS PULMONARES

Las tromboembolias pulmonares son una causa importante de morbilidad y mortalidad que pueden aparecer en distintas entidades clínicas. Los datos existentes indican que más del 95% de las embolias pulmonares se originan a partir de trombos en el sistema venoso profundo de las extremidades inferiores, las demás tromboembolias son producidas por trombos que se forman en las cavidades cardíacas derechas. Los tres factores que

facilitan la trombosis venosa profunda son las anomalías de la pared de los vasos y alteraciones del mecanismo de coagulación. Algunos estados clínicos que tienen un riesgo alto de trombosis venosas son el periodo de postparto, la insuficiencia ventricular derecha e izquierda, las fracturas o lesiones de las extremidades inferiores, el reposo prolongado en cama, el carcinoma, la obesidad y el empleo de estrógenos.

El resultado inmediato de la tromboembolia es la obstrucción total o parcial de la corriente sanguínea al pulmón. Esta obstrucción provoca una serie de cambios fisiopatológicos que pueden clasificarse como las consecuencias respiratorias y hemodinámicas de la tromboembolia pulmonar. Las consecuencias respiratorias son insuficiencia respiratoria y dificultad para respirar, igualmente las consecuencias hemodinámicas son la disminución del riego sanguíneo en la porción afectada donde se produjo el émbolo, por lo que puede llegar a provocar serias complicaciones como choque y muchas veces la muerte.

NEOPLASIAS PULMONARES.

El carcinoma pulmonar se encuentra con una frecuencia entre los 55 y 65 años. El cáncer pulmonar es la causa principal de muerte por cáncer en los varones y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. El carcinoma primario de pulmón es un problema de salud muy importante con un pronóstico generalmente sombrío, sin embargo una revisión crítica de todos los tratamientos permite seleccionar el mejor tratamiento para cada enfermo hasta obtener la curación potencial o una paliación óptima. La mayor parte de los cánceres pulmonares tienen relación y probablemente su causa es por hábito tabáquico, el riesgo aumenta de 60 a 70 veces en el hombre que fuma dos cajetillas diarias durante 20 años en comparación con el que no es fumador. Posiblemente exista un efecto carcinogénico entre el tabaquismo y los contaminantes industriales ambientales.

El cáncer pulmonar origina datos radiográficos y otros signos y síntomas de crecimiento local del tumor, invasión u obstrucción de estructuras adyacentes, crecimiento a distancia por metástasis

2.2 ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES Y VIAS URINARIAS

ESTUDIO DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES DE RIÑONES Y VIAS URINARIAS

Cualquier lesión capilar del glomérulo al meato urinario puede producir hematuria, pero sólo las lesiones glomerulares producen también albuminuria importante y cilindros eritrocitarios, unas cuantas enfermedades que se acompañan de lesiones capilares suficientemente graves para producir hematuria y proteinuria producen también una rápida disminución de la filtración glomerular.

La necrosis tubular aguda producto de una septicemia, materiales nefrotóxicos, choque, u otra causa se presenta en forma de insuficiencia renal aguda, y es su causa más común, mientras que la glomerulonefritis proliferativa extracapilar (progresiva), por lesión inmunológica o vasculitis, es una causa muy común de insuficiencia renal rápidamente progresiva, pero no aguda.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal crónica es un síndrome causado por la destrucción progresiva e irreversible de nefronas, independientemente de la causa.

Hay otros datos compatibles con insuficiencia renal prolongada, como la osteodistrofia renal, o signos y síntomas de uremia, que ayudan a establecer este síndrome. Algunas anomalías de laboratorio suelen considerarse como indicadores de la cronicidad de la enfermedad renal, como la anemia, la hiperfosfatemia, o la hipocalcemia.

INFECCIONES DE VIAS URINARIAS

Este síndrome se define como la demostración de la presencia de organismos patógenos en la orina, ya sean bacterias, bacilos tuberculosos u hongos.

Cuando la bacteria va acompañada de inflamación o lesión tisular, las manifestaciones clínicas por lo general dependen del sitio o sitios afectados. La disuria, frecuencia, urgencia e hipersensibilidad suprapúbica son síntomas muy comunes en la inflamación vesical y uretral. La próstata puede sentirse pastosa e hipersensible por tacto rectal. El dolor en el flanco, escalofríos, fiebre, náusea, vómito, hipotensión por septicemia, y cilindros leucocitarios.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

La insuficiencia renal aguda se define como el deterioro rápido de la función renal, suficiente para producir acumulación de desechos nitrogenados en el organismo. Causa sesenta por ciento de todos los casos de insuficiencia renal aguda se relacionan con cirugía o traumatismos. La causa general más común de insuficiencia renal es la isquemia renal (falta de circulación en una porción del riñón). La duración de la isquemia renal es muy importante para el desarrollo de una insuficiencia renal aguda. Si la isquemia es breve, puede restablecer la función renal. En caso de riesgo insuficiente prolongado puede desarrollarse una necrosis tubular aguda. En la eliminación de la influencia vasodilatadora de las prostaglandinas renales por el uso de agentes antiinflamatorios no esteroideos puede incrementar la isquemia renal.

La hemólisis intravascular también puede producir insuficiencia renal aguda. Aunque la hemoglobina pura per se no es una nefrotoxina potente, las sustancias tóxicas de los glóbulos rojos y el riego renal agudo, pueden precipitarla. Por último, a pesar de una investigación intensa, clínicos con experiencia frecuentemente son incapaces de establecer un diagnóstico etiológico definitivo en algunos casos de insuficiencia renal aguda. En otros, son varias las causas involucradas, como sucede con los pacientes en estado de choque con depleción de volumen que han recibido transfusiones de sangre, están infectados y han recibido antibióticos nefrotóxicos.

Curso Clínico. La evolución clínica de la necrosis tubular aguda puede dividirse en una fase inicial, una de persistencia, y la de recuperación. La fase inicial es el periodo entre el

acontecimiento desencadenante y la aparición de la insuficiencia renal aguda, que ya no es reversible modificando factores extrarrenales. El reconocimiento de la fase inicial de insuficiencia renal aguda es extremadamente importante, ya que teóricamente la corrección temprana de la causa de la insuficiencia puede prevenir el desarrollo de la fase de persistencia. Sin embargo, la fase inicial de la insuficiencia renal aguda puede ser evidente para el clínico sólo retrospectivamente, ya que no produce signos ni síntomas.

La oliguria se ha considerado la característica básica de las fases inicial y de persistencia de la insuficiencia renal aguda. Sin embargo, en estudios recientes se sugiere que 40 a 50% de todos los pacientes con insuficiencia renal aguda no son oligúricos (volumen urinario mayor de 400 ml al día). Aunque la insuficiencia renal aguda progresiva sin oliguria (bajo volumen urinario) puede ser producto de cualquier tipo de lesión renal, incluyendo lesiones isquémicas y tóxicas, esta forma de insuficiencia renal parece ser particularmente frecuente después de administrar agentes nefrotóxicos.

La oliguria es la característica de la fase de persistencia de la insuficiencia renal aguda en más de 50% de los casos. Cuando se presenta oliguria, empieza poco después del acontecimiento desencadenante y dura en promedio de 10 a 14 días. Sin embargo, la fase oligúrica puede ser tan breve como de unas horas o tan prolongada como de seis a ocho semanas. La oliguria prolongada es común entre el paciente anciano con enfermedad vascular subyacente. Si la oliguria dura más de cuatro semanas, deberá reconsiderarse el diagnóstico de necrosis tubular aguda, y son posibles padecimientos como necrosis cortical difusa.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

En la insuficiencia renal crónica se ha observado una reducción de la masa renal que produce hipertrofia estructural y funcional de las nefronas restantes. La glomerulonefritis es la causa inicial más común de la insuficiencia renal crónica, esta disminución grave de la masa nefronal se manifiesta en alteraciones funcionales prácticamente de todos los órganos y

sistemas del organismo. La uremia es el término que generalmente se aplica al síndrome clínico de pacientes que sufren pérdida importante de la función renal. En las tres últimas décadas la diálisis y el trasplante se han convertido en modalidades terapéuticas eficaces para prolongar la vida de los pacientes con insuficiencia renal. Ahora bien el tratamiento es diferente en la insuficiencia renal aguda que en la crónica debido a la naturaleza irreversible de esta última. Las bases del tratamiento en la insuficiencia renal aguda son el manejo médico conservador y la diálisis. Obviamente el trasplante *no constituye* una modalidad terapéutica para este grupo de pacientes.

Inicialmente los pacientes *deben seguir* un tratamiento conservador pero finalmente requerirán hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante de un riñón, la insuficiencia renal crónica deberá enfocarse con la idea de pasar de una forma de tratamiento a otro según el grado de éxito y la frecuencia de complicaciones de cada modalidad terapéutica. La diálisis en las fases iniciales se aplica en particular a los pacientes con insuficiencia renal en quienes se espera una recuperación de funciones renales normales. En el resto de las pacientes la decisión clínica de pasar de un tratamiento conservador a la diálisis o el trasplante, dependerá de la calidad de vida del paciente y de la relación de beneficios-riesgos. En los últimos años se ha producido una mejoría sorprendente en los resultados clínicos de los trasplantes renales, en la actualidad se están llevando segundos e incluso terceros trasplantes y los resultados globales muestran una reducción de tan sólo 10 al 20 por ciento en la supervivencia esperada. El trasplante de un riñón humano se ha convertido en un procedimiento justificado para tratar la insuficiencia renal crónica. En todo el mundo se llevan a cabo miles de intervenciones de este tipo y se presentan con una frecuencia de 50 a más de 100 por año.

TUMORES DE VIAS URINARIAS.

Entre los tumores del riñón el carcinoma de células renales también denominado adenocarcinoma renal constituye el 86% de todas las neoplasias renales primarias. La frecuencia es entre los 55 y 60 años de edad, la relación varón-mujer es de 2-1, algunos

factores de riesgo ambiental son el contacto con el humo de cigarro y cadmio. Los pacientes con enfermedad renal terminal que se someten a diálisis crónicas pueden desarrollar una enfermedad renal quística y carcinomas renales co-existentes. Entre los síntomas mas frecuentes se encuentran la hematuria(sangre en orina), dolor en flanco y masa abdominal palpable, la hematuria principalmente se presenta en el 60% de los casos. En los niños el tumor más frecuente es el nefroblastoma, estos responden de manera diversa a los tratamientos con diversas modalidades que van desde la cirugía, radiación y quimioterapia.

2.3 ENFERMEDADES HEPATO-BILIARES

CLASIFICACION DE LAS HEPATOPATIAS

I Parenquimatosas

A Hepatitis (viral, provocada por fármacos, tóxica)

- 1 Aguda
- 2 Crónica (persistente o activa)

B Cirrosis

- 1 Alcohólica
- 2 Posnecrótica
- 3 Biliar
- 4 Hemocromatosis
- 5 Tipos raros (por ej., enfermedad de Wilson, galactosemia, fibrosis quística del páncreas, deficiencia de alfa, antitripsina)

C Infiltrados

- 1 Glucógeno
- 2 Grasa (grasas neutras, colesterol, gangliósidos, cerebrósidos)
- 3 Amiloide
- 4 Linfoma, leucemia
- 5 Granuloma (por ej., sarcoidosis, tuberculosis, idiopática)

D Lesiones que ocupan lugar

- 1 Hepatoma, tumor metastático
- 2 Absceso (piógeno, amibiano)
- 3 Quistes (enfermedad poliquística, Echinococcus)
- 4 Gomas

II Hepatobiliares

A Obstrucción biliar extrahepática (por cálculo, estenosis o tumor)

b Colangitis

III Vascular

A Congestión pasiva crónica y cirrosis cardíaca

B Trombosis de la vena hepática

C Trombosis de la vena porta

D Pieloflebitis

E Malformaciones arteriovenosas

CIRROSIS

Hepatopatía alcohólica y cirrosis

Definición.- La cirrosis alcohólica, es el tipo más frecuente de Norteamérica y en muchas partes de Europa Occidental y América del Sur, suele caracterizarse por cicatrización difusa fina, pérdida bastante uniforme de hepatocitos y nódulos pequeños de regeneración; por este motivo se le conoce también como cirrosis micronodular. Por otra parte, la cirrosis alcohólica puede evolucionar a cirrosis macronodular.

La cirrosis alcohólica es sólo una de las muchas consecuencias de la ingestión crónica de alcohol, y suele acompañar a otras formas de hepatopatía alcohólica. Las tres principales son:

1) hígado graso alcohólico, 2) hepatitis alcohólica y 3) cirrosis alcohólica. Estas categorías *casi nunca* existen en forma pura y pueden incidir en un paciente determinado.

Etiología: La ingestión crónica del alcohol es la principal causa de cirrosis alcohólica. Se ignora la cantidad y duración de bebida necesarias para producirla. El cirrótico clásico ha consumido diariamente medio litro o más de whisky, varios litros de vino, o un volumen equivalente de cerveza durante por lo menos 10 años. Parece que el volumen y la duración de la ingestión de alcohol está determinada genéticamente, no se ha identificado un defecto metabólico en los cirróticos o sus familiares que sugiera una "susceptibilidad" para el alcohol o sus efectos tóxicos. Posiblemente factores nutricionales incrementan los efectos adversos del alcohol en el hígado, pero la malnutrición por sí sola no produce cirrosis. Sólo 10 a 15% de los alcohólicos sufren cirrosis, lo cual hace pensar que puede haber otros factores que rigen el impacto del alcohol sobre el hígado. Quizá participen factores hormonales dada la mayor susceptibilidad de las mujeres para la lesión hepática causada por alcohol.

El hígado graso alcohólico es frecuente en los grandes bebedores, pero es reversible al suspender la ingestión, y no se considera precursor obligado de la cirrosis.

HEPATITIS ALCOHÓLICA Entre las alteraciones histopatológicas (observables al microscopio), se encuentran la degeneración y necrosis hepatocelulares, a menudo con "banalización" e infiltración de polimorfonucleares y linfocitos. Los polimorfonucleares pueden rodear los hepatocitos dañados. Se trata de acumulaciones de material perinuclear intensamente colorido, se considera un agregado de filamentos intermedios. Sugieren mucho hepatitis alcohólica, pero no es específica pues las desviaciones yeyunoileales, la diabetes sacarina mal controlada, y otros padecimientos como enfermedad de Wilson y cirrosis infantil de la India, producen esta misma alteración.

CIRROSIS ALCOHOLICA La ingestión continua de alcohol y la destrucción de hepatocitos propicia la aparición de fibroblastos (material que estimula la formación de colágeno). Aparecen tabiques de tejidos conjuntivo en las zonas periportales y pericentrales. Esta trama de tejido conjuntivo rodea pequeñas masas de hepatocitos que se regeneran y forman nódulos. Al continuar la destrucción de hepatocitos y el depósito de colágena, el hígado disminuye de volumen, adquiere aspecto nodular, y consistencia dura al sobrevenir la

cirrosis "terminal". Si bien la cirrosis alcoholica es una afección progresiva, el tratamiento apropiado y la abstinencia estricta de alcohol pueden detenerla en casi cualquier etapa y permitir la mejoría funcional. Las manifestaciones de la esteatosis hepática alcohólica suelen ser mínimas y nulas y no descubrirse el trastorno hasta que otra enfermedad obligue a ver al médico con signos a menudo relacionados con el alcohol. Es posible que sólo haya hepatomegalia, a veces con hipersensibilidad. Sólo las lesiones más graves producen ictericia y edema.

La gravedad clínica de la hepatitis alcohólica varia mucho, desde la enfermedad asintomática o leve hasta la insuficiencia hepática mortal. Típicamente los signos clínicos se parecen a los de una hepatopatía viral o tóxica. Suele haber anorexia, náuseas, vómitos, malestar general, adelgazamiento, molestias abdominales e ictericia. En cerca de 50% de los casos hay fiebre hasta de 39.5 grados centígrados. La exploración física suele descubrir hepatomegalia con hipersensibilidad. Puede haber "arañas" vasculares e ictericia. Los cuadros más graves se complican con edema, hemorragias, y encefalopatía. En la presentación inicial, las manifestaciones de sistema nervioso central pueden ser difíciles de distinguir de la intoxicación alcohólica o del síndrome de abstinencia.

Con la abstinencia pueden ceder la ictericia, y la encefalopatía, pero el exceso de alcohol y los malos hábitos de alimentación suelen propiciar episodios agudos repetidos de descompensación hepática. Estas exacerbaciones pueden ser la causa de muerte, pero la mayoría de los enfermos se recuperan después de semanas o meses, incluso con abstinencia completa puede tardar en lograrse la recuperación clínica. También puede haber ictericia por obstrucción de vías biliares en caso de hepatitis alcohólica aguda.

CIRROSIS BILIAR

La cirrosis biliar depende de lesión u obstrucción prolongada de las vías biliares intra o extrahepáticas. Disminuye la excreción biliar, con destrucción del parénquima y fibrosis progresiva. La cirrosis biliar primaria se caracteriza por inflamación crónica y obstrucción de los conductillos biliares intrahepáticos. La secundaria se debe a obstrucción prolongada de los conductos extrahepáticos mayores. Aunque se trata de dos formas de cirrosis biliar

fisiopatológicamente distintas en cuanto a la lesión inicial muchos cuadros clínicos son similares.

TUMORES DEL HIGADO.

Los carcinomas del hígado pueden originarse en la célula hepática (hepatocelulares), en células del conducto biliar (colangiocelulares), o bien tener origen mixto. Al carcinoma hepatocelular le corresponde el 80 al 90% de los carcinomas hepáticos. Tiene poca utilidad práctica distinguir los dos tipos ya que pueden coexistir en un mismo tumor y su evolución clínica es parecida, este tipo de cáncer es más común en los varones que en la mujeres.

Las hepatopatías crónicas parecen predisponer al carcinoma. Diversas enfermedades crónicas virales o idiopáticas del hígado como el alcoholismo pueden producir carcinoma de célula hepática, igualmente la hepatitis viral como la B crearán signos serológicos donde existen hepatocarcinomas añadidos . Las micotoxinas que son metabolitos de hongos saprófitos incluyen ciertos carcinógenos de tipo hepático que se ingieren constantemente con los alimentos y existen en altas concentraciones en la comida en Africa y Asia principalmente. Son importantes los factores hormonales ya que el predominio de tumores hepáticos es mayor en hombres pues de *forma experimental* se ha descubierto que las hormonas sexuales masculinas presentan cierta carcinogénesis experimental .

TUMORES METASTASICOS

Los tumores malignos metastásicos del hígado ocupan el segundo lugar en orden de frecuencia después de la cirrosis como causa de hepatopatía mortal, se han señalado metástasis hepáticas en 30 al 50% de las necropsias con cáncer como causa de muerte. El hígado es singularmente vulnerable para la invasión tumoral. Su volumen abundante, riego sanguíneo y doble vascularización por arteria hepática y vena porta se combinan para hacerlo el asiento más frecuente de metástasis después de los ganglios linfáticos.

Cuadro clínico: La mayoría de los enfermos con metástasis hepáticas tienen síntomas referibles solo al tumor primario, la participación hepática asintomática se descubre en la

valoración médica, existen síntomas inespecíficos como debilidad, adelgazamiento, fiebre, sudor profundo y anorexia, algunas veces dolor abdominal o hepatomegalia. La mayoría de los carcinomas metastásicos mejoran poco con tratamiento, que suele ser únicamente paliativo, casi nunca resulta posible la extirpación quirúrgica de una metastásis grande única, con la quimioterapia puede hacerse más lento por un tiempo el crecimiento tumoral y disminuir los síntomas en algunos casos, alterando el pronóstico de manera importante.

2.4 TRANSTORNOS DEL METABOLISMO

DIABETES.

La diabetes mellitus insulino dependiente (tipo 1) es el resultado de la insulinoopenia (niveles bajos de insulina) que puede deberse a un mal funcionamiento de las células betas debido a células K o linfocitos T, o a infecciones virales y toxinas ; en otras ocasiones la diabetes mellitus aparece más frecuentemente en algunas familias, sin embargo, científicamente aun no está comprobado que ésta sea hereditaria. Existen pruebas de que algunos virus como el cosakie B4, parotiditis o el reovirus, pueden dañar las células B de los islotes pancreáticos. Clínicamente se detecta poliuria, polidipsia, pérdida de peso, fatiga, lesiones del pie, manifestación de neuropatía periférica y dolor de los miembros. Generalmente una de las consecuencias más importantes que causa la diabetes es la insuficiencia renal que trae como consecuencia infección del tracto urinario, necrosis a nivel papilar (superficie del riñón) , arterioesclerosis de las venas renales en donde las arterias renales y sus ramas colaterales se dañan provocando estenosis significativa de la arteria renal, que llevan a realizar diálisis como una medida de tratamiento.

