



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***IMPACTO PSICOLÓGICO EN LOS FAMILIARES DE LOS
PACIENTES QUE SUFREN SECUELAS DEL TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO***

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MARIANA SOLEDAD NOGUEDA RIVERA

DIRECTOR DE LA TESINA
LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Junio, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
PRIMER CAPITULO TRAUMATISMO CRANEOENCEFALCO	3
1.1 ¿Qué es el traumatismo Craneoencefalico?	3
1.2 Clasificación del Traumatismo Craneoencefálico	4
1.2.1. Escala de Gasglow	4
1.2.2. Traumatismo Craneoencefálico Leve	5
1.2.3. Traumatismo Craneoencefálico Moderado	6
1.2.3. Traumatismo Craneoencefálico severo	6
1.3. Traumatismo Craneoencefálico como factor desencadenante del deterioro emocional y conductual	7
1.3.1. Lesiones en los lóbulos cerebrales	8
SEGUNDO CAPÍTULO IMPACTO PSICOLOGICO EN LAS RELACIONES FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON SECUELAS DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO	10
2.1. Crisis familiares ante las secuelas del Traumatismo Craneoencefálico	11
2.2. Alteraciones en la dinámica familiar	16
2.2.1. Alteraciones estructurales	17
2.2.2. alteraciones del proceso	21
2.3. Reacciones en los familiares durante el duelo anticipado	21
2.4. Reacciones Psicológica de los familiares	23
2.4.1. Ansiedad en los familiares de los pacientes con secuelas del Traumatismo Craneoencefálico	23
2.4.2. ¿Qué es la Ansiedad?	23
2.4.3. Trastorno de ansiedad generalizada	24
2.5. Influencia del estrés para las enfermedades orgánicas	27
TERCER CAPÍTULO LA MUERTE COMO FACTOR DESENCADENANTE DE LA CRISIS	35
3.1. Muerte	35
3.2. Duelo Normal	35
3.3. Duelo Patológico	40
3.4. Reacciones de la familia ante la muerte de un integrante	42
3.5. Duelo ante la muerte de un conyuge	43
3.6. Expresiones físicas ante la pérdida	45
3.7. Influencias psicológicas y sociales que influyen en el duelo normal y patológico	46

CUARTO CAPÍTULO RESILIENCIA COMO PROPUESTA PARA LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUE SUFREN SECUELAS DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO	48
4.1. Resiliencia	48
4.2. Enfoques de la Resiliencia	49
4.3. Procesos Fundamentales de la Resiliencia Familiar	61
4.4. Resiliencia Familiar	55
4.5. Evolución de la crisis de angustia y la recuperación	59
4.6. Procesos organizacionales para la resiliencia	59
4.7. Resiliencia Familiar ante la enfermedad	61
4.8. Desarrollo de la Resiliencia ante la muerte	63
QUINTO CAPÍTULO AFRONTANDO LAS ADVERSIDADES	65
5.1. Escala de ansiedad de Halmiton	67
5.2. Clasificación de la escala de Halmiton	68
5.3. Escala de depresión de Beck (BDI-II)	69
5.3.1. Evaluación de la escala de Beck (BDI-II)	69
5.4. Perfil Psicofisiológico del estrés	69
Entrevista estructurada para los familiares de los pacientes que se encuentra en la estancia intra-hospitalaria	70
Taller para el manejo de emociones en los familiares de los pacientes que sufren Traumatismo Craneoencefálico	74
CONCLUSIONES	82
REFERENCIAS	86

INTRODUCCION

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es un golpe en el encéfalo causado por agentes externos, que puede producir una alteración o disminución del estado de conciencia, dando como resultado el deterioro en las capacidades cognitivas, conductuales y físicas; esto puede ser temporal o permanente.

El TCE puede ser provocado por accidentes automovilísticos, heridas penetrante por arma blanca o fuego, caídas desde la misma altura de la persona, edificios, arboles, etc.; provocando severas consecuencias en el deterioro de la salud física y mental de la persona.

Los daños causados en estos pacientes van desde ser ingresados a la sala de urgencias para ser suturados y/o hasta llegar a la sala de unidad de cuidados intensivos (UCI).

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) considero necesario en su clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías, recomendar la sustitución de los modelos de rehabilitación basados en las patologías y deficiencias por una visión que tuviera en cuenta también el carácter psicosocial de la discapacidad y las consecuencias a largo plazo de este tipo de lesiones. Sin embargo, no ha sido hasta finales de los años 80 que se reconoció la importancia que tienen los familiares en el progreso de la rehabilitación de las personas con daño cerebral sobrevenido (Rosenthal; 1986).

Existen estudios sobre el impacto en la familia de los pacientes que sufren TCE, este tipo de accidente craneal produce nuevas patologías en el paciente, va a general crisis en la dinámica familiar, al tener que modificar las relaciones existentes entre los miembros de la familia, los roles de cada uno de los integrantes que se desempeñaban, lo anterior cambia al estar en continuo cuidado del paciente, el simple hecho de estar en el hospital induce a un estado de crisis al tener que distanciarse de los demás miembros de la familia. Otra situación que provoca el estado de crisis son los cambios, las expectativas, que se tenían hacia el futuro.

En las investigaciones realizadas se ha llegado a la conclusión de que muchas familias soportan un nivel de estrés mayor que el propio paciente, estas alteraciones suelen ser crónicas y en algunas ocasiones pueden ir en incremento conforme existen cambios en el pronóstico de la enfermedad.

Las familias que llegan a sufrir estrés, se debe a los factores de la gravedad de su paciente tanto en el área cognitiva, conductual y emocional. Cabe señalar que los pacientes que sufren TCE presentan secuelas psicológicas y psiquiátricas como: ansiedad, depresión, ideación suicida, falta de iniciativa o motivacional, irritabilidad, agresividad, impulsividad, desinhibición, paranoia, hipomanía e ideas delirantes. Otros factores que puede producir estrés en las familias son la incertidumbre de los primeros días, que deberán de afrontar con la afectación física y amenazas de la supervivencia del paciente, el proceso de adaptación a la nueva situación presentada, el pronóstico de su paciente por la escasa comunicación con el médico tratante, impotencia de cómo actuar cuando el paciente se encuentre en crisis por el mismo TCE, la dependencia que genera entre el paciente y los familiares, las situaciones económicas.

Es importante mencionar que el presente trabajo plantea crisis en las familias por las alteraciones conductuales y de salud en estos pacientes con secuelas del TCE, provocando en las familias ansiedad, miedos, estrés, angustia y depresión. Siendo importante contar con personal capacitado para poder brindar apoyo psicológico a estas familias, quienes no cuentan con herramientas adecuadas para el manejo de dichas crisis.

PRIMER CAPÍTULO

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

1.1. ¿Qué es el Traumatismo Craneoencefálico?

El TCE fue considerado en el año 2000 AC. por Hipócrates como un acontecimiento que no producía daños. Sin embargo en el siglo XX fue considerado una epidemia tras la existencia de varios acontecimientos craneales que provocaron daños neurológicos y conductuales en la persona.

“El TCE es toda aquella agresión en el cráneo producida por fuerzas de inercia o de contacto que termina afectando la economía intracraneana y de los tejidos adyacentes”. Estos daños están involucrados por la intensidad del contragolpe y el impacto que se genera, suscitando la aparición de complicaciones neurológicas como la conmoción y contusión.

El TCE que provoca el contragolpe es el rebote del encéfalo contra el cráneo, existiendo la probabilidad de que aparezcan alteraciones cognitivas y conductuales.

La conmoción cerebral es la pérdida de conocimiento causada por el TCE, provocando que el paciente entre al estado de coma durante horas o días, la evolución de este estado puede ser favorable o desfavorable. Durante este tiempo el paciente permanecerá en observación por familiares y médicos para descartar algunos daños neurológicos tales como: hipertensión arterial, crisis epilépticas, hipercapnia; esta última por el aumento de la presión puede producir mareos o pérdida de conocimientos, también produce hidrocefalia postraumática produciendo deterioro intelectual.

La hidrocefalia es la alteración que provoca el líquido cefalorraquídeo tras el TCE, existe pérdida en la retención de esfínteres, problemas de lenguaje, cefalea intensa, ocasionalmente se presenta vómito y somnolencia.

El contragolpe es otro tipo de daño cerebral, el cual ocasiona entrar en estado de coma profunda, el paciente que se encuentra en dicho estado carece a los estímulos al dolor, presentan trastorno de conciencia consecutivo, el cual es provocado por la contusión. El pronóstico de este daño es desfavorable, las secuelas son: hemiparesia, afasia, hemianopsia y síndrome de Korsakov.

La hemiparesia consiste en la parálisis de la mitad del cuerpo, al presentar hemiplejía el paciente sufre debilidad motora del mismo lado.

La afasia es un trastorno en la comprensión del lenguaje y la hemianopsia es la alteración visual con pérdida de la mitad del campo visual.

1.2. Clasificación del Traumatismo Craneoencefálico

Los pacientes que sufren TCE, tendrán que ser valorados de manera integral para detectar que tipo de lesión sufrió. La información necesaria se obtendrá del mismo paciente, de familiares o personas que se encontraron cerca del accidente, con la finalidad de conocer los síntomas sufridos desde el momento del suceso hasta el internamiento al servicio de urgencias. Tales síntomas pueden ser: vómito, convulsiones, dolor de cabeza, confusión, pérdida de conciencia, desvanecimientos, visión borrosa y alteración en marcha.

El médico para conocer los síntomas después del TCE, continuará con la exploración física, mediante la escala de Glasgow (GCS).

1.2.1 ESCALA DE GLASGOW (GCS)

La escala de Glasgow, es una herramienta para detectar daños neuronales, esta valuación se realiza con el monitoreo a nivel de la conciencia del traumatizado, valorando los diferentes tipos de estímulos en las respuestas: motora, verbal y de apertura de los ojos. Facilitando el diagnóstico y da a conocer el tipo de lesión craneal, de esta manera se conocerá el tipo de TCE presentado por el accidente, que bien puede ser: leve, moderado ó grave.

La siguiente tabla explica con detalle, el método para valorar al paciente traumatizado, a través de las respuestas: verbal, ocular y motor.

Respuesta motora	• Obedece ordenes	6 puntos
	• Localiza el dolor	5 puntos
	• Flexión al dolor	4 puntos
	• Flexión anormal (decorticación)	3 puntos
	• Extensión anormal	2 puntos
	• Sin respuesta	1 punto
Respuesta verbal	• Orientado	5 puntos
	• Desorientado	4 puntos
	• Palabras incomprensibles	3 puntos
	• Sonidos incomprensibles	2 puntos
	• Sin respuesta	1 punto
Respuesta ocular	• Espontánea	4 puntos
	• Al estímulo verbal	3 puntos
	• Al estímulo doloroso	2 puntos
	• Sin respuesta	1 punto

1.2.2. Traumatismo Craneoencefálico Leve

El TCE leve se caracteriza por la puntuación obtenida en la escala de GCS entre 13 a 15 puntos.

Los pacientes que sufren este tipo de TCE presentan pérdida de conciencia y amnesia postraumática (APT) menor a cinco minutos, cefálea y vómito. Su recuperación es inmediata, en caso contrario tendrá que permanecer hasta 72 horas en observación médica. Estos pacientes al ser enviados a sus hogares, se dan indicaciones precisas a los familiares, de manera que sea valorados dos días a la semana hasta descartar complicaciones. Gronwall menciona que estas lesiones repercuten en el comportamiento de algunos pacientes que han padecido el

síndrome postraumático o post-conmocional. Los síntomas de dichos síndromes son: fatiga, cefalea, mareas, irritabilidad, trastorno de memoria, problemas de concentración, intolerancia al ruido, depresión y ansiedad.

El síndrome post-conmocional se inicia con angustia, cefalalgia (dolor o molestias en la cabeza, manifestación de fatiga y estrés, incremento de presión intracraneal) y vértigo. Presentan insomnio, hipertermia (aumento de temperatura que no concuerda con el pronóstico de la temperatura real). En cuanto a sus emociones se muestran hipersensibles (lloran con facilidad) e irritabilidad.

1.2.3. Traumatismo Craneoencefálico Moderado

Los síntomas del TCE moderado son: amnesia y/o amnesia mayor a cinco minutos, la cefalea es progresiva, convulsiones post-traumáticas. La puntuación en la escala de GCS debe ser entre 12 puntos a 9 puntos.

Los pacientes tienen que permanecer las primeras 24 horas después del TCE bajo la observación médica, son obligatorios los siguientes estudios: electroencefalograma (EEG), tomografía axial computarizada (TAC), con el objetivo de observar que tipo de daño neuronal presenta y de esta manera empezar con el tratamiento médico o quirúrgico (Qx).

La TAC es un estudio que permite observar por medio de imágenes el interior del cuerpo humano, con el uso del rayo X, en donde se puede examinar el desde la cabeza hasta los pies, por medio de imágenes milimétricas transversales.

El EEG es una exploración neurológica que se basa en el registro de las imágenes de la actividad bioeléctrica cerebral en reposo, sueño y vigilia.

1.2.4. Traumatismo Craneoencefálico severo

El TCE severo en la escala de GCS se obtiene por una puntuación entre 8 puntos a 3 puntos. Presenta síntomas de pérdida de conciencia y estado de coma por tiempo indefinido.

1.3. Traumatismo craneoencefálico como factor desencadenante del deterioro emocional y conductual.

Los accidentes traumáticos cerebrales ocasionan numerosas secuelas neurológicas, neuropsiquiátricas y neuropsicológicas, obstruyendo el funcionamiento normal del individuo.

Las secuelas neuropsicológicas del TCE son: déficit cognitivos englobando problemas de concentración, alteraciones afectivas como la depresión, ansiedad y agresividad.

Las alteraciones neuropsiquiátricas en los pacientes traumatizados son: la manía y psicosis.

La manía se caracteriza por una gran euforia, desinhibición, confianza ilimitada en el individuo, así como también alegría inmotivada y desbordante, estos pacientes viven en un estado de excitación.

En el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) se menciona que el trastorno maniaco es una alteración en el estado de ánimo persistente, irritable; el sujeto maneja un autoestima exagerada, manifestando tener mucha energía lo que produce disminución en el sueño, verborrea, agitación psicomotora, su estado de ánimo es eufórico, carece de autocrítica, pensamientos de grandiosidad con la probabilidad de generar ideas delirantes, con el aumento de actividades exageradas tales como las sexuales, laborales y sociales, presenta empobrecimiento del juicio. Esto puede llevar a la persona que padece este trastorno a la ruina por las compras compulsivas que suelen presentar.

La psicosis es la alteración de la realidad, el individuo presenta alucinaciones de persecución de tipo: visual, auditivas, las alucinaciones táctiles son muy raras. La más frecuente es la alucinación visual.

El DSM-IV-TR hace referencia de que los trastornos psicóticos son una gravedad del deterioro para responder de manera adecuada a las necesidades de la vida cotidiana. Las ideas delirantes “son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las expresiones o de las experiencias”, también presentan pensamientos desorganizados. Este tipo de pensamientos se manifiesta por la pérdida de continuidad lógica de las conversaciones, el lenguaje puede ser desorganizado e incomprensible; presentan afasia receptiva, es decir, carecen de

comprensión en la conversación; su comportamiento es desorganizado de tipo infantiloides, comportamientos sexuales inapropiados.

1.3.1. Lesiones en los Lóbulos cerebrales

Los lóbulos cerebrales presentan diversas alteraciones desencadenando: trastornos de conducta, personalidad, intelectuales, etc., estas alteraciones van a depender del lóbulo afectado.

Lóbulos frontales: Una lesión en este lóbulo en muchas ocasiones determina las secuelas cognitivas, emocionales y conductuales, existe mayor incidencia en la perseveración, impulsividad; se le dificulta tomar decisiones. Por lo general presenta conducta agresiva, tiene comportamientos infantiloides y se muestra imprudente. Las conductas que prevalecen son: egocentrismo, apatía, trastorno en la conducta hiper/hipo sexual y desinhibición.

Lóbulo temporal bilateral: Esta lesión incita la alteración de la memoria de manera total, al lesionarse esta área es frecuente la psicosis y la demencia.

La demencia en el DSM-IV-TR hace referencia a un deterioro cognoscitivo, siendo una pérdida persistente en la memoria, pueden presentarse otros síntomas de comportamientos con o sin déficit motor y sensorial como: afasia, problemas de atención, irritabilidad, ansiedad, depresión, apatía, aumento de la conducta agresiva entre otros cambios de personalidad.