2.5 ALTERACIONES DEL SISTEMA HEMATOPOYETICO

INSUFICIENCIA DE LA MEDULA OSEA:

ANEMIA APLÁSTICA Y OTROS TRASTORNOS

PRIMARIOS DE LA MÉDULA

Algunos trastornos primarios de la médula ósea que deterioran la formación de precursores eritropoyéticos, (formadores del plasma sanguíneo) causan un importante grupo de anemias. El término anemia aplásica debe reservarse para padecimientos en los que hay pancitopenia (disminución de eritocitos) debida a la falta de células o bajos niveles de éstas en la médula ósea (anemia, neutropenia y trombocitopenia). Pocos pacientes tienen aplasia selectiva de células eritroides solamente (aplasia eritrocítica pura). En forma alternativa, en la anemia mielósística, la eritropoyesis se halla suprimida porque la médula está infiltrada por tumores, granulomas o fibrosis.

ANEMIA PLÁSTICA

Causa.- Se considera que la anemia aplásica se debe a lesión o destrucción de una célula madre que afecta todas las poblaciones celulares subsiguientes. En alrededor de 50% de los casos de anemia aplásica en Estados Unidos, no se identifica agente etiológico alguno, aunque este porcentaje puede variar por el entusiasmo con el cual se está buscando al agente. En otras áreas del mundo, donde el mayor porcentaje de la población puede estar expuesto a toxinas como insecticidas y benceno en dosis no controladas, la proporción de casos idiopáticos quizá sea menor.

Causas congénitas. - La anemia de Fanconi, el tipo más frecuente de anemia aplásica constitucional, es una enfermedad que se hereda y suele aparecer en la infancia. Este trastorno a menudo se acompaña de anomalías somáticas congénitas múltiples, entre ellas hipoplasia u otras malformaciones renales, hiperpigmentación cutánea, anomalías óseas, en particular ausencia o hipoplasia de extremidades inferiores o superiores. Muchos pacientes tienen anomalías cromosómicas por defecto en la reparación del DNA. Los pacientes que sobreviven a las complicaciones de la insuficiencia medular progresiva están

en alto riesgo de desarrollar leucemia. Otro síntoma relacionado con insuficiencia de la médula ósea es la predisposición constitucional a la aplasia.

Causas inmunes.- Ciertas observaciones clínicas han creado el concepto de que una proporción importante de casos de anemia aplásica pueden deberse a mecanismos inmunes. Entre ellas, recuperación después de preparación con inmunosupresores para un trasplante de médula ósea, falla de la reconstitución hematopoyética en algunos pacientes después de preparación con inmunosupresores para un trasplante de médula ósea, falla de la reconstitución hematopoyética en algunos pacientes después de un trasplante de médula ósea de un donador gemelo idéntico. Diversas técnicas de cultivo in vitro han apoyado el concepto de un proceso autoinmune celular en algunos pacientes con aplasia.

Fármacos y toxinas.- En la anemia aplásica, se han considerado agentes etiológicos diversos fármacos y agentes químicos aparentemente sin relación entre sí. La asociación varía desde una aplasia previsible relacionada con la dosis hasta reacciones idiosincráticas sin relación con la dosis.

Los agentes que en dosis adecuadas producen depresión de la médula ósea en forma previsible son los antineoplásicos se relacionan con la dosis, pero puede variar según los individuos. Estos fármacos incluyen antagonistas del ácido fólico, alquilantes, antraciclinas, nitrosoureas, y análogos de purina y pirimidina. La suspensión del fármaco suele permitir la recuperación de los elementos medulares, aunque a veces se produce aplasia irreversible. La aplasia medular también puede depender de rayos X terapéuticos, o con menor frecuencia, a exposición aguda por accidente de laboratorio o industrial. La gravedad de la aplasia depende de la dosis y la frecuencia de exposición, así como extensión de médula irradiada.

Los derivados del benceno se han relacionado con diversas anomalías hemáticas múltiples, incluyendo anemia aplásica. Las regulaciones de seguridad en Estados Unidos controlan la exposición industrial, pero no el uso doméstico de productos que contienen benceno. La aplasia medular producida por benceno puede ser reversible, aunque a veces persisten anomalías ligeras..

El clorafenicol, antibiótico de amplioespectro muy empleado, puede producir formas de toxicidad de la médula ósea, existiendo supresión medular la cual guarda relación con la dosis y duración de la administración de clorafenicol. Mucho más frecuentemente se ven signos similares en algunos pacientes que han ingerido grandes cantidades de alcohol.

La forma más grave de insuficiencia de la médula ósea relacionada con el clorafenicol es una reacción "idiosincrática". Este compuesto nitrobenicénico ha sido el fármaco culpado más frecuentemente en casos de anemia aplástica. Estos pacientes desarrollan pancitopenia grave, y a menudo aplasia medular irreversible mortal. Esta complicación se presenta en aproximadamente uno de cada 50 000 enfermos que ingieren el fármaco. El desarrollo de anemia aplástica no parece guardar relación con la dosis o la duración de la administración. La aplasia medular no puede preverse o prevenirse mediante vigilancia hematológica, ya que puede aparecer mucho después de haber interrumpido la administración del medicamento. Desafortunadamente, muchos casos de anemia aplástica mortal se presentan en pacientes que recibieron clorafenicol por motivo triviales o dudosos. Así pues, este antibiótico no debe usarse cuando hay alternativas razonables.

Otros productos químicos y fármacos sin relación alguna entre sí pueden ser causa del desarrollo de anemia aplástica. Pueden clasificarse en dos clases: aquellos para los cuales se ha descrito la complicación con frecuencia, y por lo tanto se ha establecido en forma definitiva que tienen potencial tóxico, y aquellos para los cuales sólo se han descrito unos cuantos casos y, por lo tanto, hoy por hoy únicamente existe la posibilidad de potencial tóxico. El establecimiento de estas relaciones se confunde más aún por el hecho de que muchos de los enfermos han ingerido varios fármacos.

Cuadro clínico.- El comienzo de la anemia aplástica suele ser insidioso. Los síntomas iniciales de presentación incluyen debilidad ligera y fatiga progresivas atribuibles a la anemia y hemorragias cutáneas, nasales, gingivales, vaginales o gastrointestinales por la trombocitopenia, la exploración física suele descubrir palidez observarse petequias o equimosis en piel, mucosas y conjuntivas

LEUCEMIAS.

Las leucemias son un grupo heterogéneo de neoplasias que surgen de la transformación maligna de células hematopoyéticas (formadoras de sangre). Las células leucemicas proliferan principalmente en la médula ósea y tejidos linfoides, donde interfieren con la hematopoyesis e inmunidad normales. Por último emigran hacia la sangre periférica e infiltran otros tejidos.

Las leucemias se clasifican según los tipos celulares que proliferan y en aguda o crónicas según la evolución natural del padecimiento. Las leucemias agudas tienen un curso clínico rápido, provocando la muerte en unos meses si no se tratan eficazmente, las leucemias crónicas tienen una duración más prolongada. Se ignora la causa de la mayor parte de las leucemias aunque pueden tener importancia tanto factores genéticos como ambientales. La leucemia aguda se presenta más a menudo con diversos padecimientos congénitos como síndrome de Down, de Klinefelter y Fanconi.

El tratamiento de la leucemias está dividido en fases bien definidas, la más crucial es la quimioterapia productora de remisión, la quimioterapia sistémica intensiva que se administra con el fin de poder reducir la masa de células leucémicas hasta ya no poderse descubrir. La quimioterapia en dosis bajas que suele continuar por varios años, suele llamarse quimioterapia de sostén, la quimioterapia intensiva que se suministra más de seis meses después de la remisión se denomina intensificación tardía, tratamiento que puede aumentar o mantener la calidad de vida del paciente que la padece.

2.6 ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNITARIO

SIDA

Enfermedad virica contagiosa que presenta distintas manifestaciones clínicas, caracterizada por una disminución de la capacidad inmunitaria del paciente, que se hace vulnerable a enfermedades que no constituirían una amenaza para personas cuyo sistema

inmunitario funcionase adecuadamente, pero que en los individuos afectados adquiere carácter grave.

El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, fue descrito por Gottlieb Shareff y Shacker en 1984. Se trata de una epidemia mundial ocasionada por un retrovirus el HTL VII/LAV o simplemente VIH y consiste en una gran deficiencia inmunológica con la cual se propicia las infecciones crónicas oportunistas por hongos, protozoarios, micobacterias, virus y neoplasias linfáticas, así como sarcoma de Kaposi. Las formas conocidas para adquirir esta infección son por contacto promiscuo, transfusión de sangre o sus fracciones, por agujas hipodérmicas usadas por drogadictos y a través de la placenta.⁴

Dado que actualmente se considera que esta enfermedad es incurable y mortal se debe aumentar las medidas preventivas, como el uso de preservativos en las relaciones sexuales extramaritales y ocasionales, aplicación de cuidados especiales en el uso de jeringas y de las transfusiones y al tratar a estos enfermos en los Hospitales y en sus hogares. Por la descripción de las enfermedades venéreas es fácil constatar que todas ellas son contagiosas, y que su transmisión se efectúa por contacto directo aunque en una ínfima proporción puede haber transmisión directa. En México la Secretaría de Salud, a través de sus servicios antivenereos llevan a cabo campañas para educar a la población acerca del riesgo de contraer enfermedades venéreas; se considera delictuosa la persona que sabiéndose enferma de infección venérea la transmita a alguna persona por lo cual se hace acreedora a su sanción correspondiente, aunque en la práctica esto realmente no ocurre.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad de origen desconocido en que tejidos y células sufren daño por el depósito de autoanticuerpos y complejos inmunitarios patógenos. Del total de casos, 90% se observan en mujeres, por lo regular en etapa de procreación, aunque el trastorno también afecta a niños, varones y ancianos. La prevalencia del lupus en áreas urbanas varía de 15 a 50 casos por 100 000 sujetos, y es más común en

⁴ Harrison 1989 Medicina Interna Vol. 2

negros que en blancos. También son susceptibles las poblaciones de origen español y asiático.

PATOGENIA Y CAUSAS Las anomalías básicas del lupus comprenden la producción de anticuerpos en complejos inmunitarios patógenos, junto con la incapacidad de suprimir su producción y acción. No todos los anticuerpos o los complejos son patógenos, y algunos de los primeros causan enfermedad por su especificidad por antígeno. Entre los ejemplos están los anticuerpos contra los antígenos de superficie de eritrocitos o los factores de coagulación. Otros son patógenos por su isotipo de inmunoglobulina (Ig), avidéz por tejidos, carga eléctrica o todos los factores en conjunto.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS El lupus en sus comienzos puede afectar sólo un órgano o sistema, y aparecer más tarde manifestaciones adicionales, o afectar múltiples órganos en su expresión. Por lo común, se detectan autoanticuerpos (aunque no siempre) en la primera visita del enfermo. La intensidad del cuadro varía de mínimo intermitente, hasta persistente y mortal. Muchos lúpicos sufren exacerbaciones. Menos de 10% tienen remisiones permanentes de sus síntomas. Los síntomas sistémicos suelen ser notables e incluyen fatiga, malestar, fiebre, anorexia, pérdida ponderal y náuseas.

Aparato musculoesquelético Casi todos los lúpicos sufren artralgias y mialgias, y en muchos se observa artritis. El dolor no guarda proporción con los signos físicos que incluyen hinchazón de articulaciones (con mayor frecuencia interfalángicas (PIP) y metacarpofalángicas (MCO) de manos, muñecas y rodillas), hinchazón difusa de manos y pies. Las deformidades articulares son muy poco frecuentes, aunque 10% de los pacientes terminan por mostrar deformidad en "cuello de cisne" y desviación cubital de las articulaciones metacarpofalángicas.

Piel El eritema malar en mariposa es un eritema fijo, aplanado o elevado, sobre carrillos y puente de la nariz, que a veces abarca la barba y las orejas. Suele ser exacerbado por la luz

ultravioleta. No hay cicatrices. También es común una erupción maculopapular difusa, que predomina en zonas expuestas a la luz, y su presencia suele denotar exacerbaciones del trastorno. La alopecia suele aparecer en diversas zonas (anticipa una exacerbación), pero puede ser extensa. El cabello crecerá de nuevo, excepto en el lupus eritematoso discoide (DLE). Las lesiones cutáneas vasculíticas incluyen nódulos subcutáneos; úlceras, por lo común en piernas e infartos de piel y dedos. En algunos sujetos con lupus eritematoso sistémico aparecen lesiones de la forma que son desfigurantes. Son circulares, con un borde eritematoso, elevadas y exfoliativas. La cicatrización central produce despigmentación y pérdida permanente de los apéndices cutáneos. Se observa dicha lesión en todo el cuero cabelludo, porción externa de oídos, cara y zonas expuestas al sol en brazos, dorso y tórax.

Manifestaciones renales Casi todos los enfermos de lupus eritematoso sistémico tienen depósitos de inmunoglobulina en glomérulos, pero sólo 50% presentan nefritis clínica. En los comienzos, casi todos los individuos están asintomáticos (salvo que muestran ya uremia), excepto los que tienen el edema del síndrome nefrótico. Entre quienes sufren lesiones más graves, activas o crónicas, una causa importante de muerte es la insuficiencia renal.

Sistema nervioso El lupus puede afectar cualquier región del cerebro, y también meninges, médula espinal y nervios craneales y periféricos. Los trastornos del sistema nervioso central (SNC) pueden ser aislados, únicos o múltiples, pero a menudo aparecen junto con manifestaciones de actividad patológica en otros órganos. La manifestación más frecuente es la disfunción psíquica mínima. Son comunes las convulsiones de tipo gran mal, pequeño mal o focales. Otras manifestaciones incluyen psicosis, síndromes orgánicos cerebrales, cefalea (incluida migraña), meningitis, mielitis con paraplejía o cuadraplejía, neuritis óptica, parálisis de pares craneales. Son comunes la depresión y la angustia.

Aparato cardiopulmonar Entre las manifestaciones comunes del lupus eritematoso están pleuritis y derrames pleurales. La neumonitis por lupus ocasiona episodios repetitivos de fiebre, disnea y tos. Sin embargo, la causa más común de infiltrados pulmonares en lupus

sistémico, es la infección. A veces los pacientes muestran hipertensión pulmonar. Las manifestaciones de este cuadro, que es poco frecuente pero a menudo mortal, incluyen síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto y hemorragia entre los alveolos de manera masiva.

Aparato gastrointestinal En el lupus, son comunes los síntomas gastrointestinales inespecíficos, pero la manifestación más peligrosa es la vasculitis de intestino ; ocasiona dolor cólico agudo o subagudo, vómitos y diarrea, y produce perforación intestinal y muerte prácticamente en 50% de los sujetos afectados. Otra manifestación gastrointestinal de lupus sistémico es un cuadro de seudooclusión en el que los pacientes muestran dolor cólico agudo en el abdomen

2.7 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFERICO

ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen la tercera causa de defunción después de las cardiopatías y el cáncer, en los países desarrollados. Más importante aún es que, en los adultos, es la más mortal e incapacitante de las enfermedades neurológicas. Tiene una prevalencia general de 794 por 100 000 personas. Cinco por ciento de la población mayor de 65 años sufre un ataque cerebral en algún momento de su vida. Se calcula que, en Estados Unidos, más de 400 000 pacientes son dados de alta cada año de los hospitales, debido a un ataque cerebral. La separación de estos pacientes de la fuerza de trabajo y el tiempo de hospitalización que requieren, hacen que el impacto económico de esta enfermedad sea uno de los más devastadores en medicina.

Patogenia.- La enfermedad cerebrovascular afecta a uno o más de los vasos sanguíneos del cerebro, en un proceso patológico. Dicho proceso puede ser intrínseco del vaso, como en arterosclerosis, inflamación, malformaciones en el desarrollo; o el proceso puede comenzar

en un sitio remoto, como ocurre cuando un émbolo del corazón o de la circulación extracraneal se aloja en un vaso intracraneal, o cuando la presión de riego disminuye o el aumento de la viscosidad sanguínea dan como resultado un inadecuado flujo a través de un vaso. Una lesión vascular tiende a ser silenciosa hasta que causa un estrechamiento crítico con isquemia, genera émbolos, se ocluye o rompe. Un ataque cerebral (apoplejía o accidente cerebral vascular) se define como una lesión neurológica que ocurre como resultado de alguno de dichos procesos patológicos. Un trombo, un ateroma o un émbolo pueden llegar a estrechar en forma crítica o bloquear un vaso, y producir isquemia con infarto; o un vaso puede romperse y dar lugar a hemorragia intracerebral. Pueden presentarse otros síntomas secundarios a enfermedad vascular, como presión sobre nervios intracereales por un aneurisma, cefalea vascular o aumento de la presión intracraneal que acompaña a trombosis venosa.

NEOPLASIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (S.N.C)

Se estima que en Estados Unidos se registran 90 000 muertes al año por tumores del encéfalo, las meninges y la médula espinal; de estos tumores más de 75% son metástasis que ocurren en pacientes bajo tratamiento para un cáncer sistémico. Los pacientes con neoplasias encefálicas utilizan una gran cantidad de camas de hospital, pruebas diagnósticas y otros recursos médicos lo cual produce un alto costo anual.

Los tumores más comunes del SNC son metastásicos, y un 25% de las metástasis en el SNC se debe a cáncer sistémico. Los cánceres del pulmón en los hombres y de la mama en las mujeres constituyen el mayor porcentaje, aunque el melanoma es el tumor con mayor posibilidad de propagación del SNC.

En resumen, las enfermedades que provocan un estado crítico pueden culminar, la mayoría de las veces, en la muerte. Para una mejor comprensión de las mismas, se agruparon por sistemas, aparatos y órganos, así como por el grado de prevalencia. En algunas de estas enfermedades se describe el tratamiento paliativo que permite, de acuerdo al curso de la enfermedad, una calidad de vida aceptable.

CAPITULO 3

MUERTE Y DUELO

A continuación se analiza el concepto de muerte en forma general, enfatizando la importancia de la muerte biológica y el proceso de duelo como resultado de la vivencia o entrenamiento de la anterior. El duelo se explica a través de las corrientes: biológica, psicoanalíticas y existencialistas, explicándose las etapas por las que pasa el doliente y la manera de afrontamiento del mismo.

3.1 DEFINICION DE MUERTE

3.1.1 ¿Qué es la muerte?. Desde las civilizaciones más antiguas como la egipcia, la china la tibetana y en otras como la de los indios del continente americano, los hindúes y otros pueblos de Asia, han concebido la muerte como un aspecto de la vida; la muerte es tratada como una parte muy importante de la vida.

En Occidente el hombre moderno concibe a la muerte como una separación o una repentina desaparición de él mismo, algo destructivo que hay que evitar a toda costa, es así que la actitud del hombre occidental hacia la muerte es un mecanismo de control psicológico que hace al hombre enfocar su atención en los aspectos de cantidad de la vida, ignorando muchas veces los valores de la calidad de vida. El actual concepto de la muerte y la forma en que se trata a un ser que está muriendo es generalmente la represión y la negación de este curso natural de todos los seres vivos.

Diversas investigaciones han demostrado que al hablar sobre la muerte en el hombre causa ansiedad y a su vez esta ansiedad es un estado cognoscitivo⁵ que se caracteriza por sentimientos de tensión produciendo cambios en la percepción y en el conocimiento, siendo el miedo lo que impide concebir la muerte como un fenómeno natural, como el destino de todos los seres vivos y como un factor fundamental en la naturaleza en su constante transformación de todo.

⁵ Mateos L., En Reyes, (1990). Revista de Tanatología

3.1.2. La muerte como un elemento terapéutico en las culturas antiguas: Entre los pueblos orientales y las civilizaciones encontramos rituales complejos y manuales usados para guiar al muerto en su jornada. Estos manuales eran también utilizados para enseñar al vivo como usar la muerte como un instrumento psicoterapéutico. Se considera que estas prácticas o rituales son métodos psicológicos que facilitan al ser humano la vivencia de la transición de todo, esta vivencia hace que el individuo tenga conciencia del valor del momento actual y que mantenga una reverencia a la muerte como una parte integral de la vida. En estas culturas aprender a morir es considerado como un aspecto indispensable e integral en la vida

La escuela psicoanalítica sostiene que para todo ser humano es inconcebible su propia muerte o lo que es igual que todo hombre en lo inconsciente está convencido de su inmortalidad, quizá por eso el hombre se ha negado a aceptar la muerte como el final definitivo de su vida; así todos los ritos y costumbres funerarias registrados en el mundo desde los albores de la cultura humana atestiguan la creencia de que el hombre sobrevive a la experiencia de la muerte en alguna forma.⁶

- El entierro o la inhumación, que ha sido el método más utilizado tanto en el pasado como en el presente es sin duda la forma más simple y natural de disponer del cadáver, la inhumación originó la idea de que los muertos viven en sus tumbas o en el inframundo al que éstas dan acceso.
 - Otra forma de disponer del cadáver frecuentemente utilizada es la cremación la cual consiste en quemar el cuerpo, reduciéndolo a sus elementos esenciales, actualmente la cremación ha cobrado gran auge.
 - El arte de preservar los restos humanos -el embalsamamiento- ha sido practicado por muchas sociedades, antiguas y modernas, término embalsamamiento corrientemente designa un procedimiento menos superficial, que consiste en la introducción de agentes químicos en el cadáver para asegurar su conservación y que implica en muchos casos la extracción de los órganos vitales y, en consecuencia el empleo de refinadas técnicas quirúrgicas. La forma más elaborada tuvo lugar en el antiguo Egipto donde se creía que
-

el cuerpo era fundamental para una vida futura verdadera, desarrollándose un complejo proceso de embalsamamiento, el cual tenía no sólo el propósito de preservar el cuerpo de la desintegración física sino también la de reanimarlo.