Lóbulo temporal izquierdo: en esta lesión el afectado presenta alteraciones en problemas de memoria de tipo verbal, se puede presentar psicosis de tipo esquizofrénico, deterioro en la personalidad del individuo.

Lóbulo temporal derecho: el enfermo llega a tener problemas de secuencia visual, dificultad para identificar las secuencia de los dibujos, teniendo problemas en corregirlos; este dilema se presenta en el momento que se le pide al sujeto que dibuje una figura humana, va tener dificultad en el seguimiento correcto en la colocación de las partes del cuerpo; es decir se confundirá donde es el lugar correcto de la cabeza así como del todo el cuerpo; de tal manera que cuando se le pregunte si desea corregir el dibujo, no será consciente de las alteraciones del dibujo, así como también existen alteraciones en la percepción auditiva como son las interpretaciones de sonidos y de resonancias.

Lóbulo parietal: esta lesión ocasionará que el sujeto ignore la mitad del cuerpo y pierda la orientación espacial.

Lóbulo parietal derecho: el enfermo presenta apraxia visual, tiene dificultad para copiar los dibujos.

Lóbulo parietal izquierdo: esta lesión se manifiesta por la incapacidad para ejecutar movimientos de manera voluntaria automática y voluntaria, expresa poca habilidad para expresar pensamientos.

SEGUNDO CAPÍTULO

IMPACTO PSICOLOGICO EN LAS RELACIONES FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON SECUELAS DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

El traumatismo craneoencefálico constituye en la sociedad uno de los principales factores de muerte en las diferentes etapas de la vida; esto se debe por una parte a la falta de cultura de utilizar el cinturón de seguridad en los pasajeros, así como también la falta de recursos del gobierno para que existan carriles especiales para el manejo de las motocicletas.

Esta lesión produce en las personas muchos trastornos en la conducta, personalidad y psiquiátricos como la psicosis.

El TCE se puede definir como toda aquella agresión contra el cerebro que se produce al ser golpeado contra un objeto duro, provocando daños en la economía intracraneana y de los tejidos adyacentes.

Como se explicó en el capítulo anterior, el TCE se divide en leve, moderado y grave. En los últimos dos tipos suelen presentarse alteraciones conductuales, cognitivas, trastornos de personalidad, psicosis; y como consecuencia de estos trastornos, quienes lo sufren se vuelven dependientes de sus familiares para los cuidados.

En el presente capítulo se desarrollará el impacto psicológico que padecen las familias ante este evento inesperado, al tener que estar durante varios días en el hospital, durante este tiempo se darán cuenta de la calidad de vida desfavorable de su paciente, lo que producirá crisis en las familias al ver como el enfermo lucha contra la vida y la muerte. Y como se va desgastando la familia.

La enfermedad en la familia va a constituir un problema en su forma de organización; es decir desde el momento de la construcción familiar, cada uno de los integrantes va adquiriendo actividades para realizar. Al suscitarse una enfermedad como es el caso del TCE, cada uno de los integrantes tendrá que adaptarse a la nueva situación así como también presentaran crisis debido a que dicha enfermedad originará muchos cambios al interior de las relaciones familiares.

Las familias para poder afrontar este tipo de problemática dependerán de cómo hayan sido las interacciones entre ellos, es decir, si han formado una familia normal ó disfuncional (Riskin; 1976).

La familia normal es aquella que puede solucionar con facilidad los conflictos que se presenta, la capacidad de cambio para adaptarse a las modificaciones que existan durante el ciclo familiar, no se paraliza cuando existen los problemas difíciles, ya que pueden analizar y discutir; sin embargo llega a las soluciones deseadas, puesto que existe la sincronía en la solución del dilema.

La familia disfuncional se encierra en el problema, existe la hostilidad entre todos los miembros, agrediéndose unos con otros. Se les dificulta aclarar las dudas, no permiten la expresión de sus pensamientos, emociones, carece del respeto entre ellos mismos; se distinguen por la dificultad de organizarse entre ellos mismos. Al no formar niveles jerárquicos, carecen del planteamiento de reglas y límites, provoca una constante lucha de poder.

2.1. Crisis familiares ante las secuelas del Traumatismo Craneoencefálico

La enfermedad en la familia va a constituir un problema en su forma de organización, desde el momento en que la familia se va formando van adoptando las actividades que realizarán cada uno de sus integrantes. Al suscitarse una enfermedad como es el caso del TCE, cada uno de los integrantes se tendrá que adaptar a la nueva situación; también aparecerán crisis, debido que dicha enfermedad originará muchos cambios intrafamiliares.

El estado de crisis se define de diferentes formas; ejemplo:

1. El termino chino de crisis (weiji) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, concurrentes a un mismo tiempo (Wilhelm; 1967).
2. Del griego Krinein que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un momento crucial en que aparecerá un cambio para mejorar o empeorar (Lidell y Scott; 1968).

3. Las crisis puede consolidar en las personas respecto a la percepción negativa que se tenga del evento ocasionador, siendo una oportunidad para enfrentarse de manera satisfactoria, al producir motivación en las personas para aprender nuevas técnicas para el manejo de la ansiedad.

Las crisis es un estímulo ambiental que imposibilita al individuo al procesamiento cognitivo, este bloqueo se debe a la distorsión que se produce por dicha tensión. Sin embargo este estado se caracteriza por el desajuste emocional que el individuo presenta, así como también existe la probabilidad de presentar trastornos de conversión.

Los trastornos de conversión se refieren a la presencia de síntomas o déficit que afecta todas las funciones motoras o sensoriales, presentando diagnóstico de enfermedades neurológicas o cualquier enfermedad médica.

Este tipo de trastorno se debe a los niveles altos de estrés y los síntomas no se fingen, es de manera incontrolada por la persona. Esto se produce cuando la persona se encuentra ante una perturbación psicológica que se manifiesta de manera física.

Los síntomas de conversión tienen tres divisiones:

1. Síntomas o déficits motores: son las alteraciones en la coordinación y el equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta y retención urinaria.
2. Síntomas o déficits sensoriales (seudoneurológicos): pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, ceguera, sordera y alucinaciones.
3. Convulsiones

El trastorno de conversión, tal como se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) tiene como características:

Criterio A: uno o más síntomas o déficits que afecten las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que no sugieren una enfermedad neurológica ó medica.

Criterio B: se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido que al inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otro desencadenantes.

Criterio C: el síntoma o déficit no está producido intencionalmente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno ficticio o en la simulación).

Criterio D: tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencias culturalmente normales.

Criterio E: el síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de las actividades del sujeto que requieren atención médica.

Criterio F: el síntoma o déficit no se limitan al dolor o a la disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otros trastornos mentales.

Esto sucede al enfrentarse con un evento inesperado como: los accidentes automovilísticos, la muerte inesperada a un familiar cercano, las continuas recaídas del paciente al encontrarse bajo la responsabilidad y cuidado del familiar; esto puede ser traumático para algunas personas, mientras que para otras no.

La familia al enterarse que un miembro del núcleo familiar ha sufrido un accidente cerebral, automáticamente se ven incluidos en la enfermedad del paciente; ya sea el esposo (a), el hijo (a). Serán afectados, debido que una enfermedad entre más crónica sea, mayor será el estado de crisis que los familiares presenten. Así mismo implicará esfuerzos en los cuidados tanto en el hospital como en el hogar, provocando agotamiento en quién lo cuide ocasionando estrés en la familia.

Cuando el traumatizado es uno de los hijos, la familia completa sufre una reorganización, que tendrá que enfrentarse a una serie de cambios inesperados como son: presiones económicas, cambios de roles ya que tendrán que tener mayor disponibilidad de tiempo para que pueda favorecer al cuidado del enfermo, el sufrimiento, las preocupaciones, etc.

Los padres presentan sentimientos de frustración y sufrimiento por la enfermedad de su hijo, por lo común presentan sentimiento de culpa y enojo, responsabilizando a la pareja; cuando esto se presenta ocasiona conflictos y por consiguiente la desintegración familiar (Freedman et al; 1963).

La ansiedad y confusión en los padres es causada por las presiones de las amistades de la familia al querer consolar a los dolientes sobre el diagnóstico de su enfermedad.

Las repercusiones emocionales en los hermanos dependerán del tipo de relación que mantuvieron antes de que sufriera el accidente; las emociones que se expresen después del diagnóstico dependerá de la edad de los hermanos, ya que los hermanos menores son más susceptibles al abandono de los padres por los cuidados del enfermo, incitando la aparición de sentimientos como: coraje, deseos de que muera por el robo de la atención de su madre. También repercute en el bajo rendimiento escolar, aislándose de sus compañeros y en algunos casos se presentan síntomas somatoides y formación reactiva (Binger; 1973).

Las personas que se encuentran en contacto directo con los cuidados del paciente llegan a presentar trastornos somatoides y trastornos ansioso-depresivos (Velasco et al; 1983).

La enfermedad crónica o terminal no siempre causará crisis en todos los miembros de la familia, para suscitar este estado, dependerá de la percepción que se tenga del evento.

Al existir alteraciones en la percepción, se originará incapacidad cognitiva para buscar soluciones al problema. Esto produce pérdida de la homeostasis, sentir emociones negativas, pérdida motivacional que disminuirá su desenvolvimiento en los diversos contextos: laboral, social, familiar; si es estudiante puede disminuir su nivel de aprovechamiento, etc. Sin embargo otros autores consideran que la crisis puede reafirmar en las personas su autoimagen negativa, así como la oportunidad para enfrentarla de manera satisfactoria; por otro lado, la aparición de la crisis produce motivación en las persona para aprender nuevas técnicas en el manejo de la ansiedad.

La intensidad de la crisis es diferente para cada familia y/o para cada individuo. Si existe una experiencia previa con los cuidados del paciente, al estar conscientes que su muerte es inevitable, como por ejemplo los familiares, durante el desmejoramiento de la enfermedad del traumatizado (ya sea por muerte cerebral) suelen sufrir crisis al tener la impotencia en tomar la decisión, al encontrarse con la responsabilidad de desconectarlos cuando sufre muerte cerebral, lo que se denomina la muerte de "vivir muriendo", es decir cuando el

sujeto depende de un respirador artificial para seguir respirando, ya que el sistema nervioso central ya no funcionan.

Otro factor que también está involucrado en las crisis es cuando las familias, al igual que su paciente, son víctimas de la pérdida de homeostasis. Al estar en contacto directo con la enfermedad y con la posibilidad de muerte de su familiar, se origina ansiedad, sentimiento de culpa, angustia, cólera y resentimiento con la vida e incluso con el mismo paciente. Es por esta razón que las personas prefieren evadir el tema de la muerte, aunque estén seguros de que será inevitable.

Existen cuatro niveles, donde se explican detalladamente las causas que originan las crisis.

El primer nivel consiste en la pérdida absoluta, es decir, la enfermedad de uno mismo y dependiendo del tipo de enfermedad, fomentará la propia muerte.

El segundo nivel se trata de las personas importantes en nuestras vidas que sufren alguna enfermedad, ya sea crónico, terminales e inesperadas, que es inevitable a la muerte.

El tercer nivel de pérdida abarca los cambios durante el desarrollo y los cambios de trabajo, casa, etc.

Y por último, el cuarto nivel de la pérdida engloba objetivos importantes como el dinero, esperanza, aspiraciones o expectativas y todo del medio social.

Con esto se puede concluir que los cuatro niveles tienen reacciones en las familias durante el impacto de la enfermedad y pérdida de alguno de sus integrantes, Durante este lapso causará el deterioro de la salud en todos los miembros o principalmente en el cuidador primario. Esto ocurre cuando existe un nivel alto de estrés que se origina al estar en contacto directo con las consecuencias de la enfermedad.

Los familiares al estar en contacto directo con los pacientes, llegan a padecer trastornos psicosomáticos, problemas viscerales, problemas de gastritis y problemas cardiacos.

El nivel económico de las familias también origina crisis, al no tener el suficiente recurso económico para subsidiar los medicamentos, estudios, pagos en el hospital, etc.

Los trastornos que se presentan provocarán tres tipos de conflicto inicial, que van a depender de la perspectiva cognoscitiva que se estima ante dicho evento: amenaza, pérdida y reto (Rapoport, 1965). Para que se presente dicho

trastorno tras la crisis debe existir un suceso imprevisto, lo que hará que exista una relación con los sucesos anteriores donde ya se haya experimentado tensión. Al encontrar una situación similar vivida anteriormente, será fácil para él familiar poder afrontar el conflicto.

Por naturaleza los seres humanos tenemos miedo que fallezca un miembro de la familia. Cuando se tiene que estar en contacto directo con la persona enferma, se tiene el temor de perderlo para siempre, despertar y encontrarse con la sorpresa que falleció durante el lapso que los demás dormían.

Durante las crisis existe un reto, al coexistir amenazas externa e interna que ameritan sobrepasar todas las capacidades cognitivas del individuo.

Para estos episodios de crisis, existen tres tipos de prevenciones para evitar la aparición de algún tipo de trastorno de estrés agudo como la ansiedad generalizada u otro tipo de enfermedades orgánicas como las gastritis.

2.2. Alteraciones en la dinámica familiar

Todas las familias están en un proceso evolutivo, durante el desarrollo físico y de personalidad de todos sus miembros, esto provoca una compleja organización interna, la cual aumenta las dificultades como es el fracaso de las expectativas.

Uno de los fracasos que se presentan durante el ciclo evolutivo de este sistema es la enfermedad de uno de los miembros, como son las enfermedades con secuelas, lo que va a alterar las tareas evolutivas de los familiares del paciente.

Las tareas evolutivas son las que surgen en un determinado tiempo del desarrollo de la persona para poder tener éxito durante esta; tendrá que realizarla, de lo contrario se presentarán alteraciones emocionales. Por ejemplo, una persona está estudiando una carrera, en donde necesita estar concentrado para aprobar los exámenes; sin embargo durante este proceso del estudio, un familiar de la misma casa y/o cercano a este sufre un TCE, provocará la alteración en toda la estructura de los planes que tenía ya que permanecerá en el hospital, compartirá los cuidados con los demás miembros de la familia y al verse bloqueado en las actividades que realmente le interesa, es probable que se muestre irritable, cansado, estresado, entre otras manifestaciones. Estas alteraciones no solo afectará a quien esté estudiando, sino que también afectará a todos los miembros de la familia.

La familia es un sistema que constituye un conjunto de elementos que interactúan de forma dinámica, con un propósito en común (J. de Rosnay); así como también existe una influencia recíproca en ellos (Munichin; 1985).

Los familiares de los pacientes al verse inmersos a la probable alteración de actividades, su manera de afrontamiento tendrá mucha importancia respecto al tipo de sistema que tiene (abierto o cerrado).

En las familias cuyas relaciones son de sistema cerrado, existe empobrecimiento afectivo, ausencia de comunicación verbal entre los miembros de la familia, en especial con los sentimientos y las necesidades afectivas, experimentando sentimiento de soledad y aislamiento.

2. 2.1. Alteraciones estructurales

Las familias presentan problemas durante la adaptación en la convivencia diaria con la persona enferma, afectando la estructura diaria que se había llevado por toda su vida.

Los cambios que aquejan a uno de los miembros, que es el cuidador primario, suele alejarse de la sociedad para cuidar al traumatizado, por miedo a que se lastime ó por la incapacidad para realizar sus necesidades fisiológicas. También altera los cambios de roles en la dinámica familiar, afectando a los integrantes del núcleo familiar.

Alteraciones estructurales en cambio de roles: “Un rol equivale a las expectativas de conducta que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto social dados” (Simon et al; 1988). Como ya se explicó en párrafos anteriores, cuando un miembro de la familia llega a enfermar, presentando alteración en el funcionamiento conductual y cognitivo, (como en el caso del TCE grave o severo); suelen existir múltiples cambios de personalidad del paciente. Los integrantes de la familia, al tener que modificar las actividades que ya estaban preestablecidas, producirá crisis. La realización de las nuevas actividades para cada uno de los integrantes del hogar, por ejemplo cuando llega a enfermar la madre, los hijos y el esposo tendrán que realizar tareas domésticas como la elaboración de comida, etc.

La enfermedad no es asimilada de igual manera por una persona adulta que por un niño. Por ejemplo cuando un niño de 10 años sufre un accidente craneoencefálico, existen alteraciones en la conducta y en su nivel de aprovechamiento.

Los trastornos psicológicos en el niño con el TCE trae como consecuencia el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el niño podría producir un síndrome hiperquinético cuando su cerebro es golpeado con algún objeto nocivo (Solloa García; 2002).

Los niños tras haber sufrido un TCE que desencadena el TDAH, su comportamiento cambia, se distrae con facilidad, no concluyen en la realización de las tareas, se le dificulta realizar tareas en un determinado tiempo, afectando en general el aprovechamiento en clases.

Los padres tendrán que regresar a etapas del desarrollo de su hijo al tener que cambiar pañales por la pérdida de control de esfínteres. Dejando a un lado todas las conductas de juego que van a estar limitadas, o de lo contrario, realizando vigilancia constante.

Cuando los padres no puedan realizar estos cuidados, buscarán a alguien para que cuide a su enfermo. El cambio emocional cuando se trata de un hijo afecta a los padres, en especial a la madre. Los cambios estructurales en este caso son menores; sin embargo las alteraciones emocionales de la familia aumentan en las manifestaciones del estrés.

Las enfermedades entre los miembros de la familia que están en contacto directo con su paciente, suelen aumentar cuando no existe la negociación de roles. Esto es debido, por lo general, a que un sólo miembro de la familia asume toda la responsabilidad de cuidar a su familiar.

El cuidador primario es aquel que se dedica a cuidar al enfermo todo el tiempo, quién está a cargo de las necesidades del paciente. Esta persona se auto-responsabiliza, relegando a los demás de las responsabilidades que el paciente requiere; provocando agotamiento, sufrimiento, desgaste físico y emocional. En ocasiones sufre de trastornos del sueño por el temor que cuando despierte su familiar este muerto.

Los integrantes de la familia no reconocen el sacrificio y el esfuerzo de los desvelos por parte del cuidador primario. Generalmente reciben críticas de las labores realizadas al tener que llevar al padre o hijo al doctor; lo que conlleva la

presencia de alteraciones de ánimo. Por otro lado, cuando no se convive con el paciente las 24 horas del día, se visita sólo dos o tres horas al día o cada tercer día o en forma esporádica, únicamente van de visita, es muy fácil llegar contentos contando chistes, con ganas de platicar con el cuidador primario. Esta persona no se siente con ánimos, deseando descansar mientras están sus familiares quienes pueden ayudarlo con las actividades que ella (el) realiza. Sin embargo no siempre el resto de la familia tiene las ganas o la paciencia de realizar dicha labor, gritando con facilidad, reclamando que no la ayudan, siendo una razón para ser criticado.

El cuidador al agotarse, existe la probabilidad de tener un desgaste físico como colitis ulcerosa, migraña, trastornos menstruales, problemas gastrointestinales (colitis ulcerosa, gastritis, úlceras gástricas, patología biliar), a consecuencia de la carga y renuncia personal de sus planes. Tiene que realizar muchas responsabilidades al mismo tiempo: ser esposa, madre o algún otro papel, alcanzando el punto de saturación; llegando a desarrollar trastornos físico o psicológicos: ansiedad, depresión reactiva y estrés, lo cual provoca que abandone al enfermo. Esto sucede por el poco apoyo de su familia, al mínimo apoyo de las demandas de cuidados que se necesitan. En las alteraciones psicosociales se pueden mencionar el aislamiento social, problemas familiares por la falta de apoyo de sus familiares directos, llegando al descuido de su arreglo personal.

En otras situaciones existen familias que suelen ayudarse, sin embargo, siempre existe un familiar cercano llámese hijo(a), esposo(a) que asume toda la responsabilidad.

Las alteraciones de roles no se da en forma automática, ya que es un proceso, que con el tiempo se aprenden las actividades y responsabilidades ligadas a ellas.

Existen dos tipos de negociaciones: implícitas que consiste en la iniciativa de la propia persona para darle de comer al paciente, mientras que los demás están realizando alguna actividad fuera de la casa.

La negociación de rol explícita consiste en la negociación abierta con los demás integrantes de la familia, como elaborar un horario de horas y días que le corresponde a cada uno cuidar al enfermo. En muchas ocasiones, en este tipo de negociaciones suelen existir conflictos intrafamiliares al existir una imposición de la actividad a realizar, ya que cada uno tendrá que reelaborar todas sus actividades para poder estar libre a la hora y el día que se les asignó.

En los hijos adolescentes, cuando la figura del padre o la madre está enferma, por el mismo proceso del desarrollo de personalidad les es muy difícil realizar tareas con el enfermo. Por estar en una etapa de crisis por cambios de hormonas, temperamento y carácter, suelen perder el respeto a la figura, quien en el pasado era de autoridad.

La rigidez en la interacción en los patrones familiares: Cuando la familia se encuentra sin ningún problema de la salud, por situaciones socioculturales, los padres suelen ser sobreprotectores. La interacción verbal en ocasiones es de sermones, regaños, reglas de casa, etc. Sin embargo, esto cambia cuando la figura de autoridad es la persona enferma, quien pierde todas las capacidades para mantener estos patrones que estuvieron presentes durante los años de razonamiento de sus hijos.

Esta sobreprotección se invierte de las personas sanas hacia el enfermo, en este caso quien antes de enfermar era la persona que tenía el mando en el hogar. De esta manera limitan las actividades que el paciente desea realizar aun cuando este tiene la capacidad para realizarlo.

Los familiares o el cuidador primario, al considerar que limitan al paciente de realizar actividades diarias (como bajar las escaleras, su independencia, etc.), pueden desencadenar grandes problemas para la salud. Sin embargo están bloqueando las capacidades que el enfermo todavía puede desempeñar sin ayuda de los demás. Al sobreprotegerlos, van a incrementar la saturación de deberes diarios. Lo anterior sería una situación muy peligrosa desde el punto de vista mental, debido a que el cuidador empezará a sentirse frustrado, con agotamiento y mucho resentimiento hacia dicho enfermo.

El cuidador primario y el enfermo forman un vínculo emocional llamado coaliciones, esto se da cuando existe una alianza entre ambos. El cuidador excluye al resto de los miembros de la familia y sólo se dedica a este, sacrificando proyectos personales, salidas con amigos, etc. Por ejemplo, si la familia consta de cuatro miembros como padre, madre, hija e hijo; la persona quien enferma es la madre, conforme avanza la enfermedad, la hija excluye al padre y hermano, se restringe de las salidas para estar en el cuidado continuo de su madre.

2.2.2. Alteraciones del proceso

La enfermedad de un integrante de la familia interfiere en los ciclos evolutivos de la persona e incluso de la propia familia. Así mismo las tareas normativas se ven afectadas de diferentes grado, dependiendo de la severidad de la discapacidad del enfermo (Rolland; 2000). Cabe mencionar que la intensidad del impacto para la familia o para el cuidador primario dependerá del tipo o de etapa de la enfermedad.

Dependiendo de la etapa en la que se encuentre el enfermo, serán las privaciones que se le harán, ya que los familiares se hacen autoritarios hacia su paciente sobre las decisiones que este desea tomar, suelen existir las represiones, la libertad hacia el traumatizado. Por ejemplo, si el traumatizado se siente capaz de manejar e irse solo a un lugar deseado ó de realizar una actividad fuera de la casa, los mismos familiares lo obstaculizan por el miedo que le pase otro accidente.

2.3. Reacciones en los familiares durante el Duelo anticipado

El Duelo anticipado se produce cuando existe una pérdida de cualquier tipo, en este caso, es la pérdida de salud del familiar como resultado de la cronicidad que esta desencadene, pérdida de la funcionalidad de los proyectos en el futuro que se tenía con tal paciente y personales.

El objetivo de que las personas elaboren este tipo de duelo es para prepararse a la próxima muerte del familiar, haciendo consciente que padece una enfermedad severa que provocará su muerte.

Las reacciones que presentan los familiares al enterarse de la noticia inesperada hasta la fase final que el paciente presente según el pronóstico son las siguientes:

- *La incredulidad:* Esta se presenta como primera instancia, su característica principal es la dificultad para aceptar lo ocurrido.

Ejemplo: Alicia se encuentra en la escuela, recibe la llamada de Manuel (su vecino) que su papá tuvo un accidente golpeándose la cabeza, tuvieron que trasladarlo al hospital de urgencias porque perdió el conocimiento. Para Alicia, en primera instancia, será difícil aceptar lo sucedido (incredulidad).

- *Shock:* Es la sobre carga emocional, siendo un fallo en el funcionamiento cognitivo del sujeto.

Al llegar al hospital donde se encuentra el familiar; será normal que Alicia entre en un estado de Shock, tiene dificultad para tomar decisiones, para el tratamiento del padre.

- *Negación:* es un mecanismo de defensa que los familiares utilizan para rehusarse a aceptar lo que está viviendo con el accidente de su paciente, creen que lo que se está viviendo es mentira. Sin embargo algunas personas, están conscientes de lo sucedido y les da miedo aceptarlo.

En el ejemplo anterior, el doctor le comunica a Alicia que su padre está en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que se encuentra en estado de coma y que no va a poder escucharla cuando le hable debido a la pérdida de estímulos. Que puede ser de manera eventual ó permanente; manifestando el mecanismo de negación, esto en ocasiones ocurrirá cuando pase a visita con su padre; cuando le esté hablando pensará, me está escuchando solamente está dormido; ahorita va a despertar.

- *Desplazamiento:* es otro mecanismo de defensa que utilizan algunos familiares para protegerse al sufrimiento; en ocasiones en lugar de estar sintiendo el dolor de familiar, prefieren irse al cine o leer algún artículo que produzcan las mismas emociones que sienten con relación a su familiar.

Retomemos el mismo ejemplo, pero cambiando la perspectiva: Alicia al enterarse que su padre sufrió un accidente, se va al hospital. Escucha los comentarios del estado de su padre, pasa a visitarlo y desplaza todas las emociones que siente al leer un libro de cualquier tema. Llega a creer que se siente triste por el artículo que leyó más no por lo ocurrido de su padre.

- *Protección:* Es una reacción normal hacia un ser querido, al quién no se desea que le pase algo malo, aunque en ocasiones resulta frustrante para el paciente que lo lleguen a tratar como un niño.
- *Rabia:* Se manifiesta a través de la violencia se dirige hacia el mismo paciente, por su falta de cuidados para haber evitado dicho accidente; contra los médicos por no llevar su trabajo en forma constante y con dedicación. “Buckman propone que otros sentimientos como miedo y culpa se expresan en términos de violencia”. (Buckman 1992)

2.4. REACCIONES PSICOLOGIAS EN LOS FAMILIARES

2.4.1. Ansiedad en los familiares de pacientes con secuelas del T.C.E.

Los investigadores Hilda Wendy Morales, Teresa Romero Ogawa y María del Carmen Lara Muños, realizaron un estudio de la “*Ansiedad en los familiares de los pacientes con Traumatismos Craneoencefálico*”, en donde se obtuvieron las siguientes conclusiones:

“La ansiedad que llegan a sufrir los familiares de los pacientes ingresados al Hospital con Traumatismo Craneoencefálico presentaron más síntomas de ansiedad de aquéllos con otros padecimientos. Al tratarse de un evento inesperado; [...] tal evento afecta al cerebro. [...] es un factor de riesgo, ya que las mujeres presentan más síntomas de ansiedad que los varones, [...] las madres y esposas son las más afectadas (Hull y cols.). [...]. Los familiares que presentaron mayor ansiedad fueron los miembros del núcleo familiar; [...]; Menezes [...] la mayor prevalencia de síntomas de ansiedad en los progenitores, refiriendo desintegración familiar por problemas entre ellos y cambio de comportamiento en los otros hijos. [...] bajo nivel económico también es causante de ansiedad”.

2.4.2. ¿Qué es la ansiedad?

La Real Academia define la ansiedad como un estado de agitación (anxietas), inquietud; que aparece a partir de una alteración emocional, ocasionando somatización en el individuo.

La ansiedad es un componente central en la mayoría de los trastornos psicosomáticos y trastornos psicológicos, así como también está vinculado con el miedo, estrés, angustia y fobias.

La diferencia que existe entre la ansiedad y el miedo es que a pesar de que ambas tienen reacciones fisiológica y física, el miedo es una perturbación que se presenta a partir de una amenaza en el momento. A diferencia de la ansiedad, que es la anticipación de los peligros del futuro, dichos peligros son indefinibles, impredecibles (Marks 1986). Estas dos alteraciones causan a nivel psíquico pensamientos de peligro, sensación de aprensión, reacciones fisiológicas, conductuales, emocionales y respuestas cognitivas (Cambell, 1986).

Las reacciones fisiológicas que se produce se deben a la actividad del sistema nervioso autónomo, es decir, alteraciones en las funciones internas y externas en el organismo. En los cambios externos se presenta sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento en la tensión muscular generando dolores

principalmente en la espalda, cabeza y cuello, y palidez facial. Los cambios internos que produce la ansiedad son: aceleración cardiaca, descenso o aumento de salivación, agitación respiratoria, necesidad de orinar con frecuencia, diarrea ó molestias en el estómago.

Las reacciones motoras o conductuales se observa en las expresiones faciales y los movimientos o posturas corporales, teniendo respuestas de huida y evitación.

Los síntomas emocionales que se presentan durante la ansiedad son: incapacidad para relajarse, intranquilidad, irritabilidad e impaciencia, miedo, nerviosismo, preocupación constante, sensación de malestar indefinible, sensación de vulnerabilidad o fragilidad, anticipación de desgracia, sensación de desastre inminente y estado de insatisfacción.

Las respuestas cognitivas que se presentan son la preocupación constante, deseo de escapar de la situación que le genera la intranquilidad, dificultad de concentración, dificultad para controlar los pensamientos negativos, insomnio, recuerdos ó representaciones imaginarias del evento traumático y la distracción constante.

La ansiedad no siempre juega un papel nocivo para el organismo, ya que también es motivadora; ayuda a prevenir las amenazas y a reducir sus consecuencias. La ansiedad es normal siempre y cuando se manejen grados normales sin provocar malestares físicos ni orgánicos como sucede con la ansiedad patológica, misma que es considerada no adaptativa (Echevarria R. y Cols., 1998).

2.4.3. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

La ansiedad generalizada es la preocupación con síntomas excesivos de ansiedad, persistentes y difíciles de controlar. Estas preocupaciones aparecen según las circunstancias de la vida diaria tales como: la familia, la salud propia o de otra persona cercana al individuo (Brown; 1995).

Los individuos que presentan este tipo de trastorno “tienen pensamientos recurrentes de preocupaciones excesivas, que están desproporcionadas a las posibles consecuencias de los acontecimientos o situaciones temidas”.

Este trastorno cuenta con cinco clasificaciones de síntomas: síntomas autónomos, reacciones con pecho y abdomen, síntomas con salud mental, síntomas generales y otros síntomas no específicos.

Los síntomas autónomos consisten en las palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblor o sacudidas, sequedad de la boca.

Las reacciones con pecho y el abdomen propician la dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal.

Síntomas relacionados con salud mental: sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento, miedo a perder el control, pérdida de conciencia.

Los síntomas generales: sofocos ó escalofríos, aturdimiento ó sensaciones de hormigueo, tensión ó dolores con molestias musculares, incapacidad para relajarse, sensación de nudo en la garganta manifestando dificultad para tragar.

Los síntomas no específicos: sobresaltos, manifestaciones de tener la mente en blanco, son originados por las preocupaciones ó por la propia ansiedad, irritabilidad persistente, dificultad para conciliar el sueño por las preocupaciones.

Estos síntomas aparecen por dos componentes de la vulnerabilidad psicológica: la percepción de la amenaza generalizada y el sentirse impotentes de afrontar el evento amenazante como por ejemplo la enfermedad crónico-degenerativa y muerte de un familiar (Borkovec; 1994).

Las personas que llegan a padecer este tipo de trastorno es por "la falta de habilidad para manejar diversas situaciones problemáticas (Dugas y Ladouceur; 1997), es decir quienes sufren de este tipo de habilidades son los pesimistas.

El TAG ocasiona malestares en el organismo desde físicos hasta la activación en el sistema nervioso autónomo; por ejemplo las tensiones musculares, irritabilidad, incapacidad para relajarse, sueño superficial o sobresaltos.

Este trastorno provoca alteraciones orgánicas como el síndrome del colon irritable y colitis ulcerosas crónicas. Origina muchos problemas digestivos así como también el miedo y la ira tienen gran influencia en las funciones gastrointestinales, ya que influyen en la excitación del sistema nervioso simpático. Existen evidencias en donde estos problemas gastrointestinales tienen su origen en factores psicológicos (Drossman et al; 1997).