En otras escatologías el destino deparado a los muertos no estaba condicionado por su conducta en la tierra, sino por el género de muerte, en la antigua religión Nahuatl los guerreros muertos en combate o en la piedra de sacrificios y la mujeres muertas en su primer parto iban al Cielo del Sol, aquellos que morían por causas relacionadas con el agua iban al paraíso de Tláloc dios de la lluvia; a todos los otros muertos les estaba deparado ir al lúgubre y oscura Mictlan, en cambio los niños iban a un lugar especial equivalente al limbo cristiano y que encontramos en otras religiones⁶

3.2. EL DUELO Y LAS CRISIS.

El duelo procede de un palabra latina que significa el que se duele, el doliente, el dolorido, se trata de un sentimiento por haber perdido a alguien o a algo:

- muerte de un ser querido
- la separación de los amantes
- la ruptura de una amistad
- el desempleo de un trabajo que era estable
- el abandono de un hogar
- una enfermedad grave, pérdida de la salud.

Por otra parte en el significado del luto es evidente el dolor sentido por la pérdida de un ser querido expresado en forma de autoenagenación, en este lapso la vida social queda suspendida para aquellos afectados, se abstienen de diversiones, usan vestidos viejos o de color negro, otros se rasuran el pelo o bien lo dejan crecer largo y desaliñado. En efecto la muerte de un ser querido deja una desolación que se puede llamar como desierto que provoca una crisis profunda del sentido de la vida.

⁶ Rios, R.; Cabrera, R. (1995) De. U.A.Q

3.2.1 Las teorías psicológicas del luto.- Estas teorías no son sólo psicológicas, sino que representan todo el bagaje cultural con el que se puede confrontar hoy en día la situación existencial de una pérdida grave:

1.- LA TEORIA BIOLÓGICA señala que el luto rompe una unión de apego, desde esta óptica el luto es un proceso que tiende a resolver el problema de la supervivencia no asegurada. Se menciona que cuando el luto se desarrolla normalmente tiene más o menos la conducta siguiente: primeramente se observa una fase en la que existe la búsqueda espasmódica de la persona desaparecida, seguida de una segunda fase en la que dominan vivencias de alarma: rabia, culpa, depresión; apareciendo después un tercer momento caracterizado por una desvinculación o desunión con el desaparecido en este momento se forma una nueva identidad y la posible instauración de otras nuevas opciones.

2.- LA TEORIA PSICOANALÍTICA refiere que primeramente la persona de luto tenderá a una búsqueda frenética de la persona perdida (volver a los lugares habituales de encuentro), que implica un carácter defensivo, adquiriendo un significado de "negación" de la pérdida sufrida; igualmente la rabia, depresión y la culpa tendrán un carácter defensivo más avanzado que la anterior (negación); posteriormente viene la desunión con el objeto de amor perdido, que el psicoanálisis llama retiro de inversión líbica, es donde a partir de la culpa y la depresión se empieza a concebir posibilidades de reparación de la pérdida sufrida, esta reparación consiste en hacer vivir dentro de sí el objeto de amor perdido en la realidad exterior, a través de una identificación idealizadora con el desaparecido haciendo posible su introyección. Una vez que el objeto perdido vive dentro de nosotros se puede aceptar la muerte externa y la libido desempleada por el objeto de amor perdido se vuelve disponible para otras inversiones objetuales.

En resumen para la teoría psicoanalítica sobre el luto, la pérdida se supera a través de la reparación, es decir, cuando se hace revivir dentro de sí (mediante todas las etapas descritas) a la persona querida muerta

3.- Teoría existencialista.- En su primera fase, el dolor es locura; se está en manos de ímpetus que si durasen, daría lugar a acciones como las de Juana la Loca. Se quiere revocar lo irrevocable, llamar a quien no puede contestar, sentir el roce de la mano que se ha ido para siempre, ver la luz de unos ojos que ya no nos sonreirán y en los que la muerte ha cubierto de tristeza todas las sonrisas que brillaban. A nosotros nos remuerde vivir, nos parece que robamos algo que es de propiedad de otros, quisiéramos morir con nuestros muertos: estos sentimientos ¿quién no los ha sufrido desgraciadamente, o los ha probado amargamente? La diversidad o la diferente excelencia del trabajo diferencia a los hombres: el amor y el dolor, los une, y todos lloran de la misma manera. Pero expresando el dolor, con las distintas formas de celebración o culto a los muertos, se supera la desesperación, volviéndolo objetivo. Tratando de que los muertos no estén muertos, empezamos a hacerlos morir en nosotros efectivamente e igualmente nos proponemos hacerles vivir de nuevo: mediante la obra en la que trabajaban y que ha quedado interrumpida.

El riesgo de no poder superar tal situación, de quedarnos paralizados en ella, sin horizontes de elección cultural o prisioneros de imaginaciones, constituye la segunda y decisiva muerte que el evento luctuoso puede arrasar tras sí; por tanto, en la muerte de la persona querida somos invocados para convertirnos en procuradores de muerte, mediante la suma de afectos, de comportamientos, de agradecimientos, de esperanzas y de certezas que el fallecido movilizó en nosotros mientras se mantuvo en vida, y convirtiendo en nuestra, o continuando y aumentando en nuestra obra, la tradición de valores que el fallecido representa.

En la óptica existencial, la fase en la que no se quiere tomar acto de la muerte, está connotada como "locura", y la finalidad de luto es olvidar a nuestros muertos, en vez de adaptarse a nuevos lazos o restablecer en el interior lo que ha sucedido en la realidad externa.

Puesto que, según esta teoría, lo que entra en crisis con la muerte de la persona querida es precisamente el sentido de la vida: con la muerte, la naturaleza pone en crisis la historia, y el duelo es una crisis de la "presencia", es decir, una crisis de la vida humana, considerada no sólo como una vida meramente biológica o subjetiva, sino como vida con un

sentido que nosotros mismos hemos edificado y seguimos edificando culturalmente en y con nuestra historia.

Por tanto, en el duelo, se trata de recuperar este sentido perdido, de "hacer pasar al valor" la muerte del ser querido, de darle un sentido, de no hacer revivir en nosotros a nuestros muertos sino de hacerlos morir en nosotros culturalmente.

El llanto ritual y los rituales colectivos de la muerte, tenían según De Martino⁷, precisamente esta función, la de hacer que pudieramos dejar morir a nuestros muertos superando la crisis del sentido de la historia que ellos determinaban.

De estas tres teorías sobre el duelo analizadas, solamente las dos primeras, la teoría biológica y la teoría psicoanalítica, se puede decir que pertenecen al bagaje cultural de nuestra época, mientras que la teoría existencial es la teoría de duelo válida para aquellas épocas en las que todavía se sabía como olvidar a los propios muertos.

Efectivamente, si seguimos la teoría biológica o la teoría psicoanalítica cuando interpretamos los modos de afrontar la muerte de un ser querido, es decir, con teorías que no se plantean el problema del sentido de la vida, encontramos paradojas muy evidentes y elocuentes.

Muy sintéticamente, el hombre evocado por la teoría biológica del luto es un hombre que no puede olvidar, el hombre evocado por la teoría psicoanalítica es un hombre que no puede recordar.

El hombre biológico no puede olvidar porque en el duelo sustituye una unión puramente biológica, como si no se diera cuenta de que el tiempo pasa, como si supusiera un futuro ilimitado, como si viviera, igual que los animales, en un eterno presente sin historia, completamente identificado con el destino de la especie, sin la dualidad hombre especie que caracteriza específicamente el hombre frente a la muerte.

El hombre psicoanalítico, por otra parte, no puede recordar, porque no puede hacer pasar su pasado, puede únicamente hacerlo revivir. Puesto que el objeto de amor interiorizado no es un recuerdo sino una presencia, tener que hacerla revivir, quiere decir

⁷ En Campione (1990) Revista de Tanatología.

precisamente no poder colocar en el pasado lo que es pasado, sino hacer el pasado presente, quedarse en el pasado, edificar el presente sobre los muertos nunca muertos que se han interiorizado.

Y así, el hombre sin futuro ya no se sabe olvidar y por lo tanto ya no puede recordar, porque está en crisis su historia y el sentido de esta historia. Habría que conseguir olvidar, pero esto es un deber histórico y cultural fuera del alcance de la criatura indefensa que es el hombre biológicamente y del narciso que es psíquicamente.

No hay que concebir ésto como si se afirmara que el hombre debe olvidar a sus propios muertos, simplemente, el hombre debería ser capaz de poder olvidar a sus muertos, para que así ya no estén presentes y se puedan recordar, es decir, colocarlos en el pasado.

3.2.2 Duelo y crisis.- Generalidades

El duelo es el proceso a través del cual elaboramos las pérdidas de nuestras vidas. Freud afirma que el trabajo de duelo es difícil y lento que supone un proceso interno de abandono que es extremadamente doloroso y de progresión lenta como es el caso del duelo que vivimos después de la muerte, pero éste se puede adoptar de manera similar como respuesta a una ruptura matrimonial o a la pérdida de un amistad muy especial. El duelo es considerado también como cualquier dolor experimentado como soledad, aislamiento o desamparo, es así que desde el punto de vista psicológico puede existir duelo sin que exista una pérdida física de la vida, éste se da cuando hay una pérdida significativa de algo que provoca desasosiego al perderlo, hace sentir paralizados, muertos en vida o sufriendo sin sentido, y ésto precisamente es lo que se conoce como Crisis, pues se rompe el equilibrio entre las necesidades propias y lo que demandan las situaciones exteriores (hay una *desintegración*)

El pictograma chino menciona que la palabra "crisis", es la combinación de dos símbolos: el de peligro y el de oportunidad. Es decir, el peligro es a la vez una oportunidad porque nos exige cambios.

La manera en que asumimos y concluimos este duelo dependerá de lo que percibamos como pérdida de nuestra edad y de la de los seres queridos. Dependerá de lo

preparados que estemos, de la manera en que nuestros seres queridos sucumbieron a la muerte y de la fuerzas internas y de los apoyos exteriores y claro está dependerá también de nuestra historia pasada, de nuestra historia con la gente que murió y de nuestro propio amor y pérdida. Aunque una muerte esperada en el caso de las enfermedades mortales causa una impresión, ésta es más grande en el momento en que la enfermedad es diagnosticada, en donde a veces se puede sufrir de un duelo anticipatorio que será difícil aun cuando se esté preparado para ello, pues la muerte es uno de los fenómenos de la vida que se reconoce más con la mente que con el corazón.

El proceso de duelo puede llevar a identificaciones constructivas, pero generalmente tiene un desenlace negativo. Cuando muere un ser querido se puede enfrentar su muerte de dos formas: inhibirse para no enfrentarla o bien quedarse "atascado" en el proceso, volviéndose patológico, cuando no se puede o no se quiere desprender de él. Así pues, hay una preocupación obsesiva por la persona perdida, con intensas rabietas con una idealización de la relación perdida; o bien la momificación que es la costumbre de conservar todos los objetos que los muertos poseyeron una vez exactamente en el lugar o de la manera en que él o ella los había guardado. Pero independientemente que el dolor se exprese o no, la muerte puede traer consecuencias a largo plazo muy dañinas para la salud física y mental de los supervivientes ya que la pérdida por muerte es un elemento tensional muy importante por lo que tiende a incrementar el riesgo de enfermedades mentales y físicas; y aquellos que sufren las pérdidas sin el apoyo social tienden a sufrir más intensamente.⁸

3.3 ETAPAS DEL DUELO Y AFRONTAMIENTO

3.3.1 Etapas.- El tema de duelo, ha sido ampliamente estudiado e investigado por la escuela psicoanalítica desde Sigmund Freud, el cual escribió "duelo y melancolía"; sin embargo, ha sido el Dr. Karanagh, R. quien ha llegado a la conclusión de que existen siete etapas principales por las que atraviesa el proceso de duelo:

1) Impacto emocional

⁸ Viorst 1986. Pérdidas necesarias.

- 2) La Desorganización de sí mismo
- 3) El sentimiento de coraje
- 4) El sentimiento de culpa
- 5) La aceptación de la pérdida o experiencia de Soledad.
- 6) El alivio
- 7) El restablecimiento de sí mismo

1) Impacto Emocional.- Se da cuando la persona sabe que alguien muy próximo y querido ha muerto, o que sufre una enfermedad incurable o ha roto relaciones amorosas o amistosas ha desaparecido, o de algo significativo (mencionado anteriormente), como un buen empleo. En esta etapa se da la negación ya que la persona niega la realidad (¡no puede ser!).

Se manifiesta de diferentes formas, algunas personas, tendrán un comportamiento trágico, con explosiones de llanto, golpes, quiebran objetos, etc.; otras se aislarán y no querrán hablar con nadie, ni ver a nadie.

En esta etapa lo aconsejable es acompañar al paciente, escucharlo con afecto y cariño, permitiéndosele el contacto físico (abrazos. caricias etcétera.)

2) Desorganización de sí mismo.- Se llega a esta etapa cuando la persona se dice: ¡Es que no sé que hacer!, en esta etapa la persona dolida no está en condiciones de tomar decisiones importantes y hay que procurar que las posponga, ya que se presenta una falta de claridad sobre la realidad, muchas veces las emociones no responden a su voluntad, expresándose a través del llanto, la charla excesiva o la mudez.

3) Sentimiento de coraje.- la excesiva charla o llanto, que manifestaba el doliente en la etapa anterior se va tornando en enojo. Esta reacción de coraje empieza a sentirse cuando la herida emocional comienza a hundirse cada vez más y es entonces cuando el dolor se está sintiendo más profundamente, es común que en esta etapa la persona maldiga al doctor que atendió a su familiar, o se enfurezca consigo mismo o contra los objetos. El enojarse,

enfurecerse, es la sensación de injusticia en relación de otro con mi dolor; sin embargo en nuestra cultura el enojarse ante un pérdida significativa es reprimido, pues el coraje es uno de los papeles sociales para el que no estamos preparados, por lo que el coraje se encubre transformándose en ira reprimida, que se revela de diferentes maneras:

- descuido en el arreglo personal
- falta de iniciativa
- pérdida de la memoria
- hostilidad, indiferencia o ansiedad

En esta etapa el terapeuta no debe impedir el enojo, sino dejarlo e inclusive ayudarlo con técnicas para sacarlo.

4) Sentimiento de culpa.- El coraje deja de expresarse en la medida en que la persona racionaliza mejor su realidad (por ello es importante que la persona exteriorice su coraje), y empiece a experimentar la culpa. En esta etapa la persona comienza a recordar lo que le hizo o le dejó de hacer a la persona desaparecida. Lo que pasó o no pasó, idealiza lo pasado y lo trae al presente es por ello que se siente culpable, se siente responsable por los asuntos no terminados o por los errores que dice haber cometido en el pasado.

En este momento tan importante es cuando el doliente necesita escuchar de alguna persona significativa para él, una palabra reconfortante, una razón para perdonarse. Necesita el cariño de una persona que lo acepte, así culpable como se siente y que pueda perdonarse a sí mismo.

“Perdonarme a mí mismo”, resulta incomprensible esta frase, pues de acuerdo a nuestra cultura se nos educa para pedir perdón a otros o sean los otros los ofendidos, nada se dice acerca de perdonarse a sí mismo, y esto a su vez implica que al perdonarse uno mismo, perdone a los demás. Cuando me perdono a mi mismo puesto que yo me culpe, me libero de esa culpa.

5.- La aceptación de la pérdida o el sentimiento de soledad.- Es la etapa donde empieza la culminación del proceso de duelo, es entonces cuando más se necesita de una compañía significativa, pero ésto sucede generalmente cuando el doliente ha quedado solo, se da cuenta de que sólo sigue viviendo. Existen ocasiones en que esta valentía no aparece, pudiendo ocurrir dos consecuencias:

Se regresa a la etapa de culpa o enojo, o bien se intenta reemplazar y sustituir la pérdida, buscando otras expectativas, en los hijos, en el trabajo, en la escuela, etcétera.

6.- El alivio.- La sensación de alivio se siente ambivalente o contradictoria, es necesario darse cuenta que esta sensación de alivio es consecuencia de la valentía afrontada en la etapa anterior, es valorarse a sí mismo, reconocer que necesito de los demás pero que no me identifico con nadie, que reconozco que los otros vienen y se van, que los sucesos comienzan a darse y dejan de serlo, que soy el mismo que se encariña y se desencariña. De esta forma casi paulatinamente y sin sentir se comienza la persona a restablecer.

7.- El restablecimiento de sí mismo.- la reintegración de la persona se va dando poco a poco en la medida en que la culpabilidad se va esfumando, se vuelve a gozar . El restablecimiento se da por la persona misma, aunque es reconfortante la presencia de un amigo o consejero como punto de apoyo con la realidad.

3.3.2 Formas de afrontar el duelo

La importancia que tiene la esperanza para el hombre es algo sumamente conocido, tanto por los laicos, como por los profesionales de la salud. Todos lo sabemos para poder vivir realmente, y no sólo existir, el humano necesita de esta virtud que es, más que nada, una condición necesaria. Menninger, Littman, Kübler-Ross, entre otros muchos autores, han

desarrollado esta idea⁹ como parte de toda una teoría: al enfermo terminal debemos darle siempre una esperanza real, lo mismo que el anciano, y se ha comprobado que el que tiene ideación suicida prefiere cambiar su estado de desesperanza absoluta a fabricarse su propia muerte. La depresión profunda tiene como posible causa y como seguro efecto psicológico, la más terrible, la más dolorosa y la más angustiante desesperanza.

1. Psicoterapia.- La psicoterapia con enfermos terminales es diferente a la terapia con no terminales. La interacción debe ser distinta a cualquier otro intercambio terapéutico. El periodo que existe entre el diagnóstico final y el momento de la muerte produce, con frecuencia, serias crisis, muy importantes, tanto en el enfermo como en los familiares y en varios de los profesionistas involucrados. Afloran problemas del pasado que activan, a su vez, problemas de dependencia, pasividad, narcisismo e identidad, para nombrar unos cuantos. Aparece la angustia que envuelve cuidadosamente diferentes miedos: miedo a lo desconocido, a la destrucción, a perder el cuerpo, miedo al dolor, miedo a la soledad, miedo a perder el autocontrol, miedo a morir sin haber resuelto los problemas no acabados, miedo a morir sin dignidad, etcétera. El enfermo, aunque tratemos de ocultarle el nombre de su enfermedad o la gravedad de su situación, sabe que va a morir, incluso si es niño. Al enfermo terminal debemos decirle la verdad: se lucha mejor por una parte. si se conoce bien tanto el campo de batalla como al enemigo, si el enfermo reconoce que se le trata como a un amigo, si se le da el respeto que merece como la persona que es; y el moribundo seguirá siendo persona por moribundo que esté.

El enfermo terminal tiene derecho a ser tratado con verdad y debe tratarse con un auténtico amor. El cuidado amoroso será lo que le llene de verdadera esperanza, que haga desaparecer los miedos del enfermo y le dé un sentido a su vida, y lo lleve a una muerte digna: con aceptación y con paz.

2.- La espiritualidad.- no se puede hablar tanatológicamente si se ignora la fuerza y la ayuda única que brinda la auténtica espiritualidad. Una de estas es la espiritualidad cristiana en donde la realidad histórica, concreta y precisa de la promesa de Dios pregonada y garantizada a plenitud en la resurrección de Cristo, Jesucristo es la esperanza, los creyentes

⁹ Reyes Z. 1990 Revista de Tanatología.

tienen la confirmación de que la muerte no es la última palabra de Dios sobre la vida del hombre; la familia humana está llamada a estar con Cristo, a vivir con él, a ser semejantes a Dios.

De lo descrito hasta aquí se pueden hacer las siguientes reflexiones:

- Dentro de la psicoterapia a pacientes terminales debe existir una relación de confianza y de amor incondicional por parte del terapeuta, médico, sacerdote, enfermera, psicoterapeuta, familiar, etcétera.
- La motivación que se brinda al enfermo debe ser mediante la elección de las metas factibles. De otra manera, vivirá sólo en angustia y depresión.
- Humanamente se deben dar o proporcionar cambios de situación tanto de los problemas que afloran dentro de la situación así como de los miedos.
- El cuidado amoroso será lo que llene al enfermo -y a la familia- de verdadera esperanza. Esperanza que dará un sentido a la vida y un sentido a la muerte.
- La espiritualidad es importante dentro del apoyo al enfermo, pues para el cristiano, así como para otras religiones (budismo, judaísmo, islamismo) la vida no termina sino que se transforma en eternidad mediante la resurrección o reencarnación según el caso.