La colitis ulcerosa crónica es la inflamación de tipo inespecífico persistente acompañado de procesos ulcerosos que afecta a la pared alta y de la parte baja del tracto digestivo, por el sistema nervioso autónomo. Los factores psíquicos y

emocionales provocan también la afectación en el colon, principalmente por estímulo estresantes, es decir, es la inflamación del colon por factores psicosomáticos.

Los factores psicológicos también irritan en la parte interna del colon, la mucosa sufre progresivamente una inflamación, aparecen los percances hemorrágicos y finalmente se erosionan destruyendo las estructuras musculares intestinales. Esto propicia un problema en el individuo al provocar una hemorragia y la destrucción de la mucosa (Lachman; 1972).

Existen diversas teorías al respecto, las cuales mencionan que el problema principal de este trastorno es la incapacidad de afrontamiento por las preocupaciones extremas en los acontecimientos de mínimo estrés. Así como también se ha contradicho que la ansiedad generalizada no es un trastorno, sino que es un problema de la personalidad desadaptada.

Tal es el caso de la Teoría Cognitivo-Conductual la cual conceptualiza que el trastorno es por el reforzamiento de pensamientos catastróficos que se dan de manera automática, prestando mucha atención a los estímulos amenazadores. Esta atención tan exagerada es lo que construye los pensamientos de peligro, al estar concentrado en este tipo de procesamiento cognitivo, no puede eliminar el peligro imaginario que existe llevándolo a tener conductas de evitación activa. En cuanto a la teoría del afecto del trastorno de ansiedad generalizada se compone de un efecto negativo y positivo (Watson y Tellegen; 1985).

El efecto negativo se presenta en los individuos que reciben estímulos desagradables, así como la intensidad de su preocupación. Se atribuye que las personas con mayor efecto negativo como tal experimentarán emociones negativas; en la medida que esto vaya aumentando, entra en conflicto hacia el mundo exterior, así como también con pensamientos de fracasos.

Otro punto muy importante que existe respecto a este trastorno, es que su aparición no sólo se debe a las causas mencionadas anteriormente; sino que también está involucrada la confianza de la persona para enfrentar una situación. Cuando esto sucede es por la poca confianza que la persona se tiene, estos individuos carecen de la autoeficacia.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada, tal como se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) tiene como características:

CRITERIO A: Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como rendimiento escolar o laboral), que se prolonguen más de 6 meses.

CRITERIO B: El individuo resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

CRITERIO C: La ansiedad y preocupación se asocia a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses)

- 1) Inquietud o impaciencia
- 2) Fatigabilidad fácil
- 3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- 4) Irritabilidad
- 5) Tensión muscular
- 6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

CRITERIO D: El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I. Por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa de los seres queridos (como el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como el trastorno de somatización), o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

CRITERIO E: La ansiedad y preocupación o los síntomas físicos provocan molestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

CRITERIO F: Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Las personas que llegan a padecer este diagnóstico llegan a presentar síntomas somáticos como sudación, náuseas, diarrea; hiperactividad vegetativa y reacciones de sobresalto exageradas. (DSM IV TR Págs. 533-534)

2.5. Influencia del estrés para las enfermedades orgánicas.

El estrés es una intensa reacción emocional a una serie de estímulos externos que activan respuestas fisiológicas y psicológicas de naturaleza adaptativa, si los esfuerzos del sujeto fallan porque el estrés supera la capacidad

de respuesta, el individuo es vulnerable a la capacidad psíquica, la somática o ambas.

Existen diversos estudios donde se afirman que el estrés tiene un impacto para la alteración del funcionamiento del organismo, principalmente en el sistema inmunológico.

El estudio realizado por: Agustín Martín Rodríguez y María Ángeles Pérez sobre el tema "*Influencia de la Unidad de Cuidados Intensivos de los Familiares de los Pacientes con Mala Calidad de Vida*", cabe señalar que existe un alto porcentaje de que los ingresos a la unidad de cuidados intensivos son por T.C.E.

El estudio analizó dos tipos de familiares que tienen a sus pacientes en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y los pacientes que sufrían algún accidente que no era necesario ser ingresado a la UCI.

Las conclusiones a las que se llegaron en el presente estudio son que los factores que provocaban estrés en las familias eran los que eran ingresados a dicho servicio, entre más crónico sea el pronóstico mayor será el grado de estrés que vivirán los familiares

Las familias al estar en contacto directo con otros familiares de pacientes al diagnóstico similar al que su enfermo padecía, ocasiona incertidumbre al incierto del pronóstico de su pacientes, principalmente a los cambios de roles que existen en las familias al tener que adaptarse a la nueva situación ó problemática de los reglamentos del hospital como los horarios de visitas. Los doctores al utilizar tecnicismos que no son comprensibles para todas las personas, ocasionan incertidumbre y confusión de no saber el significado de los términos de los médicos.

Los familiares son susceptibles al estrés por la dificultad que tienen las familias de afrontar eventos inesperados; aunado a la falta de comunicación de los miembros, pierden el equilibrio de la armonía, al cuidar al paciente con una enfermedad crónica.

La condición y la cronicidad del paciente generan estrés en la dinámica familiar ó quién cuide de él, ya que la familia suele sufrir igual o más que el enfermo. Al tener que estar en contacto directo con el sufrimiento del paciente, al tener la responsabilidad de los cuidados de otra persona, genera problemas psíquicos. El estrés se suscitará en quien cuide al enfermo en condiciones críticas de salud. Holmes y Rahe diseñaron una escala de los tipo de eventos que son

estresantes para la familia, en donde da las variables que son causantes de trastorno somático, físico o emocional como son la muerte de un cónyuge, muerte de un familiar cercano, lesiones o enfermedad, cambios económicos, cambios en las actividades sociales, etc.

Las personas que manejan de manera continua estrés, sufrirán enfermedades severas como son las úlceras gástricas por el aumento de la circulación de ácidos gástricos en el estomago, existe la supresión del sistema inmunológico ocasionando que sea más vulnerable a las enfermedades (ya que existe una depresión en este sistema), induce la aparición de ciertas afectaciones cardiacas, problemas en la piel (las manchas), problemas respiratorios y las cefaleas tensionales. Para confirmar esto, se realizaron estudios en donde se llegó a la conclusión de que el estrés psicológico incrementa la susceptibilidad en los humanos. Se estudiaron a 400 personas que manejan alto grado de estrés, encontrando que el estrés tiene influencia en las dificultades respiratorias.

La cefalea tensional está relacionada con los factores psicológicos como el estrés cotidiano, la ansiedad y la depresión. Estos trastornos ocasionan el dolor frecuente de cabeza, contribuyendo a la contracción muscular craneana.

Existen diversos estudios donde se hace hincapié en que el estrés es un factor que afecta a la familia. Al estar en contacto directo con la persona quien, a consecuencias de su enfermedad, tiene que ser dependiente para el cuidado.

El paciente cuando es dado de alta, el estrés en los familiares aumenta debido a que los cuidados en los hogares son de responsabilidades, por la eclosión de la enfermedad al estar girando la enfermedad alrededor de la familia, llegando a olvidarse de la salud de los mismos integrantes.

Los resultados que arrojaron los familiares que tienen a su paciente en la unidad de cuidados intensivos son más susceptibles al estrés por estar en el contacto directo de las tristezas por muertes de las familias. Sin embargo llegan a tener diferentes variables de agitación y expresividad al hacer consiente la probable muerte de su familiar. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a las problemáticas emocionales como la somatización, ansiedad, culpa, baja energía, estrés y depresión.

Las alteraciones de la salud que presentan las personas cuando se encuentran expuestas a niveles altos de estrés son: sufren de ansiedad y con sentimientos como cólera, ira, coraje, que se denominan somatización.

La enfermedad psicosomática es provocada por la pérdida homeostática, por el intento fallido de la adaptación del evento estresante. Este tipo de enfermedad se clasifican en tres grupos (Weiss; 1943):

Grupo 1 enfermos funcionales: son los pacientes que no muestran enfermedad orgánica definida, ni enfermedades psicosomáticas; estas personas se encuentran en un lugar intermedio entre estas, consecutivamente van a las consultas con doctores.

Grupo 2 este grupo se caracteriza por la relación entre lo emocional con lo fisiológico, las personas que se encuentran en esta clasificación tienden a somatizar sus problemas emocionales en los hallazgos orgánicos (Ibor; 1973); existiendo lesiones orgánicas graves (Weiss).

Grupo 3 son las enfermedades físicas que están relacionada con el sistema nervioso autónomo que provoca la hipertensión, asma, etc.

Estos síntomas en el organismo, que no revelan una base de alguna lesión anatómica ó funcional, tienen su origen en los problemas psicológicos.

Entre las teorías que existen por diferentes investigadores del origen de la somatización se puede mencionar a Charcot quien es el fundador de la medicina psicosomática. Refiere que las emociones pueden provocar dolencias como: taquicardia, vómito, amenorrea, disnea (dificultad para respirar), gastralgias (dolor de estomago), etc. (Delay; 1965). Otros investigadores aportaron que las emociones persistentes traumáticas pueden provocar lesiones orgánicas como son las úlceras (Selye; 1953 y 1956). Esto sucede al existir una relación entre el estrés emocional y el aumento de secreción de acido clorhídrico y pepsina (Grace y Wolf; 1951).

Este trastorno se presenta en los individuos que se encuentran predispuestos en un ambiente inapropiado, en donde se desencadenan muchas reacciones psicológicas como la angustia, cólera, estrés, tensión psicológica, temor. Estas reacciones van a provocar diversas alteraciones o trastornos funcionales biológicamente valorable, existiendo el riesgo de alterar las funciones del sistema nervioso autónomo que es el encargado de mantener el equilibrio del medio interno al inervar el corazón, pulmones, vasos sanguíneos, las glándulas; sistema urogenital, entre otros; y sistema nervioso endocrino, pueden originar lesiones. Al existir esta pérdida de homeostasis en el organismo, el individuo manifestará elevación de la presión arterial de la frecuencia del pulso y sequedad

en la boca. Los sistemas orgánicos que sufren alteraciones son sistema cardiovascular, respiratorio, digestivo, dérmico, nervioso, inmunitario, endocrino (Halliday; 1973).

El Trastorno de Somatización, tal como se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) tiene como características:

- A. Historia de múltiples síntomas físicos que empieza antes de los 30 años, persisten durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
 - I. Cuatro síntomas dolorosos: historia del dolor relacionado con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (por ejemplo cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto, durante la menstruación, el acto sexual y la micción).
 - II. Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (por ejemplo náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).
 - III. Un síntoma sexual [...] indiferencia sexual, disfunción eréctil ó eyaculatoria, menstruación irregulares, perdidas menstruales excesivas.
 - IV. Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntoma de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora ó del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil, y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones, síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo.
- C. Ninguno de los síntomas del criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica ó por los efectos directos de la sustancia.

D. Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados.

Los tipos de trastornos somáticos que se pueden presentar en estos individuos son: trastornos psicósomáticos respiratorios, trastornos psicósomáticos músculo-esqueléticos y trastornos psicósomáticos cardiovasculares.

El trastorno psicósomático músculo-esquelético incluyen dolor de cabeza, cefalea tensionales; por las tensión psicológica también denominado cefalea ordinaria por estrés emocional. Puede presentarse de dos maneras: rigidez física (contracción de músculos) y emocional (inquietudes internas), estos estados de tensión pueden provocar las cefaleas de tensión.

Los síntomas más frecuentes de los dolores provocados por tensión emocional son: sensibilidad aumentada, contractura en los músculos del cuello y del cuero cabelludo. Este tipo de cefalea también puede manifestarse con dolores frecuentes en la espalda. Por tensión es de inicio gradual, variando en la intensidad sin atrofiar las actividades de la vida diaria. Los síntomas son de pesadez, opresión, punzantes fugaces de ubicación cambiante. La localización de estos signos es "holocraneal" es decir alrededor de la cabeza.

Wolff menciona que la contractura prolongada en los músculos es causa del dolor y cefalea en personas tensas, insatisfechas, aprensivas y ansiosas.

Los trastornos psicósomáticos respiratorios provocan la hiperventilación que se origina en conflictos emocionales, hallándose en situaciones de conflicto o en estado de estrés emocional. Las personas que padecen problemas de hiperventilación con frecuencia se encuentran quejumbrosas por la dificultad de respirar, siente la sensación de ahogo, se quejan de sentir vértigos, sufren diaforesis, su forma de caminar es de zigzag, opresión en el pecho, se quejan de frecuentes dolores del corazón. Estos síntomas lo único que provocan en quien la padece la desesperación en respirar más profundamente, ocasiona que se empeore al aparecer síntomas de hormigueo en las puntas de los dedos y alrededor de la boca. En caso que la hiperventilación continúe la persona puede presentar: palidez, pulso débil o irregular, pérdida de conciencia y convulsiones.

En los trastornos orgánicos mencionados anteriormente, existe el riesgo que lo presenten las personas que se enfrentan a niveles altos de estrés originados por enfermedades y accidentes en algún miembro de la

familia. Al no estar preparados para afrontarlo existen cambios físicos, cognitivos y de personalidad.

Otros factores que causan mayor estrés en las familias en los estudios realizados con familiares, es producido por la secuelas de algún daño o severidad craneal; ocasionando alteraciones en el control emocional, conducta y dificultades cognitivas (O'hare y Wright; 1994).

Otro estudio longitudinal se realizó durante dos años, con el propósito de analizar los factores que son causantes de mayor grado de estrés. El estudio, coincide con los investigadores mencionados anteriormente al corroborar que las quejas más frecuentes de los familiares de pacientes con daño cerebral se deben a su falta de implicación en las actividades así como a la mayor fatigabilidad, la lentitud para procesar información y el olvido, cambios bruscos de carácter, la ansiedad, el egocentrismo, la presencia de conductas sociales inapropiadas y las agresiones (Hall et al; 1994).

El estrés en los familiares se manifiesta a través de la incertidumbre de los primeros días, la afectación física y la discapacidad que se genere después de dicho trauma; así como la amenaza a las posibilidades de supervivencia del paciente, el cambio de personalidad que el paciente sufra a raíz del accidente, la incapacidad de la familia para poder afrontar los cambios que surjan inevitablemente y los cambios de roles que llegue a sufrir la familia (Campbell 1988).

Los familiares sufren estrés por la escasa comunicación con los profesionales de salud que están implicados en el tratamiento del familiar afectado; al desencadenar una falta de comprensión y de incertidumbre sobre el comportamiento de la persona lesionada, así mismo el sentimiento de impotencia también genera estrés en las personas.

El paciente traumatizado al tener pérdida de autocontrol, ocasiona estrés en la dinámica familiar y personal (Panting y Merry, 1972).

Los familiares durante la estancia Intrahospitalaria de su paciente produce estrés y frustración por la burocracia de la institución de salud.

Los servicios que tienen muchas demandas a largo plazo en dichas instituciones llegan a desempeñar un papel muy importante para el malestar o

bienestar de los familiares de los pacientes; ya que una enfermedad seria de un familiar, es una carga emocional para la familia (Góngora y Beyechach; 1995).

Una situación desencadenante del estrés en la misma familia puede ser neutral para otra, esto dependerá de la valoración que haga con respecto al problema existente. Para esto existen dos etapas:

En la primera etapa *valoración inicial* la finalidad es la valoración del estímulo que podría ocasionar estrés, como inofensiva o amenazante. Por ejemplo el familiar valorará si el paciente esta grave o sólo fue un golpe que necesita ser suturado y llevárselo a la casa.

La otra etapa se denomina valoración secundaria, se valoran los recursos para poder manejar al estímulo causante de estrés, utilizando los recursos y las alternativas que tiene el individuo. Cabe mencionar que no todas las personas tienen la facilidad de poder afrontar el estrés, si no que deja que el mismo ambiente manipule sus emociones haciendo presencia el estrés. Se han estado poniendo los ejemplos del hospital, la burocracia del mismo, el pronóstico del paciente, si el familiar no se adapta a las situaciones que se le está presentando en el presente, como son los accidentes inesperados, la muerte de un familiar.

El estrés se desencadena a través de diferentes características como la duración, severidad, posibilidad del pronóstico, grado de pérdida de control y aparición repentina.