Es importante dar un auténtico apoyo al enfermo terminal y a su familia, mediante esto estaremos logrando el gran objetivo de la tanatología, ayudar a que el enfermo terminal goce de calidad de vida, a que el moribundo tenga una buena muerte, con dignidad, con aceptación, con paz, y a que los familiares gocen los últimos años, meses, días con su ser querido, y que luego puedan vivir plenamente, sin resignación pero con aceptación, a pesar de dicha muerte.

CAPITULO 4

EUTANASIA

4.1 ANTECEDENTES

Es importante señalar que el término eutanasia, (aunque no empleado como tal), ya era utilizado en la antigüedad, y la práctica de la misma ya se daba en esa época. A continuación se mencionan algunos conceptos, relacionados a la eutanasia, decretados por filósofos de distintas épocas; así como también las reformas establecidas actualmente en países desarrollados (como E.U.A), acerca de la legislación y práctica de la misma.

1.- GRECIA

Los griegos aceptaron el concepto de eutanasia que significaba buena (eu) muerte- (thanatos). En Oeos había una antigua costumbre que exigía a las personas que se suicidaran una vez cumplidos los sesenta años: ésta era una "práctica utilitaria".

Aristóteles y Platón apoyaron el infanticidio con el fin de asegurar la disponibilidad de mejores individuos para el Estado. En la obra "La República", Platón menospreció la idea de que los padres débiles engendran hijos débiles; después ideó un método eugenésico rudimentario, sobre el cual Sócrates le comentó a Glauco: "Los descendientes de seres inferiores o de seres superiores que sean deformes, serán enviados a un lugar secreto y misterioso, que es donde deben estar".

El Estado aprobó el suicidio en Grecia, donde no sólo se fomentaba sino que se respaldaba. En Atenas los magistrados disponían de veneno para aquellos que deseaban morir, lo único que se necesitaba era un permiso oficial:

"Quien no desee vivir debe exponer los motivos al senado y una vez que haya recibido el permiso puede quitarse la vida. Si la existencia te resulta odiosa, muere; si el destino te es adverso, bebe cicuta. Si

la pena te abrumba, abandona la vida. Dejad que el infeliz relate su desgracia, dejad que el magistrado le proporcione el remedio para que él mismo pueda ponerle fin."

Sócrates y Platón pensaban y afirmaban que una enfermedad dolorosa era una buena razón para dejar de vivir. Sócrates el cual ensalzó a Asclepio, Dios de la curación y la medicina por su conducta más humana y realista. Asclepio no hubiera pretendido curar cuerpos en los que la enfermedad hubiera hecho "profunda" mella: "No quería prolongar la vida que no servía para nada..." "Los médicos dejarán morir a aquellos que tengan el cuerpo enfermo y las almas corruptas e incurables pondrán fin a sus vidas"

2.- ROMA

En Roma la palabra eutanasia no se usaba para designar acciones de ayudar a morir, y se utilizaba como término al "felici vel honesta morte morir", sólo se pensaba en el suicidio irracional. Prevalecía la idea de que quien no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría a los demás por lo tanto se despreciaba al suicida sin causa aparente. Por otra parte se consideraba que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes. Se aceptaba pues el suicidio provocado por la "impaciencia del dolor de la enfermedad", ya que según se decía, se debía al "cansancio de la vida"... la locura, o el miedo al deshonor".

Para los romanos vivir noblemente significaba morir noblemente. Así pues, bajo el principado, a los aristócratas se les permitía suicidarse en lugar de ser ejecutados.

Séneca el estoíco escribió "Hay una gran diferencia entre un hombre que prolonga su vida o su muerte. Si el cuerpo ya no sirve para nada, ¿Por qué no debería liberarse al alma atormentada?. Quizá sería mejor hacerlo un poco antes, ya que cuando llegue ese momento es posible que no se pueda actuar.

En Roma la eutanasia neonatal estaba autorizada legalmente (*partus portentosus*): el padre podía matar en el acto de nacer, al hijo gravemente deforme. En el circo romano se decretaba la muerte de los heridos en los combates para evitarles una cruel agonía.

Refiriéndonos a Cicerón, él usaba la palabra eutanasia en el sentido de muerte honrosa y noble. Y decía "Lo que más me admiró fue que usaste estas palabras: 'Una buena cosa para ti, que hablas de una muerte noble' ¡Abandona la patria!."

3.- ESTADOS UNIDOS

Uno de los primeros textos legales concernientes a la eutanasia fue propuesto en Ohio en 1906, en el que declaraba que "toda persona afectada de una enfermedad incurable acompañada de grandes dolores, puede pedir la reunión de una comisión de cuatro personas, las cuales decidirán sobre la oportunidad de poner fin a esta vida dolorosa". El proyecto fue aceptado en la primera lectura; sin embargo, fue rechazado en la jurisdicción superior.

En el Proyecto de Nebraska en 1938 se definía a la eutanasia como "la terminación de la vida por medios indoloros con el objetivo de poner fin a los sufrimientos físicos", no se requería que la enfermedad fuera mortal.

En el Proyecto presentado en la Asamblea de Nueva York en 1947 dice: "Todo individuo sano de espíritu, no menor de 21 años, afectado por una enfermedad dolorosa incurable y que de acuerdo a los acontecimientos médicos no tenga esperanza de curación, es libre de hacerse administrar la eutanasia.

Hasta 1975 se habían presentado recientemente peticiones formales de legalización en 13 Estados de la Unión Americana: Iowa, Oregón, Pennsylvania, Virginia, Rhode Island, Massachussets, Maryland, Illinois, Idaho, Florida, Hawai, Delaware y Montana¹⁰

Así pues un año más tarde, en 1976, la petición fue aprobada sólo en California y en 1977 entra en vigor la Ley que da a los pacientes el derecho a morir con dignidad y en ellas se establecen las normas éticas y legales que deben aplicarse para dictaminar el desahucio.

Más de 1,800 personas, entre jóvenes y ancianos ya han solicitado formas impresas para formular su testamento viviente, por medio del cual se prohibirá la utilización de respiradores, aparatos de diálisis y de medios artificiales para mantenerles la vida al cabo del estado final de una enfermedad mortal.

4.2 CONCEPTOS GENERALES

La perspectiva médica acerca de la práctica de la eutanasia es de vital importancia, ya que de ella depende la elección de la misma, es necesario por lo tanto conocer el punto de vista médico en cuanto a la prolongación de la vida, y de calidad de la misma. Al igual que la medicina la doctrina jurídica también juega un papel muy importante en la decisión de practicar o no la eutanasia pues existen sanciones a ejecutar dependiendo de cada caso en particular.

1.- DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO

Muerte suave y sin dolor, que sobreviene como un sueño, se ha convertido en una especie de doctrina de algunos médicos modernos que sostienen el derecho de provocar la muerte para evitar los sufrimientos inútiles de un paciente, en el caso de las largas y atroces

¹⁰ Reyes Z.A. 1990 Eutanasia Vol 3, 1

agonías determinadas por un mal incurable. Más son los adversarios que los partidarios de esta doctrina y éstos sin acudir a la argumentación religiosa ya que sostienen que el progreso de la medicina hace cada vez más vaga la noción de "lo incurable" y además, siempre hay paliativas que suavizan la agonía.¹¹

A la eutanasia también se le ha dado el rubro de muerte con dignidad, ésto debido a que si se considera como vida jurídica la existencia de un ser o individuo con normas derechos y obligaciones y aparte como un ser que tiene que cumplir esas normas, derechos y obligaciones plenamente hablaríamos entonces de calidad de vida y en muchos pacientes con enfermedades terminales su calidad de vida es mínima; por eso en el orden legal tiene que existir una muerte con dignidad.

El Doctor Tristán Engehardt de la Universidad de Texas (1990) señala la necesidad de que se tipifique como delito, la conducta de un sujeto que dé muerte a los enfermos desahuciados y a todos aquellos cuya vida carece de valor.¹²

Algunos dejarían la decisión a un médico calificado, en tanto que la mayoría requiere el consentimiento del sujeto¹³ Sin embargo, existen casos de pacientes desahuciados, donde el consentimiento del sujeto hacia la práctica de la eutanasia no es posible pues no presentan un estado consciente.

De acuerdo a la consideración médica: *"debe quedar claro que la lucha de la medicina no es contra la muerte, es a favor de la vida, pero a una vida sana y plena, libre de enfermedades somáticas y psíquicas, vida útil constructiva basada en una escala de valores donde lo que se es, como ser humano, ocupa un sitio superior a lo que se posee. La vida fecunda se justifica a sí misma y se eleva por encima de su intrascendencia biológica y su insignificancia cósmica"*(Vargas, 1993, p. 50)

¹¹ Arzac P. 1990 Medicina y Eutanasia Vol 1. 6

¹² Arzac P. 1990 Medicina y Eutanasia Vol 2, 1

¹³ Fagothey .A. 1973

Con la cita anterior, podemos suponer que, las decisiones médicas concernientes a la prolongación de la vida, el derecho a morir y la eutanasia, están entre las decisiones más extensamente discutidas entre la medicina y el derecho.

Los médicos facultativos ponen su más alta valuación en información basada en la enfermedad como un fuerte determinante para sus decisiones, mientras que los estudiantes e internistas refieren factores de calidad de vida.¹⁴

El Dr. Jurgen Mollerin (1992), señala que la vida es un bien jurídico que deberá ser respetado íntegramente por lo que concluye que la eutanasia no es cuestión jurídica sino médica, por lo tanto el facultativo será quien determine la conducta a seguir en los casos que se presenten, siendo ésto totalmente ajeno al Derecho Penal. Sin embargo, para el Derecho Penal no pasaría desapercibida la conducta del médico, siendo imprescindible que tanto una como otra disciplina determine los criterios para dar las bases y soluciones en casos concretos.

Social y legalmente las sombras grises entre el sostenimiento de la vida han dejado a los médicos sin líneas de seguimiento para aplicar o no la eutanasia. La educación médica ética debería basarse en la enseñanza de casos, y en reducir la incertidumbre de las personas que se encuentran al lado de la cama del moribundo.

2.- DESDE EL PUNTO DE VISTA DOCTRINAL.

Las soluciones que proporcionan los juristas al homicidio-suicidio por móviles piadosos son bien variados, algunos pretenden que la punibilidad sea idéntica a la del homicidio riginario (es decir al homicidio de rutina) otros se inclinan por la atenuación; algunos otros por la absoluta impunidad.

Se reconoce que para que un homicidio pueda ser calificado de piadoso se requiere:

¹⁴ Hamond J.S., Revista Child 1992

- a) que el paciente reclame su muerte.
- b) que el padecimiento sea cruento, y profundamente doloroso
- c) que el padecimiento sea mortal, de los que no perdonan en breve plazo, y
- d) que el ejecutor mate exclusivamente con el propósito de abreviar el sufrimiento.

Pavón Vasconcelos Francisco en su obra "Lecciones de Derecho Penal" (1989), comenta que dentro del homicidio consentido cobra especial relevancia el caso de la eutanasia, o muerte procurada "para evitar sufrimientos irremediables en la víctima que está consciente y cuya vida no tenía posibilidades normales de salvación". En esta clase de homicidio tiene particularísima importancia el móvil de piedad"

Existen dos direcciones para el estudio de homicidio por piedad; la maximalista, que se refiere a la que aplica la pena máxima para el que ejecuta el homicidio; y la minimalista, que significa la ejecución mínima de la pena. La segunda es de Carlos Vinding y Hooken quienes dividen a las personas en tres grupos:

- 1.- Enfermos que tienen una pura vida vegetativa y para quienes la vida ha perdido todo interés
- 2.- Los que han caído en estado de inconsciencia o de coma
- 3.- Cuando han caído en estado de enfermedad en que es imposible recuperar la salud como los paralíticos.

Cabe mencionar que lo anterior no se encuentra legislado en nuestro Código Penal, y por lo tanto no es aplicable en México, por lo que también es importante que se lleve a cabo una legislación que comprenda los casos y tipos específicos que requieran de una práctica eutanásica.

4.3 CLASIFICACION

1.-VOLUNTARIA

La eutanasia voluntaria es aquella en la que el paciente solicita o consiente que se acabe con su sufrimiento, dándosele muerte; o bien que no se le prolongue la vida por medios artificiales.

Explica el Dr. Guillermo Uribe Cuella, la existencia de dos clases de eutanasia activa, y afirma lo siguiente: "No es admisible la eutanasia occisiva, es decir, aquella que se vale de medios o medicamentos que acabando con los dolores del enfermo, le abrevien la vida. En algunos casos en cambio, se puede aplicar la eutanasia lenitiva, o sea, la que sin restar duración a la vida del enfermo, le suprime los dolores privándole de sensibilidad y de la razón y hace que no se haga sentir la muerte cuando llegue."

2.- ACTIVA

Se ha tratado de fundamentar la prohibición de la eutanasia activa en el Juramento Hipocrático, el cual dice: "No accederé a pretensiones que se dirijan a la administración de venenos, ni induciré a nadie a sugerencias de tal especie; a cualquier casa que entre no llevaré otro objeto que el bien de los enfermos"

3.- OMISIVA

La eutanasia por omisión es aquella en que no se prestan los servicios médicos a una persona porque se considera que su enfermedad ya *no tiene posibilidades de mejora*, en esta eutanasia se deja morir al paciente, aunque al respecto hay que considerar que la utilización de medios mecánicos como pulmones y riñones artificiales, así como estimuladores cardíacos son importantes cuando se utilizan para superar una crisis.

4.4 INVESTIGACIONES RECIENTES ACERCA DE LA EUTANASIA

En Brasil¹⁵ se estudiaron los factores asociados con las actitudes positivas y negativas de doctores y abogados en torno a la eutanasia, se evaluaron con un cuestionario que presentaba tres preguntas que justificaban la eutanasia y 14 ítems sobre si debía practicarse o no la eutanasia. Los cuestionarios se les dieron a 92 hombres y mujeres de edades entre 20 a 69 años y los resultados fueron los siguientes:

- 93% están de acuerdo en la legalización de la eutanasia en indeterminadas circunstancias
- un 63% están de acuerdo en la legalización de la eutanasia en determinadas circunstancias.
- Se encontraron diferencias significativas en relación a la edad, sexo, estado civil, religión e ideología y política de los sujetos.

Un estudio llevado a cabo en suiza¹⁶ describe la eutanasia pediátrica, que es comúnmente practicada en recién nacidos, infantes y adolescentes, aunque no se conocen los números exactos. La eutanasia en Suiza es generalmente asumida para ser activa y voluntaria pero algunos casos de eutanasia pediátrica tendrían que ser caracterizados como no voluntarios.

Detrás del movimiento de la eutanasia y de la eutanasia pediátrica en Suiza está el genuino deseo compasivo de aliviar el dolor y el sufrimiento. En este estudio se repasa la experiencia Danesa con particular atención a la práctica común de la eutanasia en recién nacidos, niños y adolescentes. En la cual se discute la eutanasia pediátrica desde un punto de vista ético, sosteniendo que un control más efectivo del dolor y mejor manejo de los síntomas y de apoyo psicológico del moribundo y su familia aliviaría la percepción de sufrimiento, y reduciría la necesidad de recurrir a la eutanasia.

Se estudiaron las actitudes en torno a la eutanasia en varios adultos. Se utilizaron 193 humanos, hombres y mujeres de edades entre 18 y 76 años, con diferentes niveles de educación y afiliaciones religiosas que tuvieron contacto con parientes terminales. Las

¹⁵ Farias 1990 Archivos Brasileños de Psicología Vol. 42 (2)

actitudes en torno a la eutanasia fueron evaluadas con un cuestionario que representaba el caso de ocho historias de personas o enfermos terminales quienes ellos mismos o sus familias preguntaban al doctor si su familiar podía sanar, o si era mejor administrar una droga que acelerara su muerte, los resultados fueron a favor de la practica de la eutanasia.¹⁷

En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos de Norteamérica se encontró que en ese país es común detener la cirugía rutinaria y el cuidado médico de pacientes con Síndrome de Down, por lo que a un recién nacido con este síndrome y fistula gastroesofágica tenderá a morir más temprano a pesar de las apelaciones de la Suprema Corte de Indiana. Las personas que se oponen a la práctica de la eutanasia pasiva aducen que el síndrome de Down usualmente no interfiere con las relaciones y experiencias sociales que hacen la vida valiosa. Por otra parte es comprensible que un doctor quiera apoyar a los padres, quienes creen que su bienestar depende del sustentamiento continuo de su niño, sin embargo, estas actitudes tan comunes en la práctica suelen no ser apoyadas por las leyes y descansan en parte en la falsa acepción de que una familia que acepta a un niño con síndrome se verá afectada a la larga¹⁸

En Venezuela es discutido ampliamente en foros, y mesas redondas las disposiciones legales y éticas vigentes, relativas a la atención de los pacientes críticamente enfermos; el proceso de comunicación y de toma de decisiones en lo concerniente a la supresión o al no inicio de medidas terapéuticas; la práctica de la eutanasia y el testamento biológico¹⁹.

De acuerdo a las investigaciones que se han explicado brevemente podemos darnos cuenta que la práctica de la eutanasia es común en muchos países como en Dinamarca, Suiza, (países desarrollados). Por otra parte las investigaciones hechas en países latinoamericanos acerca de la eutanasia no han arrojado resultados a favor de la práctica de la misma por lo que ésta aún es ampliamente discutida. Es importante mencionar que

¹⁶ Orłowski. Revista Child 1992

¹⁷ Fariás 1990 Archivos Brasileños de Psicología Vol 2(2)

¹⁸ Fost N. 1982 Archivos de Medicina Interna

¹⁹ León N. 1986 Revista Venezolana de Medicina

en México no existen investigaciones acerca de la práctica de la eutanasia por lo cual no existe señalamiento a este respecto.

CAPITULO 5

TALLER DE DUELO

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se considera que la pérdida de un ser querido, trae como consecuencia un desequilibrio emocional, conductual, interpersonal, afectivo y laboral, impidiendo en algunas ocasiones la re-estructuración de la personalidad en las áreas antes mencionadas, ésto en relación con lo que cotidianamente y antes de la pérdida se le demanda tanto al paciente en estado crítico como a los familiares de éste.

La consecuente pérdida y el deterioro al que se expone la familia trae consigo una etapa de crisis, ésta se trabajó mediante la intervención de segundo orden basada en el modelo cognitivo conductual de Lazarus, R. (1980), para el enfrentamiento de las mismas

Es así que el presente trabajo tuvo como objetivos principales :

5.2 OBJETIVOS GENERALES :

5.2.1 Concientizar a la familia que el padecimiento de su familiar conlleva a un estado de crisis.

5.2.2 Hacer del conocimiento de los familiares que las crisis se pueden resolver mediante asesoría psicológica

5.2.3 Ayudar a que familiares de un paciente con enfermedad terminal, asuman la situación crítica que trae consigo el proceso y el curso del padecimiento de su familiar y a pesar de ello mejoren su disposición para enfrentar el futuro.

5.3.-METODOLOGIA

5.3.1 UNIDADES DE OBSERVACION (SUJETOS):

Cinco familias nucleares con un integrante que padeciera alguna enfermedad terminal, de los cuales 4 enfermos fueron de sexo masculino (1 sujeto fallecido hace 2 años) y 1 de sexo femenino.

Para el subsecuente análisis de los resultados se consideraron las siguientes características de los pacientes:

1. Edad del paciente : Se considera que la edad del paciente es muy importante para afrontar el duelo, ya que el dolor difiere cuando el paciente es joven o aun apto para desempeñarse laboralmente
- 2.- Años de padecimiento de la enfermedad, consideramos que un padecimiento largo trae como consecuencia un desgaste emocional mayor, donde éste es difícil de afrontar por parte del familiar y del mismo enfermo
- 3.- Curso de la enfermedad, existen enfermedades crónicas donde el curso del padecimiento es lento como las enfermedades renales, sin embargo hay enfermedades con un curso muy rápido del padecimiento como el SIDA y; dependiendo del curso del padecimiento del familiar y del paciente, éstos afrontan su enfermedad tranquila o desesperadamente.
- 4.- Grado de afectividad sentimental con el paciente, éste es de gran importancia ya que la unión afectiva-sentimental con el paciente dará como resultado la resolución rápida o tardía del duelo.
- 5.- Costo emocional de la familia: es de suponer que las fases de duelo por las que atraviesa la familia se pueden alargar indefinidamente lo cual provocaría problemas de índole orgánico que se traducirían en un costo emocional elevado.
- 6.- Costo económico de la familia o familiar, se sabe que un curso de padecimiento prolongado trae como consecuencia gastos elevados para el familiar muy difíciles de afrontar, principalmente en situaciones de crisis económicas como las actuales.

***Criterios de inclusión:**

Familiares:

- con residencia en la Cd. de México o área conurbada
- con un grado de afectividad medio o alto, ya que se consideró que estos familiares estuvieron más involucrados directamente con la problemática del enfermo terminal.
- mayores de 15 años, debido a la problemática abordada y a la toma de decisiones de los familiares.

Enfermos terminales:

- con padecimiento de enfermedad en estado crítico
- residencia en la Cd. De México o área conurbada

5.3.2 Materiales :

Para la realización del taller se requirieron rotafolios con frases y dibujos, se utilizaron hojas blancas, hojas impresas, lápices, bolígrafos, pizarrón, marcadores, tarjetas blancas 8X4, grabadoras, cassettes de música relajante

5.3.3 Escenario:

Aula Magna localizada en la Unidad de Medicina Interna del Hospital General Maximiliano Ruiz Castañeda, dependiente de la Secretaría de Salud, Municipio de Naucalpan en el Estado de México.(ver anexo No. 3)

5.3.4 Instrumentos :

Para la realización del taller se implementaron, seminarios y dinámicas (ver anexo No. 1), además de que se utilizó un cuestionario para obtener información sobre datos personales (ver anexo 2)

5.4 PROCEDIMIENTO:

Teniendo el proyecto de trabajo, éste se presentó ante el Subdirector del Hospital General de Naucalpan Maximiliano Ruiz Castañeda, dependiente de la Secretaría de Salud, posteriormente se contactó con el *Jefe de Medicina Interna* y después de llevar a cabo los trámites administrativos correspondientes (memorandum con copia del proyecto y objetivos a trabajar). La Jefatura recomendó atender principalmente a familiares de enfermos renales quienes desde su punto de vista son los más sufridos por el costo económico. Se realizó un recorrido por el área de medicina interna, teniendo acceso a los expedientes de los pacientes, para elegir la población a la que se le brindaría el servicio psicológico (taller de duelo).

En repetidas ocasiones la Jefatura de Medicina Interna manifestó un interés muy especial por el tipo de *servicio que se ofreció*, otorgándose las facilidades necesarias para la realización del mismo, así como el apoyo por parte de los directivos (personal médico y administrativo).

Para la realización del taller, se asignó el Aula de Medicina Interna, facilitando así la elaboración y aplicación de cada uno de los talleres.

Como requisito para ingresar al área de hospitalización fue necesario portar bata blanca e *identificación personal*; dentro de la revisión de expedientes de los internos hospitalizados se eligieron a aquellos pertenecientes a internos que padecían alguna enfermedad terminal, cabe señalar, que en su mayoría fueron enfermos renales, y hepáticos aunque también se encontraron casos de cáncer y sida entre otros.

Es así que después de la revisión de expedientes por un lapso de tres semanas, durante las cuales se comprobó la inestabilidad de la estancia de las pacientes, así como la desafortunada realidad de varias muertes, se inició directamente la *contactación de los familiares*, para lo cual se elaboraron rotafolios y propaganda que fueron colocados en las

áreas más visibles del hospital: área de medicina interna, área de trabajo social, área de visitas, etc. (Ver anexo No. 4); igualmente se externo verbalmente la invitación a todas aquellas personas y familiares que se encontraban en los horarios de visita a sus pacientes dentro del área de hospitalización, solicitándoles un momento de atención, en esta invitación al taller se incluyó una breve explicación de los objetivos y puntos a tratar en el mismo, haciéndose hincapié en los beneficios que ésta les traería . Se observó un gran interés por la temática abordada, así como la disponibilidad por parte de los familiares, pero desafortunadamente no en los recursos o el tiempo para asistir al taller, como se detallará más adelante.

RESULTADOS y DISCUSION

Dentro de la metodología originalmente se tenía pensado la asistencia de nueve familias nucleares con un miembro que padeciera alguna enfermedad terminal de los cuales tres serían de sexo femenino y tres de sexo masculino, sin embargo, por lo difícil de la *contactación en cuanto a las características de la población*, sólo se lograron contactar cinco familias con nueve personas en total de las cuales dos de ellas eran los pacientes hospitalizados. Todos los pacientes, cursaban con una enfermedad en estado crítico a *excepción de uno que falleció dos años atrás*.

A continuación se hace un análisis cualitativo de los resultados obtenidos, mediante la aplicación de los talleres correspondientes.

MUESTRA:

Familia 1:

Nombre: Irma Flogia Climaco
Edad: 40 años
Ocupación Hogar
Parentesco: Hija

Paciente

Nombre: Arturo Flogia Quiñones
Edad: 75 años
Ocupación: Obrero
Diagnóstico y Pronóstico: Enfermedad cardiaca, fallecimiento hace dos años
Tiempo de padecimiento: cuatro años

Familia 2

El mismo paciente, los otros integrantes de la familia no asistieron.

Paciente

Nombre: Francisco Javier Vázquez

Edad: 19 años

Ocupación: Comerciante

Diagnóstico y Pronóstico: Cirrosis hepática, con evolución y daño hepático severo

Tiempo de padecimiento: Estuvo internado hace 1 mes y posteriormente vuelve a ingresar, tiempo en el que se se realizó el taller, como antecedentes empezó ingesta de bebidas alcoholicas desde los 8 años de edad.

Familia 3:

Nombre: Cristina Labra Trejo

Edad: 38 años

Ocupación: Hogar

Parentesco: Esposa

Nombre: Laura Gabriela Hernández Labra

Edad: 15 años

Ocupación: Estudiante

Parentesco: hija

Nombre: Magdalena Labra Trejo

Edad: 19 años

Ocupación: Empleada de oficina

Parentesco: cuñada

Paciente

Nombre: Mario Hernández Osorio

Edad: 40 años

Ocupación: Albañil

Diagnóstico y pronóstico: Insuficiencia cardiaca, Diabetes Mellitus Tipo II descompensada, pronóstico desfavorable, debido a complicaciones posteriores por ambas enfermedades, cuidados intensivos y tratamiento farmacológico.

Familia 4:

Nombre: Cruz Romay Janet
 Edad: 19 años
 Ocupación: Estudiante
 Parentesco: nieta de la paciente

Nombre: Mercedes Romay B.
 Edad: 43 años
 Ocupación: Hogar
 Parentesco: hija de la paciente

Paciente:

Nombre: Blandina Barrios Rojas
 Edad: 66 años
 Ocupación: Hogar

Diagnóstico y Pronóstico: Se le practicó una colostomía, por tener hernia intestinal lo que trajo consigo problemas digestivos frecuentes, ha estado internada en varias ocasiones, el médico a diagnosticado probable cáncer de colon.

Familia 5:

Nombre: Félix Mendoza Luna
 Edad: 47 años
 Ocupación: Albañil
 Parentesco: Padre del paciente y estuvo presente en el taller el paciente

Paciente:

Nombre: Carlos Omar Méndez Terán
 Edad: 21 años
 Ocupación: Estudiante

Diagnóstico y Pronóstico: Pancreatitis, secundaria a intoxicación etílica, el médico internista prohibió ingesta de bebidas alcohólicas, ya que el páncreas presenta daño irreversible.

TALLER 1

Estuvo formado por dos personas cada una perteneciente a diferente familia

Sujeto 1: Nombre: Irma, edad 43 años, ocupación hogar (hija)

Paciente: Ernesto, tipo de enfermedad: insuficiencia cardíaca, falleció dos años atrás

Sujeto 2: Nombre Francisco Javier de 19 años padece de cirrosis alcohólica, debido a ingesta de alcohol desde los 11 años, estuvo internado en el hospital General de Naucalpan por descompensación hepática.

Sesión No. 1

Actividades:

I.- Posteriormente a la ficha de identificación (anexo No. 2), y al seminario sobre crisis y pérdidas (anexo No. 5), se discutió en mesa redonda las consecuencias que había traído consigo la enfermedad del familiar.

Irma: Consecuencias sociales.- falta de amistades, apatía

Consecuencias emocionales.- tristeza, desesperación

consecuencias físicas.- malestar generalizado en el cuerpo principalmente en el brazo izquierdo

Fco. Javier: Consecuencias emocionales: coraje y desesperación al analizar su proceder

Consecuencias físicas.- malestar propio de la enfermedad

II.- Se llevó a cabo una mesa redonda para exponer alternativas de solución a cada problema en particular aportados por cada integrante.

Irma.- en las consecuencias sociales explicó que sería necesario empezar a frecuentar antiguas amistades, integrarse a clubes sociales.

Fco. Javier.- mencionó que comenzaría a trabajar nuevamente y buscaría novia para casarse.

III.- Se les pidió redactar una carta del pesar (anexo No. 6), acerca de lo que estaban sintiendo o pasando por el momento y leerla.

Irma.- Comentó que la pérdida de su padre le ayudó a identificar otras pérdidas como el abandono en que la tiene su esposo y el rencor y coraje que sentía hacia él y por no saberla comprender.

Fco. Javier.- La pérdida de la salud le trajo consigo la reflexión acerca de que los problemas de los demás no deben de afectarle y buscar soluciones que le acarreen otros problemas como el alcoholismo

IV.- Relajación : Irma y Francisco se relajaron, sin embargo Irma alcanzó un estado de relajación más profunda que Francisco (reporte verbal individual)

Sesión 2

V.- Carta de contestación al pesar (anexo No. 6).

Irma.- Al leer la carta del pesar y contestarla se dio cuenta que quizás su esposo no sabe lo que a ella le ocurre, por lo que pide tiempo para poder comprenderse y solicita apoyo de sus hijos.

Francisco.- Mencionó que no permitirá a su pesar volver a caer en el alcoholismo por lo que aseguró instalarse nuevamente en su actividad laboral, buscando apoyo emocional.

VI.- Carta de despedida (anexo No. 7), en el que se hizo un enlistado de las cualidades y defectos del familiar enfermo

Irma: Resaltó defectos únicamente de su esposo al igual que Francisco quien resaltó sólo defectos.

Se comentó que los defectos no son las únicas características sino que también hay cualidades importantes que a veces se identifican con mayor dificultad.

VII.- Carta del perdón.(ver anexo No. 7), a familiares que no los hayan apoyado en el momento de la crisis.

Irma: perdonó a su marido por no saber comprenderla y escucharla

Francisco: perdonó a su madre por no darle cariño y comprensión y preocuparse más por su padrastro que por sus hermanos pequeños.

VIII.- Relajación dirigida e inducida (anexo No. 8): Irma y Francisco se relajaron e imaginaron lo que mencionaba el texto, Irma imaginó ver en el cofre una cruz, Francisco imaginó una luz (reporte verbal individual).

IX.- Despedida y Comentarios: Se resaltó la importancia acerca del conocimiento de sí mismo para el afrontamiento de las crisis, así como la importancia de dedicarse tiempo para relajarse y así ayudar a la toma de decisiones importantes

TALLER 2

A este taller asistieron las siguientes personas:

- Sra. Cristina Labra Trejo (esposa) 38 años
- Srita. Gabriela Laura Hernández Labra (hija) 15 años
- Srita. Magdalena Labra Trejo (cuñada) 19 años

El familiar paciente de nombre Mario Hernández Osorio cuenta con 40 años de edad, se dedica a la albañilería. Ingresó al hospital del día 16 de diciembre de 1996, a causa de

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

diabetes mellitus tipo II descompensada, teniendo antecedentes de paro cardíaco en dos ocasiones en ese mismo año (mayo).

Sesión I.

Se dio inicio al taller explicando el porqué del nombre y el objetivo principal del mismo, posteriormente se llevó a cabo una dinámica de presentación la cual consistió en mencionar cada uno su nombre y características personales.

A continuación se impartió un seminario acerca de las crisis y las pérdidas. Se analizó individualmente en forma verbal las pérdidas sufridas a lo largo de la vida.

Los datos mencionados fueron:

Cristina: "la enfermedad de mi esposo, en mayo sufrió un paro cardíaco y a causa de ello la familia se preocupó mucho"

Gabriela: "La enfermedad de mi papá me pone muy triste"

Magdalena "el rompimiento con mi novio me ha dejado muy triste y enojada por haber perdido el tiempo".

I.- Se discutió en mesa redonda las consecuencias acarreadas por la enfermedad de su familiar

Cristina: consecuencias emocionales, tristeza, desesperación
consecuencias económicas, gastos médicos

Laura: consecuencias emocionales, tristeza, angustia, desesperación
consecuencias sociales: no frecuente amistades

Magdalena: consecuencias emocionales: tristeza y desesperación.

II.- Se analizó de forma verbal las alternativas para cada una de las consecuencias, mencionando las siguientes:

- consecuencias emocionales: apoyo mutuo, informarse sobre la enfermedad de su familiar, ya que la angustia que siente, es por el desconocimiento de esta otra enfermedad de su esposo

- consecuencias económicas: Inicio de actividades remunerativas dentro del hogar

- consecuencias sociales: alternar las salidas del hogar

III.- Se llevó a cabo la redacción (en forma individual) de la carta del pesar, en donde cada uno mencionó lo que deseaba decir a ese sentimiento causado por la situación que estaban viviendo

1.-Cristina: Reportó preocupación por el padecimiento actual de su esposo ya que anteriormente había tenido el mismo sentimiento a causa del mal cardíaco y se sentía desconcertada por no saber que cuidados debería de tener con su esposo

2.- Laura escribió: "estos días me he sentido mal pues ya lo había pasado hace seis años, pero no lo había sentido igual que ahora pues ahora estoy más grande y me ponga a pensar más en lo que vaya a pasar más adelante"

3.- Magdalena escribió: "Me siento mal ya que mi cuñado es una buena persona y no merece que le pase esto, él es el apoyo de la familia, quisiera venirlo a ver, pero a veces por mi trabajo no puedo y se que está mal".

IV.- Para concluir la primera sesión, se llevó a cabo una técnica de relajación, al término de ésta se hicieron comentarios sobre la misma, en ésta las tres participantes dijeron que la relajación les ayudo y que se sentían mejor .

Sesión 2.

V. Se inició haciendo un recordatorio de la sesión anterior para proseguir con la carta de contestación al pesar, hecha anteriormente.

Las participantes mencionaron lo siguiente:

1. Cristina: "Mi preocupación principalmente se debe a que desconozco las cosas o cuidados que debo tener con mi esposo con esta nueva enfermedad, por lo que es importante informarme acerca de ella"

2.- Laura. "Debo calmarme y tranquilizarme para poder seguir en la escuela y ayudando a mi madre y hermanas y pensar positivamente en el momento de tener a mi padre, debo estar contenta para que él me vea así y no se angustie y preocupe".

3.- Magdalena: "Estar con mi hermana y sobrinas aunque sea poco tiempo, y ayudarlas es importante".

VI.- Carta de despedida: en ésta se les pidió anotar defectos y cualidades del familiar enfermo:

Nombre	Defectos	Cualidades
Cristina	"ya no quiere salir a ningún lado y hay ocasiones que se enoja de todo"	"buen esposo, buena gente, le gusta ayudar y es responsable"
Laura	"Se enoja a veces y no quiere salir"	"es relajiento, alegre, buen padre, te ayuda en lo que puede"
Magdalena	"no le gusta salir con nosotros, se aburre mucho y se cansa"	"bueno con su familia, buen padre, responsable, bueno conmigo y con todos los que le rodean, el no se merece estar así"

En esta actividad Cristina lloró (lo cual se le permitió llevarlo a cabo libremente), recordando las cualidades de su esposo, se les mencionó que lo importante era que habían salido cualidades más que defectos y estos últimos son propios de la enfermedad cardíaca como lo es, que el Sr. Mario no sale debido a que se cansa y no toma, evita salir para no ingerir alcohol en reuniones y fiestas, según versión de la propia familia”.

VII.- Se prosiguió a hacer una carta de perdón a familiares, a todos aquellos que no los apoyaron en el transcurso de la enfermedad de su familiar:

- Cristina “estoy molesta con la familia de mi esposo pues el los ha ayudado siempre y nunca vienen a verlo ni se preocupan por él, pero bueno esto no debe de importarme porque lo que yo debo es estar con él, pues el es mi esposo y el papá de mis hijas y si nosotras estamos juntas lo demás no interesa”.

- Laura: “Te disculpo a ti Hector (tío, hermano de mi mamá), por ser grosero y no comprender a mi papá ni a mi familia, pues sé que yo también veces provocho que me regañes y te enojas conmigo, creo que debemos de llevarnos mejor para seguir siendo una familia.”

- Magdalena “Disculpo a mis hermanos por no venir a ver a mi cuñado pues él siempre los ha ayudado cuando lo necesitan y ahora que él los necesita ellos no vienen, pero después de todo cada quien tiene otras ocupaciones como yo que tampoco puede venir seguido a verlo”.

* Se resaltó que lo importante de esta carta es reconocer que tenemos malestar hacia otras personas que no están con nosotros en el momento en que creemos necesitarlas, pero que las cartas de perdón aunque en este momento no sean reales, pueden ayudarles e inducirles a perdonar realmente al familiar con el que se encuentran a disgusto.

VIII.- *Relajación Dirigida*.- se les pidió que cerrarían los ojos e imaginarán lo que el moderador iba leyendo, se hizo con luz tenue y música de fondo, por lo observado por el moderador de esta sesión, Cristina y Magdalena se relajaron más rápidamente, Laura tardó un poco más pero al final también se relajó.

IX.- *Despedida y Comentarios*: En círculo y tomados de las manos, Cristina comentó que le dio mucho gusto estar en el taller y agradeció nuestra disposición y ayuda, reportó sentirse más tranquila, y menos angustiada, según sus propias palabras. Laura dijo que se iba con un peso menos de encima y mucho más tranquila. Magdalena se sentía a gusto y mucho mejor con la intervención mencionó que deberían existir más talleres de este tipo.

Se agradeció a las personas su colaboración y se les comentó que estas sesiones habían tenido como finalidad mejorar la comprensión sobre lo que les está ocurriendo, se les sugirió que de considerarlo necesario ahondar en las problemáticas en las que no se profundizaron por cuestión de tiempo, podían acudir a una consulta externa de psicología, dentro del mismo hospital.

TALLER 3

Estuvo formado por cuatro personas:

Cruz Romay Janet (nieta), soltera estudiante de 19 años

Mercedes Romay B. (hija), casada, se dedica al hogar de 43 años

Paciente:

Blandina Barrios Rojas, viuda dedicada al hogar con 66 años de edad, empezó con un padecimiento digestivo por lo que se le practicó una colostomía por tener hernia intestinal, lo que le trajo consigo problemas digestivos frecuentes a partir del 28 de agosto de 1996, ha estado internada y desde esa fecha hasta el 14 de enero del año en curso se le han practicado

4 operaciones para corregir el daño intestinal. La valoración médica ha detectado probable cáncer de colón.

Méndez Terán Carlos Omar, (paciente-enfermo), estudiante de 21 años, ingresó al hospital el día 2 de enero del año en curso, por pancreatitis ocasionada por ingestión alcohólica, la cual empezó a partir de los 12 años, esta es la segunda ocasión que es hospitalizado por la misma causa, el médico comentó que el páncreas se encuentra muy afectado por lo cual tiene prohibido seguir ingiriendo bebidas alcohólicas.

Félix Méndez Luna (padre del enfermo), de oficio albañil de 47 años, casado.

Las cuatro personas se presentaron dando sus características generales:

Felix: "Tengo un carácter muy fuerte y muy estricto, me gusta que se hagan las cosas bien y como yo digo".

Carlos Omar: "También tengo un carácter muy fuerte, pero a veces tengo sentido del humor, y me gusta tener amigos".

Mercedes: "soy un persona muy sensible me pongo triste por cualquier cosa, pero cuando me enojo también tengo un carácter muy fuerte".

Janet: "soy muy sensible y llorona, y me gusta mucho la comida, como de todo".

"

Una vez hecha la presentación, se impartió el seminario sobre crisis, para que posteriormente los integrantes de este taller comentaran acerca de las pérdidas que hubiesen tenido hasta el momento.

- Félix: "la pérdida de mi hija me enojó bastante porque el médico fue el responsable de ella, por su negligencia y falta de profesionalismo la dejó morir, actualmente no le tengo confianza a ningún médico, también el desempleo tan frecuente en mi oficio me angustia y me pone de mal humor muy enojado e irritable".

- Carlos Omar: "En este momento me siento como desesperado al ver que la enfermedad que tenía ha regresado con mayor efecto . Actualmente me encuentro con las ideas desordenadas, debido a que todo lo que en un momento pensé no encuentra un orden lógico". También mencionó que las pérdidas de su abuela y hermana le provocaron tristeza y el descontrol al ingresar a la universidad.

- Mercedes: "en un principio me sentía muy angustiada y muy desesperada, pero ahora después de tantas hospitalizaciones he pensado que tengo que salir adelante como sea".

- Janet: "al principio de la enfermedad de mi abuela me sentía muy triste y un poco confusa al no saber qué hacer ni cómo actuar, al saber que ya se encuentra mejor me siento un poco mejor y más tranquila, pienso que todo es decisión de Dios".