TERCER CAPITULO

LA MUERTE COMO FACTOR DESENCADENANTE DE LA CRISIS

3.1. Muerte

“La muerte es un proceso; [...], no es un estado, no se produce en un momento preciso, [...] se da un momento concreto. [...] la muerte como proceso pasa por diferentes momentos (Viincent Thomas, L; 1994).

La muerte es percibida como una intrusa, al presentarse de manera ucrónica; es decir tanto puede morir una persona sana ó enferma de diferente edad.

Los rasgos inherentes que existen respecto a la muerte son: la temporalidad que nos hace conscientes de que no somos eternos, por lo tanto sólo se vive por un determinado tiempo ya sea años, meses ó días; la finitud de enfrentarnos al no ser eternos; y por último cuando se presenta la muerte no hay retroceso, a esta última clasificación se le denomina irreversibilidad; (V. Frank; 1991).

La escritora Elizabeth Kübler Ross, comenta que todas las personas tienen miedo a las emociones y sentimientos intensos, tienen miedo al sufrimiento que sentirán ante la muerte de un ser querido y a la incertidumbre a lo desconocido. Es por esta razón que prefieren llevarlos a que los auxilien los médicos y permanezcan en la estancia intrahospitalaria para alargar el tiempo de vida del paciente y de esta manera negarse a la ausencia definitiva del ser querido. Sin embargo este tipo de pérdidas son necesarias para crecer y vivir (Judith Viurst; 1999).

3.2. Duelo Normal

El duelo normal se caracteriza por los signos y síntomas de tristeza al tener recuerdos reiterados del finado, insomnio, irritabilidad. Todo esto lleva al individuo a la dificultad para la concentración, entorpeciendo las actividades: laborales, sociales, escolares, familiares, entre otras.

El tiempo de este tipo de duelo no debe superar los seis meses, durante este tiempo, el individuo tuvo que haber sido capaz de haber llevado con éxito las etapas del duelo con sus respectivas tareas.

Los tres enfoques del proceso del duelo son los siguientes:

1. La Psiquiatra Elizabeth Kübler Ross, elaboró el proceso del duelo en cinco etapas, producto de la investigación con las familias de los pacientes terminales; al presentar sentimientos y enojos: negación, rabia o enojo, negociación, depresión o tristeza y aceptación.
2. Kepner elaboró las etapas o momentos de la experiencia: sensación, formación de figura, movilización de la energía por la acción, acción por el contacto, contacto y retirada (Kepner; 1999)
3. La psicóloga de los duelos, Terréese Random da las seis "R": reconocer la pérdida, reaccionar y expresar sentimientos y emociones, recordar la relación, replantear la vida nueva, reacomodarse en un mundo y reinvertir en busca de nuevos proyectos. (Worden; 2002).

Las cinco etapas del duelo que elaboró Elizabeth Kübler Ross son las siguientes:

La *negación* es un mecanismo de defensa y de autoprotección, que utilizan la persona al presentarse un acontecimiento doloroso y que puede desencadenar sufrimiento, emociones fuertes en el individuo; esto produce un entumecimiento emocional. Tiene la idea que es un sueño, esta incredulidad propicia el entumecimiento emocional. Esta autora refiere que el evento que propició la muerte del familiar es importante para la duración de esta etapa, se considera que el tiempo normal es de cuatro a seis semanas.

La segunda etapa de duelo es la manifestación del *enojo*; este sentimiento se manifiesta hacia la persona fallecida, hacia Dios. Esto se debe por el miedo que existe al continuar la vida sin el individuo, por la impotencia de enfrentar sola los problemas financieros, emocionales y físicos; así como también el desamparo, herida y frustración que sufre. En esta etapa el sentimiento de culpa es constante, cuando la persona es incapaz de poder expresar este sentimiento se transforma en ira reprimida; y como consecuencia a esta represión de emociones y sentimientos, empieza a somatizar con frecuentes dolores de cabeza.

La persona al llevar a cabo las dos etapas anteriores exitosamente se enfrenta a la etapa de la *negociación*; siendo el tiempo que se da internamente; es decir en el nivel cognitivo, para poder aceptar la pérdida del ser amado, retrasando la responsabilidad necesaria para poder desbloquear la expresión de los sentimientos y emociones hacia la pérdida.

El estado de ánimo que conlleva la etapa de negociación es la *depresión o tristeza*, siendo esta la cuarta etapa del duelo. Durante esta fase se experimenta enojo interiormente por el comportamiento que tuvo con la persona finada, teniendo recuerdo de las convivencias; es frecuente el término “hubiera” y “debí”.

Para la persona al pasar por todas estas etapas le es fácil que logre la aceptación de la muerte, al asimilar su situación en el presente, sin tener que incorporar el pasado, los recuerdos, los hubieras. Simplemente acepta la realidad del presente.

En la etapa de desorganización, se expresa el dolor que siente ante dicha pérdida, es la distorsión de la realidad y la falta de claridad del presente. Este desorden puede tener consecuencias, debido a que la persona no está en condiciones de poder tomar decisiones importantes, comprometedoras, etc. Tienden a encerrarse en su dolor, expresándose a través de frecuente llanto, o de lo contrario con pláticas de manera compulsiva.

El sentimiento de culpa se presenta cuando el doliente recuerda la convivencia con la persona fallecida, empezando a idealizar el pasado, cuando existieron pleitos, se siente culpable por los errores cometidos durante ese tiempo; así como también el que piense que pudo evitar la muerte.

La fase de la soledad durante el duelo es cuando la persona fallecida era la compañera del doliente. Cuando se da cuenta que ya no puede hacer nada para estar con su compañero, hermano, padre, madre; siendo necesario seguir la vida sin estas personas, con quien estuvo conviviendo gran parte de su vida, está pérdida se llega a apoderar del estado de ánimo de dicha persona. Esta etapa es peligrosa debido que se empieza a compensar el vacío cuando transforma los defectos, fallas, las malas conductas; atribuyéndoles cualidades casi celestiales.

Los familiares sienten alivio después de la muerte de su paciente al considerar que no sufrirá más, disminuirán la carga económica al no tener que comprar los medicamentos. En ocasiones esto genera culpa en el doliente, al

darse cuenta lo que significó la muerte del ser amado; cuando esto sucede, se siente impotente al ignorar como poder manejar este sentimiento de alivio; empezará sentir ambivalencia ante dicho conflicto de sentimientos.

La última etapa es el restablecimiento, en esta fase el individuo ya ha asumido todos los sentimientos y emociones que le generó la muerte de la persona amada, principalmente el sentimiento de culpa ha finalizado. Lo que significa que empieza con nuevas expectativas, planes hacia el futuro, llegando a la conclusión que él está vivo y que merece vivir plenamente.

En las etapas de elaboración del duelo, del ciclo de la experiencia, durante este proceso, los individuos realizan tareas que fueron propuestas por la psicóloga de los duelos Terréese Rando. Estos son con la finalidad de que las personas dolientes puedan contactar sus sensaciones y sus sentimientos. Además los dolientes al concluir todas las etapas de manera satisfactoria, adquirirán el conocimiento de la muerte, entendiéndola y admitiéndola.

El *ciclo de la experiencia* consiste cuando el individuo sufre la muerte de un ser querido, tendrá una *sensación*, canalizándola como una sensación fría. Por la experiencia que está viviendo en ese momento, automáticamente empezará con diferentes tipos de sentimientos y emociones, esto se puede distorsionar ó limitar según la interpretación del acontecimiento actual. Durante este proceso se presenta la sensación de vacío, al darse cuenta que la persona se ha ido para siempre, por ejemplo el esposo fallece un martes, siendo el sepelio el miércoles como estaba acostumbrado tener actividades los días jueves, la buscará para irse algún lado.

La tarea primordial que se realiza es *reaccionar* ante la separación, es decir, el individuo debe expresar sus emociones y sentimientos, identificar y aceptar lo que siente por la pérdida.

El planteamiento que se hace durante la *formación de figura* es conforme al avance de la sensación del individuo, al hacerse consciente su dolor a través de la experiencia, detecta qué existe detrás de todos los sentimientos y emociones que siente. Por lo general se llega a experimentar rabia hacia los doctores, hacia Dios, irritabilidad por la ausencia del ser amado. Dicha irritabilidad se debe al enfrentar la vida sin esta persona y la rabia por el sentimiento de culpa que siente, ya que considera que pudo haber evitado la muerte del individuo.

La tarea en esta fase es *recordar* y experimentar la relación, revivir de manera positiva los sentimientos, los momentos que pasaron juntos como anécdotas, peleas, admitiendo todas las experiencias tanto buenas como malas.

El doliente cuando pasa a la etapa de la movilización de la energía para su acción es porque ya se preparó para realizar el contacto con la realidad; de esta manera acepta que la pérdida del ser amado es irreparable, está consciente que no hay nada que hacer; que tendrá que enfrentar la vida sin esta persona. La tarea es *replantear* los papeles, el estilo de los valores (alimentarse sanamente, dormir las horas necesarias, principalmente no autoagredirse); esto se llevará a cabo al aceptar que el pasado no se puede cambiar. Respecto a este proceso, el semiólogo Alfonso Ruiz hace mención en su conferencia que impartió sobre el tema de "*La Semiología en los Valores*", que el valor se presenta cuando el individuo deja de agredirse así mismo.

Cuando se ha sobrellevado de la manera correcta los procesos de duelos mencionados anteriormente, existe la *acción* para el contacto, es decir la búsqueda de satisfacción de las necesidades en el momento que el doliente sienta dolor, sufrimiento hacia la pérdida. Puede continuar con su vida, hallándose en la posibilidad de presentar depresión reactiva (respuesta del estado de ánimo como consecuencia de un acontecimiento doloroso). Durante esta faceta se realiza la tarea de la reacomodación.

La reacomodación es la nueva adaptación del individuo hacia el ambiente, enfrentándose a un mundo nuevo con características personales diferentes. La finalidad de dicha tarea será reemplazar la nostalgia, tristeza, todas las emociones y sentimientos que se generan hacia la muerte, por los recuerdos.

La última fase de elaboración del duelo consiste en la retirada ó conclusión. Se da cuando es asimilada la pérdida hacia el recuerdo que existe de la persona ausente, ya no produce dolor si no todo lo contrario, es con cariño. Cuando esto ocurre es porque el individuo vivió intensamente el proceso de duelo, llegando de manera oportuna a la fase de la aceptación.

La tarea que se debe desempeñar en esta última fase es la reinversión de toda la energía psicológica que fue desgastada durante este largo proceso de duelo tales como el amor a uno mismo y hacia los demás, el interés, la dedicación a los proyectos que fueron abandonados durante este trabajo difícil. Es común que los dolientes hayan renunciado a su trabajo ó de lo contrario

hayan pedido permiso; en esta fase empiezan con los proyectos, ilusiones, afecto hacia su propia vida.

Es probable que vuelvan aparecer las emociones y sentimientos que se llegaron a presentar durante el duelo; sin embargo en este caso, será de manera temporal. Cuando exista alguna fecha importante como el aniversario de bodas, el aniversario del fallecimiento, su cumpleaños se dará una reexperimentación por la persona fallecida que se denomina el síndrome de aniversario.

3.3. Duelo patológico

El duelo patológico se presenta cuando existen ausencias de una etapa a otra fase del duelo, es decir cuando el afectado se queda fijado en alguna fase de este proceso. Este es uno de los factores que propician que las personas tras la pérdida del ser amado padezcan la fase crónica del duelo (Elizabeth Ross).

El doliente desde la primera etapa empieza a manifestar problemas en las etapas de Elizabeth Ross. La primera etapa en la de negación se prolonga más de seis semanas, esto va causar que se interrumpa el proceso para poder vivir de manera natural la siguiente etapa.

El individuo al estar fijado en la etapa de la negación no podrá pasar a la fase del enojo, por lo tanto no podrá experimentar la sensación y formación de figura, que provoca la ausencia del fallecido. Cuanto más largo sea el periodo de la negación, existirá una barrera que impedirá la vivencia de definir cuáles son emociones y sentimientos. Como se puede observar existen muchos obstáculos para el doliente, desde que comienza con el manejo del duelo como es la resistencia al cambio, miedo a lo desconocido de vivir sin la persona amada, debilidad para afrontar la vida; y tras todas las situaciones que se presenten en el doliente, ocasiona todas estas interrupciones como el que se presenta en la tercera etapa, la cual corresponde a la negociación. En esta fase el ocasionador de dicho bloqueo son la introyección, las experiencias obsoletas y los asuntos inconclusos, esto es lo que produce el sentimiento de culpa.

La penúltima etapa es muy peligrosa por dos factores: la depresión e introyección; siendo los responsables de presentar múltiples trastornos como

rasgos esquizoides, maniaca-depresivo, trastorno conversivos; de esta manera se produce una autoagresión por estar vivo sin la persona amada.

El DSM-IV menciona los síntomas que persisten al tratarse de un duelo patológico; tales síntomas son los siguientes: existe culpa en especial con las actividades que no se realizaron, enlentecimiento psicomotor acusado, deterioro funcional acusado y prolongado, experiencias alucinatorias (ya sea visuales y/o auditivas), pensamientos recurrentes de su propia muerte en lugar de la muerte del ser querido. Presentan síntomas del trastorno de depresión mayor tales como tristeza, anorexia, síntomas asociados por insomnio, pérdida de peso. Al persistir estos síntomas después de dos meses posterior de la muerte, la persona ya podrá ser diagnosticada según los criterios del DSM-IV-TR.

Cabe señalar que no sólo llega afectar los estados emocionales, sino que también existen las complicaciones físicas que se presentan como son los daños en el sistema inmune, desordenes psicosomáticos, aumento de la mortalidad por enfermedades cardíacas y alteraciones en la hormona del crecimiento.

Otras características que existen respecto al duelo patológico es cuando los sobrevivientes empiezan a tener alucinaciones visuales y auditivas, es decir creen que la persona fallecida se encuentra a su lado. Por ejemplo cuando escucha pasos en la noche cree que ya regreso su esposo para descansar, o bien cuando cree que su familiar ha reencarnado en un objeto, animal o en otra persona.

El doliente puede presentar síntomas del trastorno hipocondríaco, es decir manifestaban síntomas de enfermedades que padecía el familiar fallecido. En un estudio realizado a tres pacientes que se encontraban hospitalizados en un hospital psiquiátrico, quienes después de seis meses presentaban los mismos síntomas de diagnóstico de su familiar muerto; uno en especial sentía un dolor crónico similar al de su hijo quien muere a causa de un accidente automovilístico (Murray; 1937; et al).

Además del trastorno mencionado anteriormente, pueden presentarse respuestas eufóricas ante la muerte, siendo esta una reacción del individuo para aceptar la muerte. El individuo desplaza su aflicción a la euforia, cuando ésta

desaparece, el individuo puede presentar episodios hipomaniacos (Rickarby; 1977).

El episodio hipomaniaco en los criterios de diagnóstico de investigación de la CIE-10; menciona que es un periodo diferenciado en donde el estado de ánimo es persistentemente elevado, irritable ó expansivo siendo diferente del estado habitual del individuo. Así como también en su autoestima exagerada ó de grandiosidad se muestra verborreico, se distrae con facilidad hacia estímulos irrelevantes, aumento en actividades laborales, sociales, sexuales; implicaciones excesiva en actividades placenteras con altos riesgos de producir consecuencias graves (comprador compulsivo, indiscreciones sexuales, etc.). Estos comportamientos son cambios inequívocos en comparación con las actividades habituales del sujeto cuando se encuentra asintomático.

Los episodios mencionados anteriormente podrían discernirse en cierta tensión y ansiedad, la insistencia del doliente al creer que todo marcha normal, lo está disfrazando con la ansiedad y el nerviosismo de su habla y del comportamiento (Weiss).

3.4. Reacciones en la familia ante la muerte de un integrante.

Las reacciones que se presentan en las familias ante la muerte inoportuna de un familiar cercano ya sea un hijo, esposo, hija; induce a las reacciones físicas, emocionales y conductuales.