I.- Después de lo anterior se continuó a enlistar cada uno las consecuencias que había traído la enfermedad de su familiar y en el caso de Omar su propia enfermedad.

I Félix:

- consecuencias emocionales: tristeza y decepción de su hijo de no cuidarse y no entender los riesgos que corre al seguir tomando ya que después de la muerte de su hija Omar es el único hijo que tiene y quiere lo mejor para él.

- consecuencias económicas: menciona que le es muy difícil sobrellevar el problema del desempleo ya que esto le provocó estados de mal humor y se molesta, aunque las reacciones ante el enojo son tratar de controlarlo y nunca lo expresa: "me salgo a dar un paseo hasta que se me baja el coraje, ya que se me bajó regreso a mi casa como si nada" sic.

2.- Omar:

- consecuencias físicas: "me siento muy cansado y fatigado las ideas me dan vueltas y se me hacen muy confusas".

-consecuencias sociales: "como he decidido no tomar ya no puedo asistir al grupo con el que convivía frecuentemente y me he alejado de ellos, me siento incómodo por esta situación".

- consecuencias económicas: con la enfermedad descuido mi trabajo y ahora tengo mucho trabajo rezagado (me dedico a componer aparatos biomédicos) y no tengo dinero, ya que yo me pago mis estudios"

3.- Mercedes:

- consecuencias económicas: como pagar tantas intervenciones y hospitalizaciones de mi madre

- consecuencias emocionales: tristeza y desesperación que me atacan luego

4.- Janet:

- consecuencias emocionales: angustia que me alteran el carácter veces estoy muy triste y veces me enojo de cualquier cosa.

II.- Se analizaron posteriormente las alternativas que existía para cada consecuencias en particular propuestas por los mismos integrantes del taller:

I Félix:

- consecuencias emocionales: la comunicación es importante para poder continuar, se comentó y sugirió que la alternativa de solución al salirse de su casa cuando tiene un problema no es una solución viable ya que no a traído buenos resultados, entonces es necesario que se comunique más con su hijo y hablen tranquilamente exponiendo cada uno sus puntos de vista.

- consecuencias económicas: lo importante es no desesperarse aunque es difícil, sin embargo, si se toman las cosas con tranquilidad sin enojarse podrá ésto traerle mejores resultados, a esa conclusión llegó él con la ayuda de las moderadoras del taller.

2.- Omar:

- consecuencias físicas: seguir el tratamiento con el médico, se aconsejó asistir a Alcohólicos Anónimos u otras terapias grupales que le ayudaría a dejar de beber, él mencionó que de no poder controlarse el sólo quizá busque ayuda en aquellos centros.

- consecuencias sociales: en este rubro él comentó que dejó de asistir con sus amigos, pero ésto no le dio tampoco buenos resultados, por lo que debe de ingresar nuevamente a su grupo, preguntó cómo podría estar con su grupo sin sentirse mal por lo que le dirían cuando le invitaran una copa. Al respecto se le mencionó que debía tratar de ser asertivo a la hora de que le ofrezcan de beber y que esta aserción se da gradualmente (se le explicó qué es la asertividad y lo primordial que debe hacer como saber decir no y exponer sus razones libremente, mientras no perjudique a terceras personas)

- consecuencias emocionales: entablar mayor comunicación con su papá

3.- Mercedes y Janet, hicieron sus alternativas de solución conjuntamente y mencionaron que la unión familiar que tienen ha sido muy importante para poder continuar con la situación de su familiar, entre ellas reflexionan, platican y se dan apoyo.

III.- Se les pidió que redactarán una carta del pesar donde expusieran su sentimiento acerca de la situación por la que estaban pasando.

1.-Félix: "me duele y me molesta estar en esta situación tan difícil en la que no hemos podido encontrar una solución".

2.- Omar: "Yo creo que los pesares no son más que el resultado de todo una serie de operaciones que si se hacen bien no sobra nada y no se carga nada, pero de lo contrario se llevaría una gran carga ya que el resultado o la cantidad que sobre se va acumulando, pero aun así quisiera decir a esa carga que me hace la vida más pesada y sinuosa y cada vez más oscura pero a pesar de todo mantendré una luz muy lejos para poder llegar ¿a donde? no se, pero una cosa de lo que estoy seguro es de que por muy pesada que sea o muy oscura que esté, no me detendré y caminaré."

3.- Mercedes: "yo soy el pesar, pues bien quiero que sepas que no todo es dulzura, la vida es así tiene altas y bajas cosas buenas y cosas malas, pero también quiero decirte que siembras cosas buenas si quieres cosechar cosas buenas, trata bien a los demás si quieres que te traten bien."

4.- Janet: "Pesar ¿sabes? me llenas de confusiones son tantas cosas las que pasan por mi mente que realmente no se que hacer, siento miedo, dolor, tristeza y muy pocas veces me siento bien, quisiera poder saber qué es lo que pasa en mi interior, por qué estas reacciones, por qué pasan las cosas, por que estoy aquí. Lo único que pido es tranquilidad y poder tomar las cosas que suceden sin miedo"

IV.- Posterior a esta dinámica se realizó la relajación con fondo musical, en esta Janet y Mercedes se relajaron pero Félix y Omar no lo hicieron, estos últimos comentaron que, Felix se relaja con otro tipo de música y Omar le cuesta mucho trabajo relajarse. Se les aconsejó que practicasen esta sesión de relajación antes de dormir todos los días para que después puedan tomar un poco de tiempo y relajarse en otras ocasiones. Se les agradeció su asistencia y se les pidió regresar al siguiente día para terminar el taller.

Sesión No. 2

V. Después de un breve repaso de la sesión anterior se inició ésta pidiéndoles que escribieran una carta de contestación a su pesar:

1.- Félix: no quiso hacer la carta de contestación y dijo que él necesitaba hacer otro tipo de dinámicas, de una manera "más fuerte", donde le especificaran lo que está bien y lo que está mal. Las moderadoras del taller refirieron que estas dinámicas servían para mejorar el conocimiento de sí mismo, pero no se le obligó a escribir la carta.

2.- Omar, escribió: "Qué podría decirte yo como pesar, como resultado, como algo dependiente el cual sólo será el reflejo de tus actos, pienso que quien se tendría que iluminar el camino y no hacer lo más oscuro serías tu mismo, trata de que esa luz que mantengas a lo lejos no sea una simple lucecilla o punto blanco en la oscuridad sino todo un umbral que no sólo te de ánimo sino que quieras o desees llegar a ese lugar."

3.- Mercedes: "Hoy quiero decirte que he aprendido que la vida sólo es un sueño que pasa y que las cosas que nos suceden a diario nos enseñan a valorar todo lo que tenemos y dar gracias a Dios por permitirnos superarlas."

4.- Janet: "empezar a tratar de reorganizar mi mente y aceptar las cosas tal cual son, luchar contra ese miedo, dolor y tristeza y pedirle a Dios que me de fuerza para salir adelante y poder encontrar mi yo interior ya que él es el único que me da confianza".

* Se agradecieron las cartas y se les felicitó por ser contestaciones sinceras.

VI.- Carta de despedida, se les pidió que anotaran defectos y cualidades de su familiar .

NOMBRE	DEFECTOS	CUALIDADES
Félix (listado de las características de su hijo)	flojo, egoísta, irresponsable,	ninguna
Omar (listado de las características de su padre)	egoísta, incomprensivo, testarudo, siempre cree tener la razón y no es así, grosero y ofensivo	ninguna
Mercedes	carácter fuerte	buena madre, comprensiva, alegre, siempre dispuesta a ayudar
Janet	"lo único que tiene es un carácter muy fuerte"	"pero es muy buena abuela, buena onda, me comprende y me ayuda cuando la necesito, y la quiero mucho"

En esta dinámica Janet lloró al mencionar las cualidades de su abuela, ya que tiene un lazo filial muy fuerte hacia ella, en cambio Omar y su padre Félix estuvieron recalcando continuamente los defectos de ambos sin darse oportunidad de reconocer las cualidades que tienen, de ahí se partió para hacer una dinámica sencilla llamada el limonero (anexo 9), cada quien tomó un limón y después estos se revolvieron y se le pidió a cada integrante que reconociera su limón, todos reconocieron al limón que tenían de acuerdo a los defectos superficiales, por lo que se dio pie a resaltar que veces sólo reconocemos los defectos de la gente porque son los más notorios, pero que sin embargo el limón como la gente tienen cualidades, ya sea su sabor, color, jugosidad en el caso del primero y muchas cualidades que no han identificado entre sí (especialmente Omar y Félix).

VII.- La carta de perdón hacia familiares no se llevó a cabo por cuestión de tiempo, ya que los participantes no podían continuar, por lo que se pasó a la relajación dirigida.

VIII.- En la relajación dirigida con texto y música de fondo Omar y Félix lograron relajarse un poco más, Mercedes y Janet, lo hicieron rápidamente, estaban relajadas sin tensión.

IX.- Despedida: En círculo y todos tomados de las manos agarradas entre si los participantes mencionaron lo que les gusto del taller.

- Félix dio las gracias por esta labor y pidió una sugerencia para poder continuar con pláticas de este tipo por lo que se canalizó al Centro de Atención psicológica del hospital

- Omar, agradeció las pláticas y dijo que éstas le habían ayudado a entenderse mejor a si mismo

- Mercedes dijo que estas dos sesiones le sirvieron de mucho, para reconocer mejor su situación ante la enfermedad de su madre

- Janet comentó que con estas sesiones se sintió mucho mejor y que el llorar le ayudó a desahogarse, se le recordó que el llorar es algo benéfico y que en el momento que sienta ganas de llorar lo haga y eso le hará sentirse mejor, como ella misma lo experimentó en ese momento.

En la *realización de los talleres* se obtuvo información importante respecto al proceso de duelo. Entre ésta se encuentra:

1. La ficha de identificación permitió establecer rapport inicial además de obtener los datos generales de cada uno de los participantes con los que se trabajó en el taller.
2. En el seminario de crisis y pérdidas se aportó información general acerca del concepto de crisis, tipos, formas de resolución de los mismos, con la finalidad de concientizar a los integrantes acerca de la situación por la que estaban pasando en ese momento.
3. En lo que se refiere a las consecuencias y alternativas se exploraron de forma individual éstas, así como los recursos con los que contaba cada participante. Encontrándose en orden de importancia:
 - emocionales: tristeza, angustia, desconcierto, soledad, desesperación
 - económicas: gastos médicos, descuido laboral
 - físicas: agotamiento, agobio y falta de apetito
 - sociales: aislamiento y retraimiento.

En los que se refiere a las alternativas de solución a las consecuencias mencionadas anteriormente los integrantes del taller coincidieron en reconocer la importancia del apoyo psicológico como el brindado a lo largo del taller:

4. El Pesar I. sirvió para identificar los aspectos emocionales más sobresalientes en cada uno de los participantes como forma de reafirmar que el afrontamiento del duelo es distinto en cada una de las personas.
5. Relajación.- Se proporcionó como alternativa terapéutica, enfatizando los beneficios de ésta, llevándose a cabo en forma práctica, observándose los beneficios que ésta aportó al estado emocional del individuo. Lo anterior se constató mediante el reporte verbal de cada participante quienes mencionaron

sentirse más tranquilos y con mayor disponibilidad para afrontar la situación; cabe señalar que los sujetos femeninos alcanzaron mayor grado de relajación en comparación con los sujetos masculinos, lo cual se debió principalmente al mejor seguimiento de instrucciones.

6. Pesar II.- Se reportaron alternativas para afrontar el proceso de duelo, mediante el reconocimiento individual de los recursos con los que cada integrante contaba.
7. Actitud hacia los demás.- se exploraron sentimientos negativos (expresados como enojo, ira, descontento), hacia otros familiares o participantes en el curso del padecimiento del familiar, para posteriormente reconocer que aquellos interfieren en el proceso y resolución del duelo.
8. Relajación.- Se combinó la alternativa de relajación con imaginería incluyendo el contacto físico(tacto)
9. Carta de despedida.- mediante ésta se llegó al reconocimiento de cualidades y defectos de los familiares enfermos.
10. El limonero.- Dinámica empleada para reforzar el reconocimiento de las cualidades y defectos de los familiares los cuales son difíciles de resaltar ante una problemática de esta índole. En lo que se refiere al listado de defectos y cualidades del paciente, se encontró una clara tendencia hacia lo positivo del familiar cuando la gravedad del mismo es más evidente para los familiares.
11. Cierre.- Se cuestionó a los participantes a cerca de las expectativas y sugerencias del taller a cada uno de ellos, agradeciendo su disposición al mismo.

De acuerdo a los datos obtenidos mediante la realización de los talleres y considerando las características de los pacientes mencionadas en el planteamiento del problema, se hace el siguiente análisis:

- A) La edad del paciente sí influye en el afrontamiento del duelo, puesto que la condición y calidad de vida, así como las expectativas depositadas en el sujeto difieren de acuerdo a la edad, ya que la vida sigue un curso esperado conduciendo

a un sentido de tiempo "apropiado" para morir, existen muertes intempestivas que violan las expectativas individuales de supervivencia como las muerte prematura de un recién nacido, muerte en edad madura. Se entiende que las muertes adecuadas y oportunas (de acuerdo al promedio de vida) conducen a un proceso de duelo natural de resolución más fácil de tomar. En lo que respecta al taller, lo anterior se corroboró ya que los participantes del taller pertenecientes a la Familia No. 5 mostraron un actitud de aceptación hacia el pronóstico dado para su familiar, por ser éste de la tercera edad. Contrariamente los integrantes de la Familia No. 3 se mostraron reacios ante la enfermedad de su familiar quien vive la segunda etapa de la vida(madurez).

- B) El tipo y curso de la enfermedad es decisivo en el proceso de duelo, debido a que las enfermedades crónicas de padecimiento lento permiten una asimilación durante el tiempo de desarrollo de la misma, contrariamente a aquellas enfermedades de curso rápido, como las muertes prematuras, inesperadas o trágicas, en donde el duelo tiene el potencial para tomar una proporción de crisis. Esto fue denotado claramente en los participantes de la familia 5 en donde su familiar había pasado por todo un tratamiento médico más prolongado, lo cual les facilitó seguir el proceso de duelo, que aquellos familiares (los restantes) en donde la enfermedad había sido repentina y no les había permitido asimilar aun la enfermedad de su familiar.
- C) El tiempo de padecimiento de las enfermedades, es relevante por el costo emocional y económico, pues generalmente aquellas enfermedades de padecimiento prolongado implican un mayor costo económico por los recursos médicos (medicinas, hospitalización), así como la atención permanente de alguno o algunos miembros de la familia que en ocasiones llevan al abandono laboral, igualmente el tipo de enfermedad (cáncer, sida, tratamiento por diálisis) trae consigo tratamientos más costosos llegando a recurrir a medidas extremas (solicitud de préstamos, venta de propiedades etc.), desequilibrando considerablemente la economía familiar, trayendo a su vez consecuencias

emocionales debido a que el sufrimiento de los familiares se prolonga, existiendo desorganización tanto de la dinámica familiar como incapacidad para funcionar normalmente (alteraciones fisiológicas como insomnio, letargo, debilidad, adinamia). Lo anterior se pudo corroborar en las manifestaciones hechas por todos los participantes de los talleres.

- D) El grado de afectividad es importante en el proceso de duelo debido a que la enfermedad del paciente significa una pérdida mayor para el familiar con quien existe una estrecha unión, consecuentemente éste requiere de mayor esfuerzo y tiempo para la resolución del mismo. Esto se corroboró con los asistentes a los talleres, ya que todos mostraron un vínculo afectivo-sentimental muy estrecho con los pacientes.

Durante el desarrollo del presente taller se corroboraron las principales consecuencias de un estado de crisis:

Psicológicas:

- *Sentimientos: tristeza, angustia, desconcierto, soledad, desesperación.*
- *Conductuales: aislamiento, retraimiento, agobio.*
- *Cognitivas: pensamientos de angustia, impotencia ante su situación.*

Sociales:

- *Económicas: gastos médicos, abandono laboral.*
- *Laborales: descuido laboral.*
- *De interacción: aislamiento, retraimiento.*

Físicas:

- *Deterioro de la salud: insomnio, fatiga.*
- *Descuido de la alimentación: falta de apetito, pérdida de peso.*

Retomando la información teórica expuesta en el capítulo 1, la intervención en crisis de segundo orden consiste en cuatro tareas principales, éstas se llevaron a cabo en el presente taller mediante la implementación de las siguientes dinámicas.

Tarea 1.- Supervivencia física: se brindó a partir de la contactación en donde se les ofreció a la población externa, en especial a quella que tenía algún familiar en el área de medicina interna, mencionando los objetivos y beneficios del apoyo psicológico en la situación que en ese momento estaban viviendo (situación crítica).

A lo largo del desarrollo del taller se reiteró la importancia psicológica y los beneficios del mismo.

Tarea 2.- Expresión de sentimientos: Esta tarea se abordó al inicio de la sesión uno , a partir del seminario otorgado, se promovió el análisis de aquellas crisis experimentadas a lo largo del desarrollo individual, se promovió la reflexión, en cada participante, de los sentimientos más frecuentes que se manifestaban durante esa etapa; haciendo hincapié en que cada individuo manifiesta de una forma particular su pesar, siendo todos éstos válidos para el trabajo de duelo.

Con la dinámica "carta del pesar I", los familiares indicaron los sentimientos que les provocaban la enfermedad de su familiar.

En "la carta del pesar II" se facilitó a los participantes que "aligeraran" su carga emocional.

En la carta del perdón hacia los familiares se tuvo la oportunidad de reconocer que situaciones de esta índole provocan confusión y aislamiento que afectan las relaciones interpersonales.

Tarea 3.- Dominio cognoscitivo: Esta tarea se llevó a cabo en la dinámica "Phillips 6.6" (anexo 9) en la que se abordó el tema de consecuencias y alternativas del suceso de crisis, en donde los participantes de forma individual expresaron sus planes, expectativas e impacto, así como la manera en que se ven afectados por la enfermedad de su familiar.

Inicialmente se les proporcionó los elementos conceptuales que les permitió reconocer que la situación por la que atravesaban, formaba parte de la etapa del desarrollo y que como tal se debería enfrentar, se les explicó que la ayuda psicológica facilitaría dicho enfrentamiento. Posteriormente, mediante la conclusión de cada dinámica se promovió la reflexión y confrontación de la situación por la que cursaban en esos momentos, permitiendo con ello la re-elaboración de sus planes, proyectos y expectativas de vida, utilizando de manera favorable su experiencia crítica.

Tarea 4.- Adaptaciones conductuales/interpersonales. Para cubrir con el objeto de esta tarea se utilizó principalmente la dinámica "Phillips 6.6" en la que se manifestaron las consecuencias individuales de la crisis; se promovió la identificación de alternativas para la superación y/o resolución de las mismas, restableciendo de esta forma sus actitudes y relaciones sociales de una manera más adecuada a la que presentaban en un momento anterior a la crisis.

CONCLUSIONES

El duelo es un proceso psicológico que como tal se lleva a cabo, sin embargo, la forma en cómo se resuelva tendrá repercusiones importantes en el futuro de la o las personas que cursan con él, ya que como menciona Viorst (1986), éste puede llevar a identificaciones constructivas, pero generalmente tiene un desenlace negativo, ya que el individuo puede enfrentar este proceso y superarlo o bien quedarse atascado en él.

En el ámbito de salud mental el duelo desde el punto de vista biológico no ha tomado la suficiente importancia para tratarse en las zonas hospitalarias principalmente en países con una infraestructura económica como la nuestra; por lo que en la práctica de hospitalización las necesidades físicas del enfermo son descuidadas así como las necesidades sociales, emocionales y psicológicas de él ; siendo ignoradas en mucho mayor medida las necesidades de los familiares

El apoyo psicológico brindado en este taller les permitió a los familiares afrontar la pérdida y resolver adecuadamente este proceso, cubriendo con esto uno de los objetivos primordiales de este proyecto y remarcando la importancia que tuvo, trabajar con familiares de enfermos en etapa terminal, aplicando este taller desde una psicoterapia cognitiva-conductual propuesta por Slakieu (1988), mediante el afrontamiento y la toma de conciencia de las etapas por las que cursaba cada familiar y el enfermo dentro de su padecimiento; permitiéndoles con ello superar y resolver las pérdidas (de la salud, de la interacción familiar y de las expectativas con las que contaba la familia, en general, antes de la enfermedad de su familiar).

Por otra parte, y tomando en consideración que este apoyo psicológico brindado estuvo apoyado teóricamente en la intervención en crisis, dentro de la cual existen dos niveles a cubrir de acuerdo al tipo, tiempo y duración de la misma; utilizándose en este trabajo y dentro de este taller la intervención a nivel primario, llevado a cabo en aquellos

familiares que recibieron la noticia sobre el pronóstico de la enfermedad de su familiar e igualmente se intervino a un segundo nivel interactuando y trabajando con los familiares durante el curso del padecimiento de su familiar enfermo.