El fallecimiento de uno de los progenitores y hermanos provoca en el individuo crisis más intensas. La situación que inciden en las crisis de pánico ó simplemente estado de crisis es la muerte de manera repentina. Al ocurrir esto no hubo la oportunidad de despedirse adecuadamente, por ejemplo la persona tiene la idea de que su familiar después de salir del trabajo regresará a su casa como de costumbre. Por ejemplo Conchita es una adolescente de 16 años que sale con un amigo a bailar, su medio de transporte es una motocicleta. De regreso a su casa, el conductor de la moto no obedece el señalamiento rojo del semáforo, impactándose con un vehículo. La joven vuela aproximadamente 10 metros desde el lugar donde fue el accidente, falleciendo al sufrir un traumatismo craneoencefálico. Este suceso es impactante para los padres, familiares, entre otras personas por dos razones: por la noticia inesperada del accidente y la forma

de su muerte a su corta edad. Este ejemplo al tratarse de una muerte repentina, ocasionará diferentes reacciones emocionales en diversas fases (Lindermann, 1944; Moos, 1976; Parkes, 1970).

El familiar, durante las crisis, para protegerse inconscientemente utiliza el mecanismo de defensa llamado negación para fortalecer la parálisis emocional, al hacerse a la idea que nada está ocurriendo, que todo sigue igual. Un ejemplo vivencial de esta etapa: una bisabuela durante el funeral de su bisnieta, en ningún momento demostró tristeza, al contrario se mostraba indiferente, como si nada estuviera pasando. Se dedicó en todo momento durante el funeral a estar barriendo, levantando los trastes que las personas dejaban en el suelo para lavarlos.

La intrusión se caracteriza por los recuerdos que existen de manera involuntaria, que se reflejan en los sueños, pesadillas, imágenes. Por ejemplo la persona puede soñar que su familiar regresa de un viaje, estimulando que se despierte rápido para buscarlo, explicarle que soñó. Sin embargo se sentirá confundido, ya que el sueño fue percibido como real.

En la etapa de translaboración, la persona que está en el estado de crisis identifica lo que ocasionó la crisis y todo lo que sucedió en el lapso del evento traumático, reconociendo las emociones que se desencadenaron a partir de dicha pérdida. Cabe mencionar que existen personas que tiene la facilidad de poder enfrentar sola la crisis, mientras a otras se les dificulta manejar este estado, lo que origina pedir ayuda a los profesionales de salud mental.

El individuo cuando supera la experiencia que originó el estado de crisis, se siente capaz de poder integrarse a su medio, reorganizando, enfrentando sus pensamientos y sentimientos por los cambios que habrá “en su presente de no encontrarse con la persona amada, reintegrándose a sus actividades laborales, familiares y sociales. Cuando el individuo ya ha pasado satisfactoriamente estas etapas de crisis, ya tiene una apertura al futuro”.

Existe una relación entre la apertura del futuro con la relación adaptativa, esto se debe a la facilidad que se tiene para el enfrentamiento del problema, adquiriendo madurez. De lo contrario al existir poca disposición para enfrentarlo, aparece la crisis, las emociones negativas serán más intensas, empezará a somatizar y problemas interpersonales se repercutirán en el trabajo y/o escolar, etc. (Baldwin, 1979).

3.5. Duelo ante la muerte del cónyuge

El duelo “es un estado psicológico consecuentemente a la pérdida de una persona que forma parte de nuestra existencia”. Esta situación transitoria desaparece después de un determinado tiempo. Durante este lapso el sujeto tendrá que desprenderse progresivamente de la persona amada. Durante el duelo el individuo manifestará aflicción.

“La aflicción es el estado donde una persona experimenta dolor ante una pérdida y lo hace de una manera más o menos manifiesta”; por lo tanto se puede considerar que este estado se manifiesta con los sentimientos, emociones y comportamientos que la persona tenga por el impacto y durante el proceso del duelo.

El cónyuge después de la muerte de su compañero, tendrá que pasar por cuatro etapas fundamentales del duelo:

Fase de embotamiento:

El cónyuge que se enfrenta a la muerte de su compañero, con quien procreó una familia; al momento de la pérdida el cónyuge sobreviviente se siente aturdido(a), incapaz de aceptar la realidad. Sin embargo, durante un lapso de tiempo regresa a su vida habitual, pero puede sentirse temerosa, abrumada con ataques de pánico. También pueden manifestar euforia, esto se debe a la posible experiencia de unión que haya tenido con su esposo(a).

Esta fase puede variar en tiempo a partir de que empiece con la manifestación de sentimientos hacia la persona perdida, puede aparecer en las primeras horas o días después del desenlace, con sensaciones de intenso anhelo de tener la presencia de la pareja, preocupaciones, llanto frecuente, pensamientos obsesivos hacia la pareja, sentir la presencia de la persona, insomnio.

La característica principal de esta etapa es el sentimiento de *cólera*, este sentimiento es normal durante esta fase del duelo. El sentimiento del cólera puede manifestarse con comportamientos agresivos hacia los objetos u otras personas e incluso con el individuo mismo. El doliente durante esta fase de cólera se encuentra en una discrepancia al considerar la muerte como algo real e

irremediable a pesar del sufrimiento que ello implique y por existencia de incredulidad en aferrarse por buscar a la persona fallecida.

Durante esta fase aparece la ira hacia las personas que pudieron estar involucradas en el fallecimiento de la pareja así como también la frustración hacia la impotencia de no tener éxito en la búsqueda.

Fase de desorganización y desesperanza

En esta fase la persona empieza a organizar su vida dándose cuenta de lo que dejó de hacer durante el tiempo de sufrimiento. También hace consciente que ya no está casado sino que es un viudo, que tiene derecho de volverse a casar.

Esta fase es definitiva para afrontar la ausencia de la persona amada ó de lo contrario estancarse en esta etapa, cuando el viudo(a) se queda fijado en esta etapa se aísla de los roles sociales, ya que considera que el salir con otras personas del sexo opuesto es faltar el respeto hacia la persona ausente, en el caso contrario se lograría la realización (Parkes; 1972).

Fase de mayor o menor grado de reorganización

En esta última fase del duelo por la muerte de un cónyuge, la pareja que vive puede desempeñar el rol de padre, cuando se han llevado con éxito estas fases tendrán más éxito en los roles por desempeñar y empezará a adquirir confianza en el papel que desempeñará.

3.6. Expresiones físicas ante la pérdida

La muerte de un miembro del núcleo familiar llega a ser traumático emocionalmente hasta tener repercusiones somáticas y conversivas, lo que bloqueará el funcionamiento para las actividades diarias. Estas alteraciones pueden ser lentas ó tardías, variando desde unos meses hasta años, según la intensidad en que se haya presentando el estado traumático.

El doliente, al presenciar este evento traumático, puede sufrir crisis de ansiedad, dolores de cabeza, alteraciones en el apetito, dolores en las irritabilidad, cansancio a pesar de no realizar actividades que lo ameriten al

sentirse agotado, pierden el interés en sus actividades, sufre tensión muscular, fatiga, alteraciones en la memoria, dificultad para concentrarse y alegría en algunos casos.

Los ataques agudos de la ansiedad generados por la ausencia de la persona amada son manos temblorosas, mareos, taquicardia, sensación de ahogo.

La pérdida ó aumento de apetito es más frecuente en los primero meses de la pérdida del ser querido, que como consecuencia existe una notable pérdida ó aumento de peso. Enfrentándose a una variedad de alteraciones personales como la depresión, considera que la vida es injusta mostrando enfado al vivirla y con aquellas personas que no comprenden el dolor se muestran irritables, con frecuentes dolores de cabeza y espalda. Estos padecimientos dependerán de la relación que se haya tenido con la persona fallecida, ya sea la pérdida del cónyuge, hijo ó hermano. Y la edad que tenía al momento de fallecer, lo que es un factor importante para que el doliente presente estados de crisis (entre más joven sea la persona, mayor será el dolor por la prematura muerte).

3.7. Influencias Psicológicas y Sociales que influyen en el duelo normal y/o patológico.

Las circunstancias que influyen en el tipo de duelo en los dolientes, dependerán de la intensidad de dolor provocado por la pérdida, el anhelo persistente e insaciable por la figura pérdida y el dolor inevitable que esto genera; así como el dolor causado por la pérdida que está relacionado con la culpa hacía la persona pérdida. En este proceso, la aflicción en la persona es de manera extrema causando ansiedad y desesperanza. Otra característica principal es “la compleja motivación que se presenta en las situaciones que provocan dolor” (Shand); es decir, en el doliente existe una necesidad de recuperar al ser amado, al tener un pensamiento y comportamiento desgastante a pesar de considerarse vana esta actitud que adquiere el doliente; este se muestra con intensa necesidad de llanto y debilidad, se observan gestos de aflicción. Este gesto es cuando una mirada expectativa a la espera, deseando el regreso de la persona perdida, los gritos desesperados al llamado a la misma persona.

Durante el duelo la persona experimenta gran necesidad de buscar y llamar para recuperar a la persona perdida, teniendo la necesidad de saciar este deseo.

Las variables que existen en el doliente que suscita la aflicción son:

- La identidad del rol de la persona perdida
- Edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida
- Causas y circunstancia de la pérdida
- Circunstancias sociales y psicológicas de la persona que sufrió la pérdida alrededor del momento en que está se produjo.
- El tipo de personalidad del individuo que sufrió dicha pérdida, su facilidad para socializarse con las relaciones de amor y el factor importante de la facilidad que tenga para responder a las situaciones de estrés.

En la pérdida de parientes íntimos es más frecuente que se observe aflicción en los familiares cercanos en comparación a los lejanos (Parkes; 1964). La edad y sexo de la persona que fallece, se ha demostrado en los estudios que se han realizado, que entre más joven sea la mujer que enviuda más intenso será el duelo, teniendo riesgos de presentar una perturbación de salud. Esta perturbación de salud se manifiesta por lo general en mujeres entre cuarenta y cuarenta y cinco años con una evolución menos favorable a los 12 meses después de la pérdida (Walker; 1967).

Las causas que provocaron la muerte de un familiar cercano serán fundamentales para poder afrontar más rápido la pérdida cuando un familiar ha tenido una enfermedad crónica-degenerativa ó cuando ya están en una edad avanzada es más rápida la resolución del duelo, en comparación de una muerte repentina. La muerte resulta un choque emocional para los integrantes de la familia nuclear, en donde padecerán ciertas clases de dificultades psicológicas. Estas dificultades serán diferentes a las manifestadas por una enfermedad prolongada. En esta última se refiere a que un prolongado tiempo de agonía puede generar una ambivalencia y culpa por la importancia de no poder hacer nada por el familiar. Estos sentimientos son más fuertes cuando los cuidados caen sobre un miembro de la familia. Este choque emocional también se genera

para aquellos familiares que no se encuentran en la misma ciudad, quienes fueron informados por terceras personas.

Este tipo de desenlace será más impactante para aquellos que horas antes de que ocurriera este evento inesperado, existió una discusión así como también afectará a las personas quienes tenían una relación íntima y afectuosa. Estos acontecimientos van a generar una relación entre la apertura del futuro con la relación adaptativa, esto se debe a la facilidad que se tiene para el enfrentamiento del problema, adquiriendo madurez. De lo contrario al existir poca disposición para enfrentarlo, se generan la crisis, las emociones negativas serán más intensas, empezará a somatizar y problemas interpersonales repercutirán en el trabajo y/o escuela, etc. (Baldwin, 1979).

CUARTO CAPÍTULO

LA RESILIENCIA COMO PROPUESTA PARA LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUE SUFREN TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

Al traumatismo craneoencefálico se le ha considerado la principal causa de muerte en las diferentes etapas de la vida por ocasionar trastornos de personalidad, psicosis, trastornos de conducta, ente otros.

Las familias no están preparadas para afrontar este evento traumático que manifestarán alteraciones en la dinámica familiar, repercutiendo en la salud de cada uno de los miembros ó en la persona que se encuentre con la responsabilidad de cuidar el enfermo durante la estancia intrahospitalaria ó en el hogar.

En los estudios que se han realizado en los familiares de estos pacientes, se ha reportado que sufren desordenes orgánicos tales como problemas gastrointestinales, problemas cardiacos, cefalea tensional. También manifiestan trastornos en el estado de ánimo, ansiedad y estrés. La falta de control emocional ante tales circunstancias desagradables y adversas que se presentan en la vida, incitan la aparición de estados de crisis, como son los gritos, llantos, sensación de ahogo; siendo este un bloqueo conductual y emocional para poder asimilar lo ocurrido.

4.1. Resiliencia

“El vocablo Resiliencia tiene su origen en el latín *resilio*, que significa volver atrás, volver en un salto”, *resaltar*, *rebotar*.

La resiliencia es un término que nació de la física. Para ésta era considerada como una elasticidad y una soltura de reacción, lo que se estimaba que era la manera de cómo el individuo resistía al choque.

La Real Academia Española la define como “la resistencia de un cuerpo a la rotura por un golpe”. En ingles la palabra “Resilience” como “la tendencia que tiene el cuerpo para volver a un estado original o el tener poder de recuperación”. Al amparar las ciencias sociales estos términos para referirse a las personas que a pesar de que viven en situaciones con niveles altos de estrés y de riesgos, fomentan un estilo de vida psicológicamente sana y exitosa.

La resiliencia se considera parte de la psicología positiva, que se encarga del estudio de comprender los procesos y mecanismos que promueven las fortalezas de los individuos, es considerado el ajuste saludable ante la adversidad.

Este estado psicológico se adquiere durante el desarrollo de manera a priori, de manera objetiva, este mecanismo va evolucionando desde la infancia según el ambiente donde se desenvuelva. Uno de ellos es el ambiente afectivo que va depender del desarrollo de la aptitud para resistir las dificultades que se presenten, ya que a partir de este contexto psicosocial, el infante buscará la forma de desarrollarse y de aprender a vivir. Cabe mencionar que el afecto emocional que se brinda al niño no tiene restricciones, sobreprotección; esto le brinda protección al niño, imposibilitando al desarrollo de la resiliencia. La manera de ayudarlo a desarrollar la resiliencia es la responsabilidad que el infante adquiere durante su desenvolvimiento.

La resiliencia se desarrolla por el conocimiento a posteriori. Empíricamente, la manera de cómo superar las adversidades. Sin embargo se ha llegado a considerar que la adquisición de la resiliencia puede ser de manera innata, el proceso natural de la persona para poder madurar sin que tenga influencia del medio.

4.2. Enfoques de la Resiliencia

La resiliencia era considerada como la capacidad de la persona para llegar a la adaptación exitosa después de una situación amenazante o desafiantes (Garmezy; 1993). Así como también poder afrontar de manera optimista situaciones adversas transformándolas, de tal manera que puedan sobreponerse ante dichas adversidades (Ramundo; 2001; Silvia 1999; et al).

La resiliencia consta de dos componentes: el primer componente consiste en la resistencia frente a la posibilidad de destrucción, es decir, la capacidad del individuo de autoproteger la identidad ante las situaciones difíciles. Y el segundo componente estriba en la capacidad de construcción de un estilo de vida favorable a pesar de las adversidades (Vanistendael; 1996).

Existen tres componentes esenciales para la resiliencia: la noción de la adversidad, la adaptación positiva en todos los contextos de grandes dificultades y los procesos que incluyen los mecanismos socioculturales, emocionales y

cognitivos. Estos tres procesos son esenciales durante el desarrollo del individuo (Luthar; Cicchetti y Becker; 2000).

La resiliencia abre una serie de posibilidades en las personas, de sus fortalezas y aspectos positivos con los que cuenta el individuo, para poder afrontar de manera positiva los problemas que vive diariamente; a través de los siguientes aspectos (Rutter; 1993):

- Aparece cuando la persona está en una situación que le provoca estrés ó cuando se trata de eventos traumáticos de la vida.
- La resiliencia tiene mucha relación con los factores de riesgos y los mecanismos protectores, dichos mecanismos son con los que cuenta el individuo para su sobrevivencia.
- Se considera que el afrontamiento es un factor muy importante para que las personas pueda desarrollar la resiliencia como herramienta para su vida.

Aunado a lo anterior refleja la capacidad para crecer y desarrollarse de manera satisfactoria, a pesar de encontrarse en situaciones críticas; esto no repercute en la salud del individuo. Estos individuos constan de cuatro factores de protección: personalidad adaptable, pocos estresores, medio ambiente de apoyo y experiencias compensatorias (Baruth y Carroll; 2002).

4.3. Procesos Fundamentales de la Resiliencia Familiar

a) Sistema de creencias: cuerpo y alma de la resiliencia

La Real Academia define creencia como el “firme asentimiento”, es decir, conforme el desarrollo del individuo, se van estableciendo los tipos de pensamientos y de esta manera se da la conformidad; dependiendo del entorno donde se desarrolle.

El sistema de creencias se adquiere durante el desarrollo de las personas, abarcando los valores, las convicciones, actitudes, religión; que forman parte en la vida del individuo para tomar las decisiones durante el transcurso de su vida.

Las creencias más dañinas son las religiosas, al formar ideas irracionales sobre la relación existente entre el castigo y la enfermedad al considerarla como

una maldición divina por haber actuado de manera incorrecta, siendo un castigo hacia la familia por no haber modificado su comportamiento inadecuado como son los gritos o la falta de respeto hacia los miembros.

Las creencias son los lentes de la percepción de la persona y a través de este visualizan el mundo que los rodea. Estos lentes van a influir en la percepción, siendo la esencia de la identidad y de esta manera definen la realidad (Sarah; Taggart; 1994).

Existen dos tipos de creencias: las creencias limitativas y las creencias facilitadoras. Estas serán de gran importancia para la resolución de problemas; es decir la persona que adopta la creencia tipo limitativa se restringirá a las opciones que puedan existir para la resolución de un problema. Este tipo de creencia es totalmente diferente de las creencias facilitadoras, que se refieren a la oportunidad del individuo para encontrar la resolución de la problemática (Wright; et al; 1996). Es decir cuando existe una crisis en el individuo, este buscará la solución del problema, recurriendo a las experiencias haya tenido durando su desarrollo.

Los individuos al enfrentarse a una situación crítica, cuando tiene la facilidad para solucionar sus problemas, se considera que son resilientes. Al tener su autoestima alta, interpretan que todos sus éxitos son por sus propios esfuerzos, se hacen responsables de sus logros de manera realista. De lo contrario, las personas que no son resilientes, tienen poca autoestima, creen que el hecho de no tener éxito es por consecuencia del destino, su principal problema es la dificultad que tienen para aprender de las experiencias pasadas para buscar alternativas para poder solucionar sus conflictos personales, crisis familiares, etc.

Las familias que son resilientes, al estar en una situación difícil por la enfermedad de un miembro de la familia que necesita cuidados constante, será fácil la habilidad para ponerse de acuerdo con los roles familiares, la dinámica relacional. En caso contrario se puede decir que los familiares que no son resilientes, existirá conflictos desde el momento que el paciente este hospitalizado, debido que con facilidad tendrán crisis de ansiedad, existirán problemas con los cuidados necesarios que el paciente requiera. Estos tipos de acontecimientos son creencias compartidas en las familias, que dominarán en su cultura, influyendo en la manera como los familiares como conjunto, en sistema, podrán o no afrontar una adversidad.

b) Conferir un sentido de la adversidad

El conferir el sentido de la adversidad se refiere a la frase conocida “la unión hace la fuerza”, cuando los miembros de la familia se unen para lograr un objetivo en particular; de esta manera es más fácil que los familiares venzan las adversidades que se le presentan. En este sentido de la adversidad también se le conoce como la resiliencia racional.

Un ejemplo de este tipo de sistema de creencias es cuando lo familiares tiene como meta ponerse de acuerdo en los horarios que deberán tener cada uno de los miembros del sistema para hacerse cargo del paciente; al llevarse a cabo este acuerdo, es satisfactorio para las familias debido que de esta manera se dan cuenta que están progresando como familia y como persona.

c) Valor asociativo

El valor asociativo se considera un pacto que existe en la familia, es decir, de estar juntos durante las desgracias, ante la enfermedad, etc., al considerarse un compromiso compartido.

Los miembros del núcleo familiar comparten la importancia que tiene la convivencia diaria con cada uno de los mismos que integran el hogar, este valor tiene como objetivo en las familias resilientes que estén en armonía. No solo se encuentran asociados en los objetivos positivos, sino que también se unen cuando se necesita del apoyo ante una situación de crisis; ya que dicha circunstancia es un desafío, lo comparten entre ellos mismos al sentirse seguros que podrán salir adelante ante dicha desgracia. Ante todo, tienen la esperanza de todo saldrá con éxito, de esta manera se puede decir que los familiares comparten las crisis como un desafío compartido.

Para llevar a cabo un valor asociativo con eficacia, es necesario que exista una conexión organizativa y los procesos de comunicación, como base para la dinámica familiar; otro elemento primordial para este valor, es la confianza que se tienen mutuamente, para superar las adversidades.

Métodos de comunicación asertiva

Para fortalecer las relaciones familiares, es muy importante la comunicación entre los miembros de la familia al ser considerado como el intercambio de lenguaje para la solución de problemas. La manera de comunicarse de los miembros de la familia es diferente, esto se debe que cada persona desarrolla habilidades distintas de expresión. Esta comunicación puede ser verbal y no verbal; estos dos tipos de lenguaje puede ser percibido por los demás miembros de diversas maneras; ya sea: tosca, grosera, amable, etc.

En las crisis repentinas en la familia existe el riesgo de que la comunicación se limite; esto se debe por la manera de cómo se percibe el problema. Sin embargo es necesario mencionar que al existir crisis familiares es la oportunidad que se tiene para fortalecer la relación intrafamiliar. Esto se logra al asumir de manera conjunta el problema.

Los estudios que se han realizado han llegado a la conclusión de que al existir una comunicación mutua, es por la capacidad de hablar, de escuchar, la claridad del mensaje, hacer partícipe del emisor sobre alguna agresión que percibe por lo comentado, la aptitud del individuo cuando conversa, la atención que se presente cuando está hablando y a la vez escuchando a la otra persona.

Las familias resilientes consideran tres aspectos importantes para la comunicación: la claridad, la expresión emocional sincera y la resolución cooperativa de los problemas.

d) CLARIDAD

Este tipo de comunicación pueden ser de mensajes de palabras y conductas, la manera correcta de expresarlas son claros y coherentes. Y la clarificación de la información ambigua: este es la búsqueda del significado de la verdad.

Los mensajes y conductas claras, directas y coherentes: Este se caracteriza por la claridad de la información al receptor, es decir la manera clara, sincera y concisa de la información proporcionada a un miembro de la familia. Cabe señalar que la precisión de la información se debe en gran parte por el tipo de cultura. Por ejemplo, cuando educan a los hijos que es de mala educación dar su punto de vista cuando se encuentre en presencia de personas adultas, por lo tanto no habrá

sinceridad cuando la persona quiera expresarse. De esta manera empezará con sentimiento de frustración al no poder comunicar con claridad sus opiniones, sentimientos, emociones. Este tipo de comunicación es una de las características de la familia no resiliente.

“La claridad de las reglas que dominan en la familia es tan importante como las reglas mismas, pues estas organizan la interacción, fijan las expectativas de la familia para la relación (Munichin; 1974).

La mala comunicación fomenta las ideas irracionales, propiciando las malas interpretaciones, y en algunas ocasiones cometen el error de querer adivinar el pensamiento de los demás. Para evitar esto, es necesaria la claridad de lo que se piensa y de lo que se espera cada uno de los miembros.

La clarificación de la situación crítica: “La mayoría de los familiares suelen ser conscientes de las tensiones silenciadas en la familia (Evan Imber-Black; 1995). Por ejemplo, cuando un familiar se encuentra en estado de coma en unidad de cuidados intensivos (UCI), los familiares al observar el comportamiento que está teniendo por tal situación optan por no decirle lo que realmente sucede con su paciente, que se encuentra en un estado crítico de salud. Al negarle esta información, la persona que está viviendo momentos de crisis, a pesar de estar consciente que se encuentra en la UCI, se hará a la idea que su paciente va salir de su gravedad cuando realmente no va despertar, provocando el sufrir algún trastorno por tal impacto.

Cuando ocurre de manera contraria, es decir, el estar enterado de todo lo que le ocurre a su familiar, podrá conferir un sentido a la situación estresante. De esta manera estará consciente de lo que pudiera pasar con su paciente y de esta manera tendrá el tiempo suficiente para analizarlo. Estas situaciones de crisis son más comprensibles cuando no se les oculta la verdadera información a los familiares.

e) La confianza como fundamento principal en la Familia

La confianza como fundamento es otro elemento del valor asociativo el cual consiste en explicar la manera en como las familias tienen la facultad de enfrentar cualquier tipo de adversidad que se le presente. Esto se logra con ayuda de todos los miembros, ellos deben tener en cuenta que la esperanza es un fuerte lazo con la confianza (Beavers y Hampson; 1990).

Las relaciones familiares se llegan a fortalecer cuando existe comprensión, muestran integridad, esencialmente cuando existe una comunicación franca, comprensión mutua. Estos componentes son importantes para la resolución de problemas.

“[...] ética de las relaciones familiares en los legados multigeneracionales de responsabilidad parental y lealtad filial, que guían a los miembros de la familia en el transcurso del ciclo vital” (Boszormenyi-Nagy).

Esto se lleva a cabo de manera mutua, cuando todos los miembros de la familia se esfuerzan para dar lo mejor de cada uno, ante las circunstancias; dejando a un lado el egoísmo, la soberbia, envidia y de esta manera se brindan la confianza. Esto ayuda para la construcción de vínculos de alegría y bienestar entre todos los miembros. Estas actitudes los ayudan a restablecerse cuando existe una adversidad. De esta manera las familias resilientes son más accesibles para el cambio cuando se les presentan desafíos.

Las familias disfuncionales carecen de este tipo de dinámicas intrafamiliares, de los valores asociativos; lo que provoca tener miedo cuando se les presenta situaciones que no tenían previstas, como es el caso de la muerte inoportuna de quien sostenía la casa. Esto ocurre cuando las personas tratan de borrar de sus mentes experiencias dolorosas. Este tipo de experiencias traumáticas están presentes en la vida diaria de las familias, repitiendo los mismos comportamientos por no haber enfrentado dicho trauma en el momento oportuno.

“Las experiencias traumáticas del pasado se codifican en libretos familiares por lo común no conscientes que ofrecen un programa de conducta y búsqueda de significado cuando la familia enfrenta un dilema o crisis”. (Byng Hall; 1995) Esto se produce cuando existen problemas pasados que obstruyen el avance de las familias y de esta manera tener un crecimiento positivo para volverse resilientes.

4.4. Resiliencia Familiar

“Un enfoque de la resiliencia familiar procura identificar y destacar ciertos procesos de interacción esenciales que permiten a la familia soportar y salir airoso de los desafíos vitales disociadores”.

Durante los desafíos las familias pueden unificarse como una unidad que lucha para sobresalir durante las adversidades que se enfrentan y que incitan a la

aparición del estrés. Sin embargo, al ser una unidad funcional saben cómo lograr su objetivo por el crecimiento y la fortaleza familiar que se ha formado durante la convivencia diaria.

La familia, al carecer de la resiliencia, va a propiciar la destrucción en la interacción dinámica por las preocupaciones que se originan ante las crisis familiares.

El problema que se origina al no tener la comprensión adecuada con los parientes con quienes conviven diariamente se debe por varias razones. La primera son las diferencias de las personalidades, la manera de asimilar el problema y de la resolución de las adversidades. Segundo, poseer un alto nivel de autoestima al fomentar la confianza para salir de las adversidades, el éxito para la resolución de las situaciones difíciles.

La familia resiliente, al encontrarse en una situación crítica como es la enfermedad mental ó la muerte inoportuna que se propicio tras el T.C.E., no permitirá que estos problemas atrofién la comunicación clara y concisa entre ellos, ya que se encuentran conscientes que para el crecimiento familiar y personal son necesarias las experiencias positivas como negativas. Muchas familias han referido que al vivir juntos las etapas de crisis, sus relaciones se fortalecen y se refuerza el cariño mutuo. Estos individuos, durante su desarrollo, adoptaron un locus de control interno, es decir la facilidad de control en lo que se piensan y actúan al poseer un reto personal. Creen que todo cambio es inevitable en su vida y las adversidades de la vida no afectan a su salud por las tres características que tiene presente: el reto, compromiso y control. Estas tres particularidades son esenciales para afrontar una situación de crisis, sin que afecte a su sistema inmune.

Este locus de control interno consiste en el dominio de las percepciones que determinan el rumbo de sus vidas, adquiriéndose cuando se ha obtenido logros interpersonales las relaciones sociales son satisfactorias (Delroy L. Paulhus).

Estas familias resilientes al desarrollar de manera conjunta el locus de control interno, consideran que las situaciones difíciles que se les presentan durante la vida son por las condiciones cambiantes a esta. Para la evolución de este tipo de locus de control será necesaria la percepción que tengan las personas ante los diferentes problemas que se les presenten y su estructura del pensamiento.

En las familias no resilientes, sus características son totalmente diferentes de las mencionadas anteriormente, carecen de los estilos de afrontamiento ante las situaciones de estrés propiciando con facilidad los estados de las crisis; afectando a su salud tanto mental como física (Peñacoba y Moreno; 1998).

La característica del locus de control externo es hacer responsables a las creencias negativas, a los doctores, etc. de los problemas; al culpar a todos por las desgracias que llegan a ocurrir. Esto producirá sentirse desamparado, impotencia al percibir que nada le sale como se espera. Este tipo de personas ó familias, al surgir una enfermedad ó cualquier tipo de evento no esperado, culpan a Dios por lo ocurrido a su familiar.

Se considera que quienes poseen el locus de control interno o fuerzas internas, son las personas que desarrollan la personalidad resiliente, siendo de esta manera más fácil de actuar ante las situaciones que provocan crisis en las personas ante la calamidad. De esta manera habrá mayor facilidad de afrontamiento ante situaciones causantes de estrés, como es el caso del enfrentamiento activo que consiste en la habilidad de transformar un malestar desagradable como el estrés, ansiedad; con el objetivo de disminuir el malestar hasta desaparecerlo. Existen tres tipos de enfrentamiento: escape, confrontación y transigir.

La confrontación se refiere a la manera de enfrentar una situación estresante en el momento. Los esfuerzos tienden aumentar cuando existe la necesidad de llegar a la entereza; es decir llegar a la firmeza del estado de ánimo.

Los individuos que escapan de las situaciones estresantes es porque ya analizaron la situación, dándose cuenta que en este momento no existe ninguna solución. Se ha considerado que la decisión de escapar de las situaciones estresantes es realista e inteligente, al ser un ajuste positivo para la salud del individuo.

Y por último la persona tiende a transigir al considerar que algo es difícil de lograr, como es el caso de los roles familiares. Si en un momento es estresante el no ponerse de acuerdo con los cuidados del paciente, siendo este un motivo que le causa estrés. Por lo tanto, el individuo que ha desarrollado la personalidad resiliente decidirá en poner alguna enfermera que pueda hacer cargo del familiar, de esta manera disminuirá o desaparecerá el estrés. Al tratarse de una persona de bajos recursos, para transigir los factores estresantes, tratará de encargarse de su

familiar, sin que llegue afectar a su salud así como también buscar el diálogo asertivo hacia los demás integrantes de la familia.

Al carecer de estilos de afrontamiento, existe la probabilidad de que el estrés destruya la armonía del núcleo familiar. Sin embargo en otras familias consideran la importancia de compartir una situación de crisis debida que reflexionan en sus errores, valorando esta crisis como una oportunidad para reafirmar las relaciones que se ha tenido durante varios años.

“Los acontecimientos estresantes tienen mayores probabilidades de afectar en forma adversa el funcionamiento de los seres humanos cuando son imprevistos, cuando una situación es más grave o persistente ó cuando un gran número de factores se superponen y sus efectos se acumulan”.

Para desarrollar la personalidad resiliente, será necesario que el individuo tenga en cuenta los pilares de la resiliencia como autoestima, independencia, la capacidad de relacionarse con la sociedad, tener un buen sentido de humor, moralidad, la creatividad, iniciativa y una capacidad de sentido crítico.

El pilar de la moralidad para la resiliencia es la voluntad de la persona de poder respetarse como persona y al medio que lo rodea, como la familia, la sociedad, etc. Al ser una cualidad de la persona y confianza de sus propios merito (Walzer; 1993), cuando la persona tiene confianza en sí misma, podrá enfrentarse a cualquier adversidad que exista durante su existencia.

El pensamiento crítico es otra característica que abarca el pilar de la resiliencia, en este tipo de pensamiento la persona, al enfrenta a una adversidad, analiza la situación, evaluando el problema manera lógica. Por lo general son escépticos; es decir, según la filosofía, las personas escépticas son aquellas que no creen en nada. Sin embargo, al enfocarlo a la corriente de la psicología se puede decir que la personalidad resiliente, al ser escéptica, es porque no permite que lo que ocurre en su alrededor le afecte; de esta manera se logra la paz en el alma. Se permiten ser creativos, independientes y que tengan la facilidad de relacionarse con los demás.