Ahora bien tomando en consideración el procedimiento, la contactación y la realización de este taller podemos hacer las siguientes reflexiones:

El gran número (si no es que el mayor porcentaje), de pacientes que en la práctica ingresan al hospital para ser atendidos por padecimientos renales son sometidos a tratamiento por diálisis y se les da de alta, es decir su estancia en el hospital es escasamente de uno a tres días, renovando su tratamiento cada 15 ó 30 días dependiendo la gravedad del caso, lo que desde el aspecto de la contactación esto la dificultó debido a la imposibilidad de contar con población interna de estancia duradera. De acuerdo a lo anterior se tuvieron que aplicar los talleres durante la estancia del paciente en el hospital, ya que al ser dados de alta difícilmente podrían haber sido contactados, dificultándose así su asistencia al mismo por lo retirado de sus hogares, del trabajo, y/o muchas otras circunstancias.

Otra cuestión muy importante fue el hecho de descubrir que contrariamente a lo que se había planteado, el mayor porcentaje de la población que asiste al hospital es de muy escasos recursos, lo que igualmente dificultó en un principio la aplicación del taller, pues éste fue elaborado mediante una serie de dinámicas que requerían tanto la lectura, la escritura, así como el manejo de una serie de términos técnicos los cuales difícilmente pudieron haber sido manejados con facilidad, dado que la población presentó un nivel socioeconómico y cultural bajo, con carencia de instrucción académica así como una marcada dificultad para expresarse verbalmente. Lo anterior llevó a re-elaborar el taller, utilizando dinámicas sin la necesidad de la lectura o escritura, simplificando de esta forma el lenguaje utilizado para los seminarios.

Un punto importante a considerar, dadas las características de la población, fue también la disponibilidad de tiempo, ya que generalmente los familiares que asistían a visitar a su paciente, lo hacían faltando a su trabajo, pidiendo permiso, o en algún momento muy breve del cual disponían en ese momento, como en el caso de las amas de casa, que dejaban encargados a sus hijos o asistían después de llevarlos a la escuela, etcétera. En general, se observó una gran variedad de circunstancias que impidieron contar con tiempo disponible por parte de los familiares.

En este cambio también se consideró el costo económico que representaba asistir al taller por un lapso de 4 ó 5 días; de igual manera se consideró la política del hospital en tanto que a los pacientes que se les pronosticaba un tiempo muy breve de vida, se les daba de alta para "bien morir en su casa", según palabras del Jefe del Area . Esta cuestión representó una disminución en la población que se pretendía atender, aunado a la estancia tan corta de los enfermos renales, mencionada anteriormente, lo cual *conflictuó enormemente* la formación de un grupo para iniciar el taller. Dada toda esta problemática ya expuesta se consideró hacer varios "minitalleres", recortando el tiempo de los mismos a 1 sesión por día con una duración de 4 horas por sesión, implementándose únicamente 2 sesiones y varios mini-talleres en turnos vespertino y matutino, sin embargo, con las consideraciones anteriores y el replanteamiento del taller la colaboración por parte de los familiares y la problemática inherente a los enfermos, sólo se aportó el beneficio de tres talleres con una participación escasa de parte de los interesados (familiares).

Conforme la estancia en el hospital aumentó el personal médico del área fue conociendo el trabajo y en varias ocasiones se solicitó a las asesoras del taller atender a pacientes que pasaban por una etapa de depresión muy fuerte, labor que se realizó de manera extraoficial con la colaboración del Jefe de Medicina interna y que, por no pertenecer al trabajo propio del taller, sólo se reporta de manera general.

Un aspecto de suma importancia observado a lo largo de la estancia en el hospital, y que corrobora el objetivo de este proyecto, es que existe una enorme necesidad de apoyo psicológico para las personas que están pasando por esta etapa (crisis por la enfermedad, o muerte de un familiar), sin embargo en muchas ocasiones la misma persona que necesita la ayuda no la reconoce o bien la relega ante otras necesidades más apremiantes tales como las alimentarias y el aporte de medicinas requeridas para el tratamiento del enfermo. Ante necesidades de esta índole el bienestar emocional se ve disminuido o incluso descartado dentro de sus prioridades. Lo mencionado hasta aquí apoya totalmente lo que plantea Slakieu (1988), en el libro de intervención en crisis, en donde manifiesta que en nuestros días la salud mental no ocupa un lugar primordial como necesidad básica sino que se relega a un segundo o inclusive un tercer plano, como si ésta fuese un artículo de lujo y la realidad es que si emocionalmente no se está sano, difícilmente se pueden superar otros aspectos de la vida del ser humano.

Es importante considerar para futuras investigaciones y proyectos similares al realizado aquí, la importancia que se le debe otorgar al reconocimiento del apoyo psicológico en el área de salud mental tanto en las instituciones hospitalarias, como en las clínicas de consulta externa y demás centros de salud.

Una vez hecho este reconocimiento sobre la necesidad de una intervención psicológica a este nivel, es necesario considerar igualmente que el tener acceso a recursos hospitalarios y a un estrecho contacto con otras unidades hospitalarias, para un mejor servicio del enfermo en etapa terminal, es primordial e igualmente se requiere de práctica hospitalaria de forma multidisciplinaria (maestros, enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicoterapeutas, consejeros espirituales, psicólogos clínicos y psiquiatras), donde tanto el enfermo como su familia deben formar parte de este equipo puesto que las necesidades de estos últimos son centrales en las decisiones a tomar dentro del mismo.

Se menciona, igualmente, también la importancia que tiene que esta atención multidisciplinaria no termine sólo con el fallecimiento del paciente, sino que existan disposiciones en cuanto al apoyo durante el duelo , en donde el apoyo profesional y voluntario es relevante, haciéndose necesario, que estos "asistentes" tengan una capacitación previa para asistir a los pacientes en agonía.

Por otra parte es factible considerar que exista la creación de centros educativos para adultos en donde las personas, en un ambiente propicio pudieran aprender sobre la muerte, siendo en este caso el sector importante, las escuelas en donde en vez de hacer de la muerte un tabú para los niños, los maestros les enseñasen acerca de este tema y les facilitasen para ser conscientes de los diferentes modos de experimentar el mundo y la extensión de este mundo en todo alrededor.

Reconocer que las disposiciones en cuanto a la difusión y aplicación sobre el tema de muerte, el trabajo de duelo y la intervención en crisis, se puede lograr mediante las sugerencias anteriores, es simplista y quizá poco viable dentro de un futuro inmediato, por lo que debemos empezar o continuar con trabajos de este tipo que vayan abriendo los espacios para una difusión a nivel institucional y comunitario, en el que exista una asociación hospital-universidad-voluntariado que trabaje conjuntamente, lo que reeditará en beneficio de la sociedad que lo requiera .

REFERENCIAS

- Acevedo, A. (1987). Aprender "1" . Dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría, México, D.F. :Limusa.
- Alatorre, J.R. (1994). Criterios para la elaboración de documentos psicológicos, México, D.F.: Centro de Documentacion UNAM.
- Angelo, F.D. (1990). Como sobrevivir a la pérdida de un amor, México, D.F.: Editorial Gante
- Arzac, P. Medicina y Eutanasia Revista de Tanatología , 2 (1) 1990.
- Bellack, L. (1993). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, México, D.F.: Manual Moderno
- Brazelton, B. T. (1991). Las crisis familiares y su superación, México, D.F.: Paidos
- Deits, B. (1992). Vivir después de la pérdida. México, D.F.: Diana
- Davidson, S. (1992). Agonía, Muerte y Duelo, México, D.F., : Manual Moderno.
- Drury, M.I. (1991). Diabetes Mellitus Medicina Panamericana, Madrid, España.
- Esper, R. J.; Massei, J.A. (1994). Medicina, Semiología, Patología Clínica, Buenos Aires Argentina: El ateneo.
- Fagothey, A. (1973), Etica, teoría y aplicación, México; Vida Interamericana, pp. 196, 197.
- Farias, Archivos Brasileños de Psicología, 2 (1) 1990.

- Fost N, (1982). *Eutanasia pasiva en pacientes con Síndrome de Down* Revista Arch. Inter. Med. 2295.
- Fuentenebro, F y Vázquez, C. (1984). Psicología médica, Psicopatología y Psiquiatría, Tratamiento psicológico y psicofarmacológico, Madrid, España, pp. 1155-1184
- Gomez del Campo Estrada, J. (1994). Intervención en las crisis: Manual para el entrenamiento, México, D.F.: Editores Plaza
- Hamond, J.S. *Actitudes de estudiantes de medicina, internos y médicos facultativos hacia la eutanasia, terminación del tratamiento del sostenimiento de la vida.* Revista Child Crit. Care Med. 1992.
- Harrison, T. R. (1989). Principios de Medicina Interna Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, México, D.F.: De. Mc. Graw - Hill Interamericana, pp. 1700 - 1740.
- Hollander, E. (1982). Principios y Métodos de Psicología social. Composición y adquisición de actitudes. Buenos Aires, México, pp. 124 - 139.
- Caruso, I. (1988). La separación de los amantes. una femonología de la muerte, México, D.F.: Siglo XXI editores.
- Kendall Ph. (1978). Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales 1978, México, D.F.: Noriega-Limusa.
- León, A. *Unidades de Cuidado Intensivo, aspectos ético-legales.* Revista Crit. Venezuela 1986
- León, A. *Testamento Biológico.* Revista Fundación José María 1987.
- Orlowsky, J.P. *Eutanasia pediátrica.* Revista Child . 1440 - 1446. 1992.
- Palacio, F. *El profesional en ciencias de la salud ante la muerte*, México, D.F.: Unimetro. 1985

Patterson Fysiotopatología "Desords Systems" . México, D.F.; Mc. Graw - Hil . 1990.

Pick S. (1992). Cómo Investigar en Psicología. México: Editorial Trillas.

Rios, R ; Cabrera, R. (1995). Antropología 'de la muerte, un acercamiento, México, Querétaro, Coedición U .A .Q., S.U.P.A.U.A.Q

Reyes Z. A. Revista de Tanatología Vol 3 tomo 1 1990.

Rodríguez, A. (1985) Psicología social. Concepto y actitud, México: Trillas, pp. 327 - 339

Segre, M. (1986) Asociación Médica de Brasil. Eutanasia: aspectos éticos y legales.

Slaikeu Karl A.(1984) Intervención en crisis, México, D.F.: Editorial Manual Moderno.

Viorst Judith (1986) Pérdidas Necesarias, España: Editorial Plaza and Janes.

Wolpe J. (1973) The practise of behavio therapy. Nueva York, 2ª edición.

INDEX

ANEXO I

TALLER SUPERANDO LAS CRISIS TALLER 1

Sesión No. 1

TEMA	OBJETIVO	DINAMICA	MAT. Y/O INSTRUM
Ficha de identificación	Presentar y conocer datos generales del familiar o familiares, así como del enfermo que se encuentra hospitalizado	Cuestionario	Hojas impresas, lápices y bolígrafos
Crisis y pérdidas	Examinar de forma general concepto, tipos y reacciones ante las crisis y las pérdidas	Seminario	Rotafolios y marcadores
Consecuencias y alternativas	Descubrir aquellos factores de índole económico, emocional que están siendo afectados en ese momento de crisis	Phillips 6.6	Tarjetas tamaño media carta y hojas blancas, lápices y bolígrafos
El Pesar Y	Examinar los sentimientos más característicos de los familiares en ese momento de su vida	"Carta del pesar"	Hojas en blanco, lápices, bolígrafos
Relajación	Verificar la existencia de técnicas que faciliten la resolución y permanen bienestar dentro de la resolución de las crisis	Relajación progresiva	Cassete de música relajante, grabadora.

**TALLER SUPERANDO LAS CRISIS
TALLER 1**

Sesión No. 2

TEMA	OBJETIVO	DINAMICA	MAT. Y/O INSTRUM
El Pesar II	Descubrir y reflexionar sobre las estrategias cognitivas y conductuales viables de utiliza para resolución con crisis en particular	Carta: "La contestación al pesar"	Hojas blancas, lápices y bolígrafos
Actitud hacia los demás	Identificar el desagrado de actitudes o comportamientos de los "otros" integrantes de la familia ante la enfermedad del paciente	Carta de perdón (hacia familiares)	ojas blancas, lápices y bolígrafos
Relajación	Verificar la existencia de técnicas que facilitan la resolución de las crisis	Relajación por imaginaria temática: "La caja secreta"	Cassette, grabadora, colchoneta, cobertor o toalla por cada participante

TALLER SUPERANDO LAS CRISIS

TALLER 2 Sesión No. 1

TEMA	OBJETIVO	DINAMICA	MAT. Y/O INSTRUM.
Ficha de Identificación	Presentar y conocer datos generales del familiar o familiares, así como del enfermo que se encuentra hospitalizado	Cuestionario	Hojas impresas, lápices y bolígrafos
Report	Presentación de cada uno de los integrantes de manera verbal, mencionando cinco características definitorias		
Crisis y pérdidas	Examinar de forma general concepto, tipos y reacciones ante las crisis y las pérdidas	Seminario	Rotafolios y marcadores
Consecuencias y alternativas	Descubrir aquellos factores de índole económico, emocional que están siendo afectados en ese momento de crisis	Phillips 6.6	Tarjetas tamaño media carta y hojas blancas, lápices y bolígrafos
El Pesar Y	Examinar los sentimientos más característicos de los familiares en ese momento de su vida	"Carta del pesar"	Hojas en blanco, lápices, bolígrafos
Relajación	Verificar la existencia de técnicas que faciliten la resolución y permanen bienestar dentro de la resolución de las crisis	Relajación progresiva	Cassete de música relajante, grabadora

TALLER SUPERANDO LAS CRISIS

TALLER 2

Sesión No. 2

TEMA	OBJETIVO	DINAMICA	MAT. Y/O INSTRUM
Reflexión sobre sesión anterior	Exponer dudas, sugerencias y comentarios sobre la conducción del taller en la sesión anterior	Exposición verbal	
El Pesar II	Descubrir y reflexionar sobre las estrategias cognitivas y conductuales viables de utiliza para resolución con crisis en particular	Carta: "La contestación al pesar"	Hojas blancas, lápices y bolígrafos
Actitud hacia los demás	Identificar el desagrado de actitudes o comportamientos de los "otros" integrantes de la familia ante la enfermedad del paciente	Carta de perdón (hacia familiares)	Hojas blancas, lápices y bolígrafos
Características del enfermo	Redescubrir aspectos importantes sobre el familiar enfermo: las cualidades, defectos y virtudes de su familiar enfermo	"Carta de despedida" (experiencia verbal)	Tarjetas, pizarrón, marcadores
Relajación	Verificar la existencia de técnicas que facilitan la resolución de las crisis	Relajación por imaginaria temática: "La caja secreta"	Cassette, grabadora, colchoneta, cobertor o toalla por cada participante
Cierre	Recabar información sobre la perspectiva y comentarios acerca del taller	"MESA REDONDA"	

TALLER SUPERANDO LAS CRISIS

TALLER 3

Sesión No. 1

TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	MAT. Y/O INSTRUM.
Ficha de Identificación	Presentar y conocer datos generales del familiar o familiares, así como del enfermo que se encuentra hospitalizado	Cuestionario	Hojas impresas, lápices y bolígrafos
Report	Presentación de cada uno de los integrantes de manera verbal, mencionando cinco características definitorias		
Crisis y pérdidas	Examinar de forma general concepto, tipos y reacciones ante las crisis y las pérdidas	Seminario	Rotafotos y marcadores
Consecuencias y alternativas	Descubrir aquellos factores de índole económico, emocional que están siendo afectados en ese momento de crisis	Phillips 6.6	Tarjetas tamaño media carta y hojas blancas, lápices y bolígrafos
El Pesar Y	Examinar los sentimientos más característicos de los familiares en ese momento de su vida	"Carta del pesar"	Hojas en blanco, lápices, bolígrafos
Relajación	Verificar la existencia de técnicas que facilitan la resolución y permanen bienestar dentro de la resolución de las crisis	Relajación progresiva	Cassete de música relajante, grabadora

TALLER SUPERANDO LAS CRISIS

TALLER 3

Sesión No. 2

TEMA	OBJETIVO	DINAMICA	MAT. Y/O INSTRUM
Reflexión sobre sesión anterior	Exponer dudas, sugerencia y comentarios sobre la conducción del taller en la sesión anterior	Exposición verbal	
El Pesar II	Descubrir y reflexionar sobre las estrategias cognitivas y conductuales viables de utilizar para resolución con crisis en particular	Carta: "La contestación al pesar"	Hojas blancas, lápices y bolígrafos
Características del enfermo	Redescubrir aspectos importantes sobre el familiar enfermo: sus cualidades, defectos y virtudes de su familiar enfermo	"Carta de despedida" (experiencia verbal)	Tarjetas, pizarrón, marcadores
Reflexión	Descubrir que existen características distintivas en cada persona y que estas no pueden ser corroboradas a simple vista, la imagen exteroceptiva, no refleja la verdadera personalidad de cada individuo	El limonero	Canasta con varios liermes similares en cuanto a tamaño, color y forma.
Relajación	Verificar la existencia de técnicas que facilitan la resolución de las crisis	Relajación por imaginación temática: "La caja secreta"	Cassette, grabadora, colchoneta, cobertor o tela por cada participante
Cierre	Recabar información sobre la perspectiva y comentarios acerca del taller	MESA REDONDA	

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Ocupación: _____

Fecha: _____

DATOS SOBRE EL PACIENTE

Nombre del familiar: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

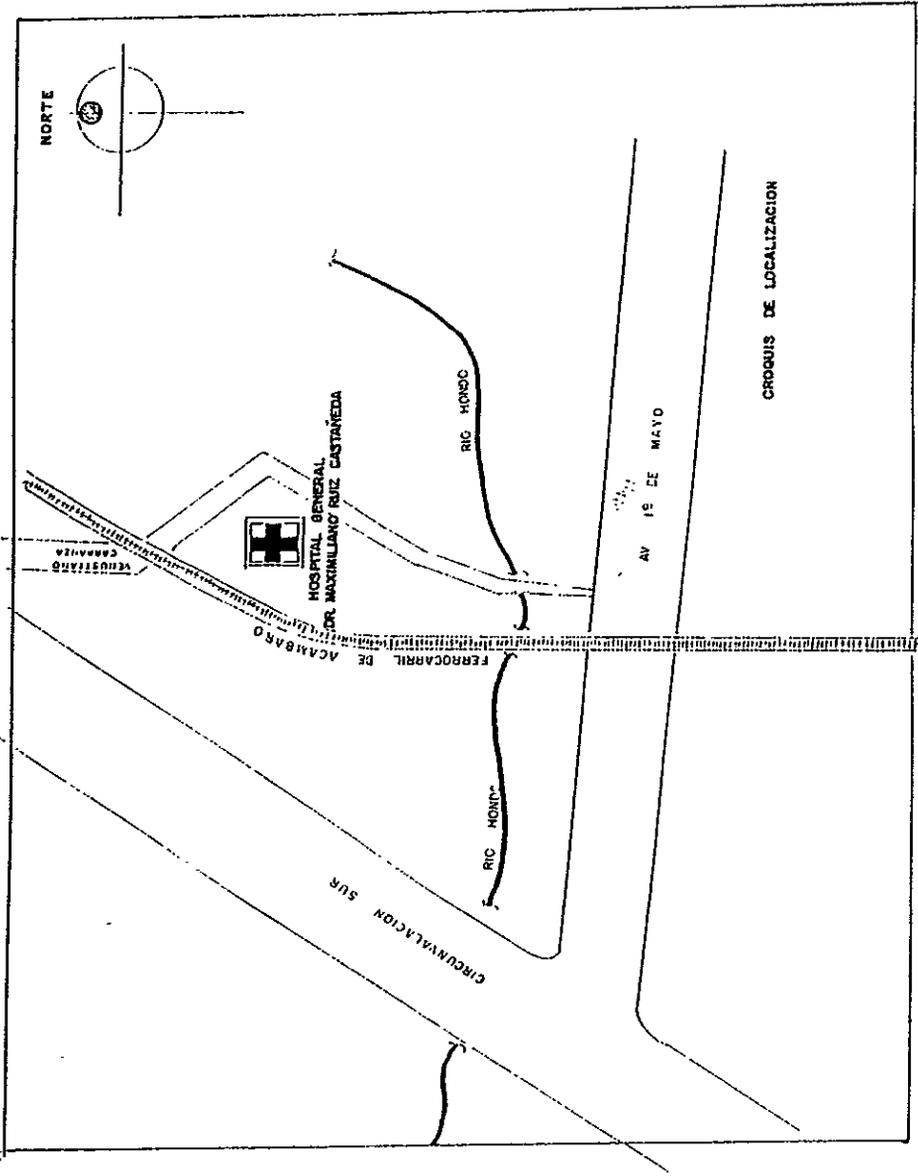
Parentesco con el paciente: _____

Fecha de ingreso al hospital: _____

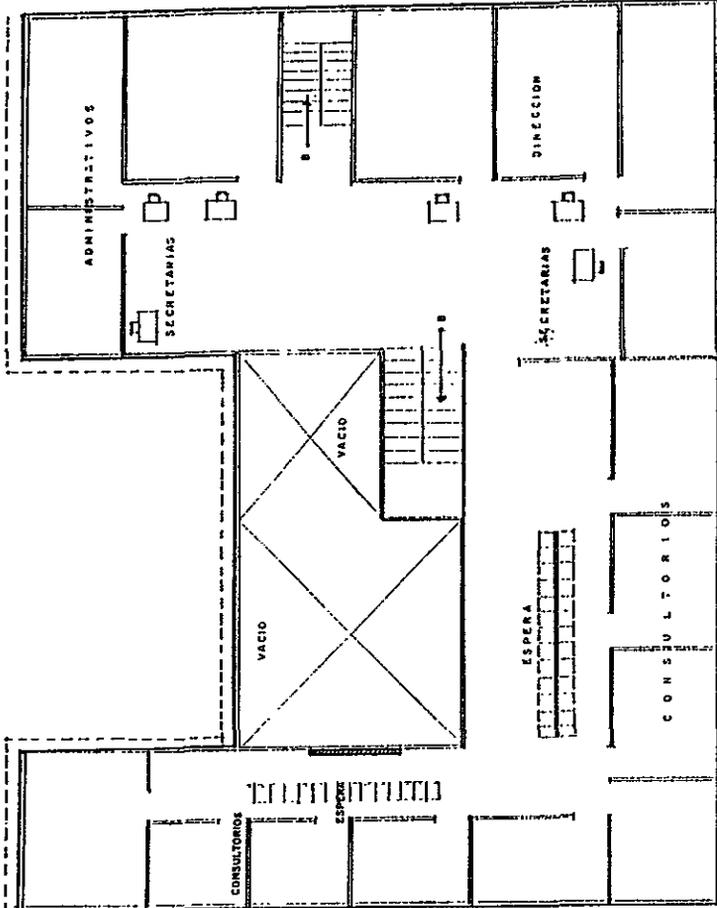
Motivo de hospitalización: _____

Evolución médica: _____

ANEXO 3



ANEXO 4



SSA

HOSPITAL GENERAL
DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA

INFORMACION A LA
COMUNIDAD

PLANTA ALTA. CROQUIS

ANEXO 5

SEMINARIOS

SEMINARIO NO. 1

"SUPERANDO LAS CRISIS DE LA VIDA"

SUPERACIÓN

· Conocimiento

¿Qué pasa?

· Aceptación

¡Sí, es verdad!

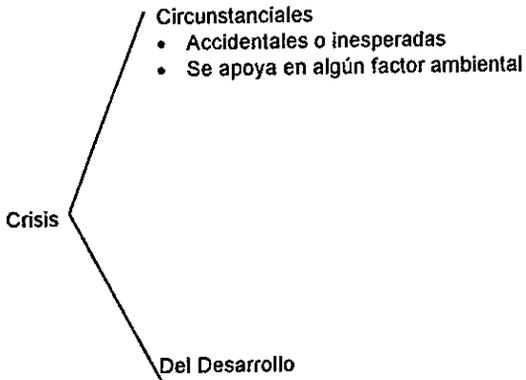
· Decisión

¡Seguiré adelante!

CRISIS

Definición: Estado temporal de trastornos y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares.

SEMINARIO



Son aquellas relaciones con el cambio de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud.

- Interferencia en la realización de ciertas tareas propias de cada etapa del desarrollo

SEMINARIO

LAS CRISIS MAS COMUNES

CIRCUNSTANCIALES

- Enfermedad física y lesión (Cirugía, pérdida de un miembro, enfermedad terminal, incapacidad física).
- Accidentes y enfermedades mortales, homicidio, suicidio.
- Asalto (robo, violación), violencia doméstica, encarcelamiento. Desastres naturales (incendio, inundación, huracán, sismo)
- Guerras y hechos relacionados.
- Crisis circunstanciales de la vida moderna (experiencia con drogas, desempleos, divorcio).

DEL DESARROLLO

0-1 años	Enfermedad física , lesión.
2-6 años	Ingreso a la Escuela
6-12 años	Dificultades de aprendizaje en la escuela
12-18 años	Menstruación, relaciones sexuales, embarazo no deseado, ingreso a la universidad, rompimiento del noviazgo.
18-34 años	Embarazo no deseado, problemas escolares con los hijos, enfermedad de los mismos, transición a la edad de los 30-s.
35-50 años	Conciencia de decadencia física, enfermedad crónica, problemas con los hijos adolescentes, divorcio, muerte de los padres, desempleo, insatisfacción con metas, problemas matrimoniales.
50-65 años	Problemas de salud, jubilación, nido vacío, muerte del cónyuge

SEMINARIO

LAS PÉRDIDAS (pesar)

- Todas las relaciones humanas son temporales
- Todas las carreras tienen un fin
- No todas las metas que usted tiene se alcanzarán
- El proceso de envejecimiento es inevitable

PÉRDIDA-pesar

1. Conmoción y torpeza
2. Negación y retirada
3. Reconocimiento y dolor
4. Aceptación y renovación

SEMINARIO

PUNTOS A CONSIDERAR

- a) Vivir con el pesar, no rehuirle
- b) El pesar es un trabajo difícil
- c) Es necesario compartir las experiencias con el grupo de apoyo
- d) El pesar más doloroso es el propio
- e) Llorar es bueno
- f) Las reacciones ante la pérdida son variadas (desmayos, llanto, serenidad, etc.).
- g) La carga del pesar es muy pesada
- h) Recordar ocasiones en las que se sentirá peor que ahora
- i) La religión en ocasiones ayuda y en otras no.

ANEXO C

carta del pesar

Querido pesar:

Eres un bribón. Tomas nuestra energía, nuestras habilidades de organización, nuestros cerebros y haces cosas raras con ellos. Estaba preparada para el pesar inmediato y para sentir la pérdida de mi esposo durante _mucho tiempo. No estoy preparada para la desidia, el nivel bajo de energía y la tensión.

Todo eso me impacienta. Obtienes demasiado de nosotros cuando necesitamos poder funcionar realmente. No comprendo por qué.

Debo confesar que también me has dado cosas buenas. Soy más compasiva, comprensiva y tolerante. Me has dado nuevas formas para ser útil, y Dios me mostrará los caminos a seguir. Tal vez sentiré de otra forma respecto _a ti después de haber reflexionado más tiempo, pero porahora no eres uno de mis amigos favoritos. Por tu causa soy una persona mejor, y no debo perder esa apreciación.

Sinceramente, Irene.

Contestación del Pesar

Querida Irene:

Lamento mucho haberte causado tanto dolor. Recuerda que tu pastor dijo en el funeral: el pesar es la más noble de todas las emociones. Realmente es el último regalo de amor que puedes hacer a tu esposo. Así que experimentalo de una manera normal. Deja que ocurra el momento de tu propio ajuste. Sé que estás trabajando mucho para superar esta fase de tu vida. Te alabo por eso. Sin embargo, quiero decir: sigue y que Dios te ayude. Solamente encomiéndate a Dios. Te sugiero que leas los versículos de la Biblia que se refieren a la muerte. Estás verdaderamente asombrada ante lo que estás encontrando.

Empieza por utilizar tu tiempo más sensatamente. Duerme un poco más una o dos veces a la semana. Te sentirás muy bien. Recuperarás pronto tu nivel de energía. Incluso puedes perder algunos kilos que durante tanto tiempo has tratado de perder. Caminarás con más ligereza, andando el tiempo. Descansarás con más ligereza. Te sentirás fabulosa.

ANEXO 7

Carta de despedida

Nunca es fácil decir adiós. Cuando sus invitados se van a casa o usted deja a sus parientes favoritos después de una visita, el momento de partir tiene un elemento de tristeza.

Despedirse de un ser querido fallecido, del final de un matrimonio o de los lugares y personas a quienes usted consideró su hogar lastima indeciblemente.

Sin embargo, antes de franquear nuevos umbrales de su vida, debe cerrar otros que ahora están en el pasado. No significa que olvide a la persona o los recuerdos _ tanto como pueda olvidar a sus amigos cuando regresan _ a casa después de cenar.

Decir adiós significa que usted ya no compartirá _ su vida con una persona, un lugar, una etapa de su vida, o que ya no tendrá un parte de su cuerpo.

Es un acto de abandono afectuoso de una parte de _ su vida que siempre será importante en su recuerdo, pero sin la cual ahora debe vivir.

Es importante despedirse cuando usted se aleja temporalmente de gente que le importa, y es más importante decir adiós a aquellos a quienes nunca volverá a ver en

esta vida. Es exactamente igual de importante decir adiós a lugares y sueños perdidos.

Para empezar, piense en quien o en lo que estaba perdido para usted como el origen de su pesar. Regrese a su diario y mire lo que escribió en el ejercicio anterior.

Utilice su papel carta favorito para escribir.

Dirija su carta de la manera siguiente:

Si es una persona fallecida, utilice el saludo que acostumbraba cuando vivía.

Si es a un matrimonio que ahora está terminado, dirija la concentración a su pérdida como si fuera una persona. Puede o no ser su cónyuge.

Si se trata de un lugar, diríjase como si fuera una persona.

Si es un sueño destrozado, un negocio fracasado o una etapa de la vida, diríjase en forma personal.

Después de dirigir su carta, reconozca de inmediato que es para decir adiós.

Después proceda a decir a la persona o al acontecimiento personalizado cualquier cosa que le gustaría haber expresado, pero que no lo hizo.

Agradezca expresamente las cosas que recuerde.

Si escribe a un ser querido que ya ha muerto, auto
rice a esa persona el haber fallecido.

Comparta sus esperanzas y la visión de la vida que
vivirá después de su pérdida.

Firme la carta como acostumbra.

Lea en voz alta su carta para usted mismo. Léala _
varias veces diariamente durante varios días.

Cuando pueda leerla sin interrupciones, aun entre_
lágrimas, léala a algún amigo, consejero o sacerdote.

Conserve la carta con su diario y con los demás e-
jercicios escritos como un momento histórico en el tra-
yecto hacia su recuperación.

Carta del perdón

Las dos chispas casi seguras que se desprenden del pesar son la ira y las relaciones interrumpidas. Es tan cierto en caso de un deceso como en el de un divorcio. Es un factor en la reubicación y en otras pérdidas importantes.

Creo que usted puede hacer esta suposición y nunca equivocarse: Si ha experimentado el pesar, hay alguien a quien necesita usted perdonar.

Por supuesto que es posible que haya alguien quien necesite perdonarlo a usted. Pero ésa es su tarea. Usted necesita perdonar y ésa es la tarea de usted.

Empiece con este análisis:

¿ Quién es la persona con quien sus relaciones no son las mismas desde su pérdida?

¿ Culpa a esa persona por alguna participación en su pérdida?

¿ Hasta donde usted conoce sus sentimientos, ¿está enojado, resentido o rencoroso hacia esa persona? Si así es, ¿por qué?

¿ Puede perdonar a esta persona y expresarle su perdón? Si es capaz de perdonar, determine cuál es la mejor forma de hacerlo.

Si su ira aún sobrevive, continúe con este análisis.

¿Qué le está haciendo el resentimiento? ¿Cómo está afectada su dignidad?

¿Qué otras relaciones están afectadas?

¿De qué manera su ira les está robando energía y alegría? ¿Afecta la ira su sueño?

Comprata los resultados de este análisis y sus sentimientos con un amigo de confianza quien no esté involucrado en el problema o con un sacerdote.

Determine por qué no puede perdonar. Encuentre las razones profundas para su herida y su ira.

Escriba una carta de perdón a la persona ya sea que sienta o no ese perdón. Escriba como si deseara perdonarla.

ANEXO B

Ejercicio de relajación

Por favor, concentra tu tención en tu respiración. Observa que respirar lenta y rítmicamente te ayuda a relajarte... haz unas respiraciones profundas... muy bien.

Ahora haz lo que llamaremos una respiración pacífica. Es una clase especial de respiración profunda que indicará a tu cuerpo y a tu mente que es el momento de estar en paz. La respiración pacífica se realiza de la siguiente manera: exhala todo el aire de tus pulmones. Inhala por la nariz lentamente con el conteo de ocho... exhala la respiración enérgicamente por la boca.

Después de dos o tres respiraciones pacíficas observarás una sensación de hormigueo... esta es tu señal de que te estás relajando profundamente en tu interior.

Continúa respirando lenta y profundamente; respira por la nariz y expira por la boca. Cuando lo hagas, cierra los ojos, si es que no lo has hecho antes... muy bien... ahora, con los ojos cerrados dirígelos hacia la izquierda, lo más retirado posible, como si fueras a mirar tu oreja izquierda. Continúa mirando intensamente hacia la izquierda... observarás que tus músculos y párpados de los ojos están tensos completamente.,,

Eso está muy bien, porque yo quiero que experimentes la diferencia entre calma y tensión. Cuando yo cuen

te hasta tres, deja que tus ojos regresen al frente y _
siente que la tensión desaparece uno... dos... tres...

Siente una punzada de calma alrededor de tus ojos_
y detrás del cuello, continúa respirando lenta y profun_
damente... por la nariz y a través de la boca...

Empieza a relajar todos los músculos de tu rostro.
.. alrededor de tus ojos... en tus mejillas... tu frente
,,, tu cabellera... bajando a tu boca y barbilla... pue_
des notar que tu boca se entreabre... está muy bien..._
continúa respirando de la misma forma... por la nariz y
a través de la boca....

Deja que los músculos de tu cuello se relajen... _
que tu cabeza se incline hacia adelante... estás sintien_
do que el relajamiento y la calma van hacia tus hombros
,,, recorren tu espalda... siguen a la mitad de tu es_
palda... continúan bajando hacia tu cadera....

Deja que esta misma calma continúe a través de tus
brazos hacia tus manos y dedos... que baje a cada pierna
y a tus pies y dedos. Continúa respirando lenta y profun_
damente por la nariz y a través de la boca.

Puedes notar los latidos de tu corazón... algunas_
personas dicen sentir y oír que la sangre circula por _
sus arterias. Cualquier cosa que sientas es la forma co_
mo tu cuerpo se calma y relaja...

Regresa a tu coronilla y haz una lista verificando la calma... ¿puedes encontrar algún sitio en donde aún exista tensión?... si así es, deja que la tensión se disipe...

Continúa relajándote y en paz... la mayor paz que hayas sentido en mucho tiempo... concéntrate de nuevo en tu respiración... con cada exhalación coméntate a ti mismo que estás relajándote más...

Cuando estés completamente relajado... toma tiempo para disfrutar tus... sensaciones... deja que tu cuerpo disfrute la sensación de calma... deja que llegue a tu estómago e intestinos...

Cuando estés en estado de relajamiento y de mucha calma, deja que tu pesar se una, no es algo que duela o lastime como antes... es una parte natural de la vida.. estás en paz con el pesar como con tu cuerpo. Continúa con tu respiración...

Deja crear a tu imaginación una nueva vida para ti como te gustaría que fuera en el futuro... observa las perspectivas para ti. Concéntrate en tu deseo para ti mismo, cuando respires coméntate a ti mismo en cada aspiración; lograré mi sueño... añade cualquier cosa que quieras decirte a ti mismo...

Cuando termines este ejercicio descubrirás que te

has recuperado como si huberas disfrutado de un sueño _
reparador. Estarás relajado, lleno de energía, tendrás_
una nueva sensación de bienestar y una nueva resolución
para tu vida...

Utilizando tu respiración pacífica, en cualquier _
momento puedes volver a este estado tan placentero... a
hora respira de una manera normal y simple... cuando yo
cuente en regresión de cinco a uno, abrirás los ojos y_
estarás completamente alerta... cinco...cuatro...tres...
dos...uno... ¡Muy bien!

Relajación por imaginaria

Usted está en una pradera. Un hermoso lugar verde con pasto ondulante y un esparcimiento de flores coloradas. El cielo es azul medio con solamente unas cuantas bocanadas de nubes blancas. Cierre los ojos un momento y configure esta escena en su imaginación. Cuando esté listo para proseguir, abra los ojos y continúe leyendo.

Camine por la pradera y llegue a un lago azul cristalino. Hay una pequeña playa de arena, así que quítese los zapatos y sienta la arena graneada, caliente por el brillo de la luz del sol.

Camine por la playa hacia el agua y métase una corta distancia. Ahora puede sentir el frío del agua comparado con la tibieza de la arena. Es muy agradable. Si lo desea, cierre los ojos por un momento de nuevo y deje que su imaginación lo conduzca dentro de esta escena. Cuando esté listo para continuar, abra los ojos y siga leyendo.

Esta es la parte sorprendente. Usted camina dentro del agua un poco más lejos, sintiéndola llegar a sus rodillas, luego a su cintura. El fondo del lago es muy suave y arenoso sin rocas ni hierbas. Continúa caminando dentro del agua clara y fría hasta que ésta llega a su pecho. luego a su cuello.

Lo formidable de una fantasía es que no estamos limitados por las presiones habituales de nuestro mundo físico. Así que usted sigue caminando dentro del agua hasta que esté bajo la superficie! Maravillas, puede respirar el agua como si fuera aire, y usted no flota. Los paisajes que lo rodean son muy hermosos y usted se siente muy seguro y alborozado. El agua es fría y refrescante a su alrededor, y como la respira sabe por qué los peces son tan energéticos. Usted puede querer dejar a un lado el libro por un momento de nuevo y cerrar los ojos para alcanzar todo el efecto. Cuando esté listo, continúe leyendo.

Conforme camina más profundamente, la luz va extinguiéndose, con excepción de un rayo de la luz del sol que atraviesa el agua en el centro del lago. Al acercarse a ese lugar, usted ve una cajita colocada en el arena. Tiene la forma de un cofrecito de pirata, está hecha en madera oscura y tiene una manija de bronce.

Toma la caja y la abre. La luz del rayo del sol ilumina el contenido y puede verlo claramente. Sabe qué hay en la caja. Cierre los ojos para que su imaginación pueda verlo más claramente. Cuando esté seguro de saber qué hay allí, abra los ojos y continúe leyendo.

Cierre la caja y llévela con usted fuera del agua,

y alcance la orilla. Cuando camina hacia la pradera, a-
parece una figura. Es un hombre. Se dirige hacia usted.
Aunque es un extraño, usted va hacia él. Le sonríe y us-
ted sabe que no tiene nada que temer.

Al acercarse al extraño se sorprende porque se _
siente completamente tranquilo. No dice nada y el hombre
tampoco. Usted está de pié, muy cerca y solamente se mi-
ran a los ojos.

Sin decir una palabra, le tiende la caja y el hom-
bre la toma. Durante un minuto se miran uno al otro, lue-
go él inclina la cabeza, y usted se voltea y se aleja.

Camina de regreso a través de la pradera sintiendo
el calor del sol sobre su espalda y una brisa agradable
a su derredor. Camina más ligeramente, como no lo había
hecho en mucho tiempo. En su interior sabe que la vida_
es realmente buena después de todo. Y usted está curado.

Cuando termine, guarde el libro. Levántese y cami-
ne alrededor durante uno o dos minutos. Observe cómo se
siente un poco más ligero que cuando empezó a leer. Tie-
ne un poco más de equilibrio en su vida.

ANEXO D

Dinámica: Variable sobre Phillips 6.6.

Uso: Lograr la ruptura o tensión que existe en un grupo recién formado y al cual se va a introducir a un proceso de aprendizaje.

Duración: Variable

Tamaño del grupo: Ilimitado (números pares)

Desarrollo:

- El participante tendrá que escribir, reunidos en parejas o en equipos de más de dos personas, aquellas consecuencias emocionales y económicas que han resultado de la crisis.
- Cada sujeto con ayuda de su pareja o de los otros miembros del equipo intentarán determinar las consecuencias que les ha traído el estado de crisis.
- Se propicia una primera etapa expositiva en la que cada pareja o equipo muestra su trabajo realizado.
- Se conduce a una reflexión de manera grupal del ejercicio, en la que cada participante que lo desee mencionará las conclusiones a las que se llegaron y resaltarán las consecuencias más importantes que han surgido de manera grupal.

Dinámica: El Limonero.

Uso : logra la reflexión acerca de las características exteriores e internas de cada integrante

Duración: Variable

Tamaño del grupo: Ilimitado (por parejas o por grupos de 3 a 4 personas)

- Se propicia una primera etapa en la que cada pareja o equipo expone las características de un limón, previamente colocado en una canasta y escogido por el equipo.
- Se conduce a una reflexión de manera grupal del ejercicio, en la que cada participante que lo desee mencionará las conclusiones a las que se llegaron de acuerdo a las características no visibles del limón, por lo que se relaciona con el conocimiento real de las personas que nos rodean.