La persona que tiene un pensamiento crítico es aquella que no se olvida del problema, si no que busca la manera de solucionarlo y de esta manera regresar a la homeostasis de su bienestar. Ya que está consciente de la problemática que se puede generar en su salud al no solucionar dicho problema.

El término de oxímoron, al referir que no es la ambivalencia que el individuo presenta ante dos sentimientos y emociones opuestos, sino que es la forma en cómo se enfrenta ante el acontecimiento que lo incita para sentir miedo y tranquilidad.

4.5. Evolución de la crisis de la angustia y la recuperación

“Un suceso estresante y de los recursos disponibles para afrontar los desafíos tiene gran influencia sobre nuestra respuesta” (Lazarus y Folkman; 1984). Cuando estos sucesos tienen altos niveles de estrés, llegan a desesperar a los individuos por la amenaza que esto trae a la salud propia y al sentido de vida (Cohler; 1987).

Los familiares, al padecer estrés o angustia por la percepción de la situación problemática, desfavorecen a los familiares para encontrar alternativas de solución. Al aplicar las herramientas para solucionar el problema, y aun así se ha llegado al fracaso de dicha solución, se puede concluir que en este caso la familia no puede ser útil para poder tener un desafío determinado (Rolland; 1994).

Las familias que viven en una situación de estrés, las causas en la mayoría de las ocasiones, viven un círculo vicioso de los problemas. Es decir, es el estilo de vida que ellos mismos se han impuesto; por lo tanto, inconscientemente siempre regresan por alguna razón al problema que no se ha resuelto.

4.6. Procesos Organizacionales para la Resiliencia Familiar

“Los patrones familiares y organizacionales fomentan la integración de la unidad familiar (Watzlawick, Beavin y Jackson; 1967).

Los procesos organizacionales para la resiliencia familiar, es la elaboración de planes de actividades, de cómo podrían organizarse los familiares ante un evento inesperado como por ejemplo: la enfermedad de un miembro de la familia que requiere los cuidados. Para llevar a cabo estas nuevas actividades, es necesario que la familia se encuentre flexible, aliada en el trabajo de equipo, principalmente que tengan un liderazgo compartido.

a) Flexibilidad

Las crisis ó cualquier situación nueva que se presenta durante la vida, será necesario que el sistema familiar rompan los patrones y que admitan que es posible cambiar, ya que la familia está capacitada para habituarse a la metamorfosis que ocurren a su alrededor. Con un equilibrio dinámico entre la estabilidad (homeostasis) y cambio (morfogénesis) que permiten sostener una estructura familiar estable a la vez que posibilita el cambio en respuesta a los desafíos vitales” (Olson; McCubbin et al., 1989).

Las familias comparten situaciones críticas, percibiéndolas como una circunstancia de adversidad. Para esto será necesario que adopten pensamientos flexibles con la finalidad de sobrellevar tal situación y de esta manera adoptar una nueva perspectiva de vida.

Los pensamientos flexibles es la capacidad de la persona para elaborar estrategias cuando se encuentran en una situación difícil. Al tener las estrategias realizadas, es capaz de resolver el problemas en diferentes vías, así como también “capaz de cambiar el sentido de dirección de sus procesos mentales” (Olea; 1993).

El proceso de los pensamientos flexibles se dan en tres etapas: planeación en la solución del problema, el proceso de solución del problema y el análisis de los resultados (Zaldivar M; 1998).

b) Estabilidad

La enfermedad de un miembro de la familia, como se ha mencionado desde el principio de la presente investigación, acarrea un sinfín de alteraciones en la dinámica familiar por las confusiones que esto origina.

Durante los periodos de crisis se suscitan contrariedades con las rutinas diarias. Al tener que adaptarse a nuevas actividades cotidianas, por ejemplo el tener que permanecer en el hospital por cualquier indicación de medicamentos, tener que enfrentarse a la burocracia de la institución, continuar con los cuidados en el hogar, etc., todo esto conlleva a realizar más actividades de lo normal, provocando enojo.

Para fomentar la estabilidad emocional, física y mental en los familiares que se encuentra en esta situación, será necesaria la organización de tareas de cada uno de los integrantes con el propósito de que las familias tengan una estabilidad

estructural; es decir que fortalezcan la aptitud de adaptarse a las diversas circunstancias (sean buenas ó malas) que se presente durante el ciclo vital de la familia, en particular durante los eventos de crisis. De esta manera los familiares tendrán la capacidad de equilibrar su estabilidad y cambio cuando llegase a existir una situación difícil como son los sucesos traumáticos como las pérdidas repentinas de personas significativas. Esto producen alteraciones emocionales como la tristeza, ira, frustración, resentimiento hacia la vida; trastornos de estrés.

c) Conexión

Esta conexión o cohesión familiar se refiere a la unión emocional dentro de la familia; esto ayuda a la dinámica familiar para superar las dificultades o las adversidades. Al enfocarlo a la resiliencia familiar se considera como la homeostasis en el apoyo entre ellos mismo, tanto emocional y la colaboración en las actividades que se requieran, sin tener que entrometerse en la vida interpersonal de cada uno de los mismos. Por ejemplo, las familias resilientes, para apoyarse, se fijan los horarios que le corresponderán para los cuidados de su familiar, respetan los tiempos que establecieron.

Otra manera de poder superar la adversidad es confiar tanto como individuo y también en los miembros de la familia. Esto va depender del ambiente en donde se desarrolle al adquirir seguridad (Scharff y Scharff 1987).

Los individuos que viven una situación de crisis, el evento no repercutirá en su salud, ni mucho menos fracturará las relaciones entre sus miembros porque cuentan con la confianza de salir fortalecidos ante las adversidades. Además que entre ellos se brindan apoyo mutuamente (Stinnett y DeFrain; 1985).

4.7. Resiliencia Familiar ante la enfermedad

“El mundo está colmado de sufrimiento, pero también
está colmado de formas de superarlo”.

Helen Keller.

La frase citada anteriormente de alguna manera concuerda con la expresión del psicólogo Víctor Frank al definir el termino de resiliencia como “la capacidad de un individuo ó de un grupo de reaccionar y recurrirse ante las adversidades, lo que

implica un conjunto de cualidades que fomentan un proceso de adaptación exitosa y de transformación, a pesar de los riesgos y de la propia adversidad”.

Víctor Frank considera que el ser humano es el único responsable de lo que ama y de lo que sufre. Para que exista una crisis ó alteraciones en la dinámica familiar, va contribuir tanto la percepción como la interpretación que se dé a tal acontecimiento y de qué manera los familiares llegan a solucionar sus propias adversidades. Si el individuo carece de mantener su propia homeostasis ante dichas adversidades, lo único que generará es invalidarse para poder adaptarse a la nueva circunstancia. Por lo que es recomendable empezar a manejar sus propias emociones y de esta manera se irá fortaleciendo la resiliencia en su persona.

“El enfoque de la resiliencia familiar está basado en una orientación biopsicosocial y sistémica de las causas y el curso de la enfermedad, presta atención a los desafíos que enfrenta la familia, sus esfuerzos de superación y sus aportes a un funcionamiento optimo. Los individuos y los familiares necesitan forjarse resilientes a fin de capear las crisis y complicaciones a largo plazo de un dolencia persistente”.

Los cambios de estabilidad de la enfermedad del paciente provocan en los familiares padecer estrés y ansiedad por el cambio repentino de la enfermedad. Este cambio repentino puede ser, por ejemplo estar platicando con el paciente de manera habitual y de repente sufre una convulsión, siendo difícil regresarlo al estado de consciencia y por consiguiente será necesario llevarlo de manera urgente al hospital. Este cambio repentino de estabilidad de la enfermedad, es estresante y angustiante para la persona que se encuentre con el paciente, ya que existirá la predisposición de que vuelva a pasar. Estos familiares que conviven diariamente con el paciente adquieren la experiencia del sufrimiento de dicha enfermedad, de tal manera que llegan a dominar el desafío ante la discapacidad del enfermo (Kleinman; 1998; Rolland; 1994; et al).

Durante la enfermedad de un familiar querido es difícil adaptarse a esta nueva perspectiva de vida, esto provoca mayor vulnerabilidad para la convivencia familiar: por la gravedad ó cambios repentinos del padecimiento. Aprenderá a convivir con los síntomas, tendrá que ajustarse al ritmo de las necesidades del paciente para no agotarse (las constantes hospitalizaciones), es por esta razón que

la aceptación de la enfermedad no será instantáneamente, sino es un proceso que los individuos de la familia nuclear deberán elaborarlo con la convivencia diaria.

4.8. Desarrollo de la Resiliencia familiar ante la muerte

La enfermedad previa a la muerte ayuda a los familiares a elaborar el proceso de duelo anticipatorio. De esta manera, existe la posibilidad restablecer la comunicación con el familiar enfermo, expresar el sentimiento de culpa y poder realizar actividades que puedan desaparecer el sentimiento de culpa, el coraje que se pudo haber generado durante la convivencia con el paciente.

Sin embargo cuando existe una muerte inoportuna, es difícil poder resolver todos aquellos malos entendidos que se generaron durante la convivencia con el enfermo. Se derrumban los sueños, cambian las actividades repentinamente; por ejemplo al fallecer el padre quién era el sostén económico de la familia, es muy probable que alguno de los huérfanos tengan que dejar la carrera para adoptar el roll del padre sustituto, ó de lo contrario la madre dejará que realizar las actividades domesticas para poder sobrevivir con sus hijos.

Las familias que han tenido la oportunidad de desarrollar plenamente su resiliencia durante el transcurso del desarrollo vital de los mismos; la muerte de un ser querido es doloroso, sin embargo no se abaten ante tal acontecimiento. Esto sucede al tener presente que la muerte es inevitable, por lo tanto aceptan tal evento de partida de alguno de ellos. Estas familias después de este evento inevitable tienen la capacidad para aceptar el cambio que genere la perdida.

Boris Cyrulnik dice que otra manera de identificar la resiliencia es con la manera como los sobrevivientes, después de la pérdida, pueden transformar su vida positivamente. Es decir, si se llegan a desenvolver mucho mejor que cuando estaba con el paciente. Por ejemplo un individuo que siempre deseo ser piloto aviador, por cumplir los caprichos del padre o madre, accede en estudiar una profesión que los padres le han impuesto; después del fallecimiento de alguno de los progenitores, este joven decide retomar su deseo de ser piloto aviador.

El ejemplo citado está relacionado con el “despliegue de la creatividad”, es la autonomía mental que el individuo recobra después de fallecimiento del progenitor, quien no dejaba el desenvolvimiento creativo del hijo.

Estos individuos desvinculan el comportamiento que habían adoptado por la influencia del paciente, de tal manera que después de dicha muerte, optan por desarrollar las conductas que estaban reprimidas. Sin embargo para otros individuos, el desarrollar este tipo de conductas propicia el sentimiento de culpa al creer que él deseó la muerte del familiar para poder realizar los planes que se habían bloqueado durante el tiempo que estuvo en los cuidados, ó por la jerarquía que tenía dicha persona.

Otra situación que bloquea el trabajo de duelo será al existir duelos anteriores no resueltos, esto también será un factor importante para impedir el desarrollo de la resiliencia. Por lo que será importante detectar hace cuantos años y/o meses la persona sufrió la muerte de un familiar, que estimula que fácilmente se derrumbe ante las diversas pérdidas que se le presentan. También consiste en que tipo de muerte tuvo el familiar, es decir falleció inmediatamente al sufrir el T.C.E. ó tuvo secuelas tales como muerte cerebral, se formaron coágulos cerebrales, lo que provocó un derrame cerebral. Al carecer de tiempo para despedirse del familiar.

Será necesario trabajar con las diversas creencias que provoca la aparición de los sentimientos de culpa, duda sobre la sobrevivencia sin la persona amada. También será necesario trabajar con las ideas irracionales que se propicien desde la enfermedad del paciente hasta la muerte oportuna ó inoportuna.

La red social y familiar son muy importantes para afrontar la muerte, la familia se salvaguarda al estar padeciendo lo mismo; por lo que será de suma importancia sensibilizarlos en la comunicación de sentimientos y las emociones que se hayan generando desde que tuvieron que enfrentarse a las dificultades familiares durante el tiempo de la enfermedad y muerte del paciente.

QUINTO CAPÍTULO

AFRONTANDO LAS ADVERSIDADES

Los familiares de los pacientes que sufren secuelas del TCE pueden presentar repercusiones en la salud tales como trastornos somáticos (gastrointestinales: gastritis, colitis ulcerosa); trastornos conversivos, trastorno de estrés adaptativo ó postraumático. Estos trastornos suelen aparecer en las personas que se les dificulta manejar el estrés y la ansiedad que se genera por el diagnostico y pronóstico de la enfermedad de su paciente.

Los pacientes y los familiares que llegan al Hospital General de Acapulco, la mayoría son foráneos, quienes por su educación son inhibidores activos, siendo este un factor muy importante para desencadenar los múltiples trastornos gastrointestinales. Es por esta razón que será conveniente platear un estudio transversal a los familiares de los pacientes que se encuentren en la estancia intrahospitalaria (EIH) de este nosocomio. Con la finalidad de que se brinden la atención médica no solo a los pacientes que lleguen con lesiones sino también a los familiares que se encuentren con ellos, de esta manera se podrán prevenir las complicaciones gastrointestinales, trastornos del estado de ánimo, el estrés y la ansiedad. Para llevar a cabo dicho procedimiento es necesario contar con los siguientes pasos

- Fase 1: la intervención en crisis
- Entrevista sobre la estructura familiar; con el objetivo de tener una visualización de la dinámica familiar (Fronteras abiertas, fronteras cerrados), identificar los roles, las creencias que se tengan de la enfermedad. Esta entrevista se realizará para el historial clínico. Cabe mencionar que se entrevistará a todos los miembros de la familia que se encuentren en el cuidado del paciente. Es importante mencionar que esta entrevista se realizará después del paso anterior.
- Evaluación de la ansiedad con la escala de Halmiton
- Evaluación de la depresión mediante la escala de depresión de Beck
- Termómetro termodigital, consiste en un monitoreo del perfil psicofisiológico del estrés para valorar el afrontamiento del individuo mediante la medición

de la temperatura periférica y el monitoreo de la frecuencia cardíaca. Este instrumento de medición consta con los siguientes pasos: sentado con los ojos abiertos(SOA), sentado con los ojos cerrados(SOC), respuesta natural de relajación, sección de inhibición activa. En esta última parte se sugerirá que se efectuó cuidadosamente la misma técnica de imaginación guiada pero referida al traumatismo craneoencefálico del paciente. Cabe mencionar que este monitoreo será conveniente aplicarlo a todos los miembros de la familia que lleguen estar en el cuidado del paciente.

A partir de los resultados obtenidos del monitoreo de los familiares, será conveniente realizar terapias sistémicas para el manejo de las emociones que están manifestando los familiares durante el proceso de la enfermedad, con el propósito de que se manejen las emociones derivadas de este proceso: miedo, ira, enojo, desesperanza, frustración, culpa. Posteriormente se requiere emplear la terapia gestáltica con la finalidad de cerrar ciclos que se encuentren inconclusos y que estén interfiriendo para el avance gradual de la aceptación de la enfermedad, ya que al usar la terapia gestáltica, esta ayudará para el cierre de las situaciones inconclusas y de esta manera será más factible que las creencias que se tengan sobre la enfermedad del paciente también disminuyan.

Los talleres con enfoque cognitivo conductual y la terapia sistémica serán importantes para estos familiares, que se encuentran con niveles altos de ansiedad, estrés, porque adquirirán herramientas para poder afrontar una situación difícil como son las técnicas de relajación, terapia racional emotiva, sensibilización sistemática enfocada a la angustia por el posible fallecimiento del familiar. Al realizar el conjunto de terapia y dinámicas con estas personas, tendrán mejor calidad de vida al contar con herramientas necesarias para poder afrontar una situación estresante y de esta manera adaptarse a la problemática que se le presente debido que podrán superar las adversidades de la vida cotidiana junto al paciente.

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un área donde se encuentran los enfermos de gravedad, los familiares no tiene acceso a dicha área, imposibilitando poder estar en contacto directo con el paciente. Esto desencadena la angustia, estrés, ansiedad en los familiares; al ser

informando del estado del paciente con pronóstico desfavorable en su mayoría, lo que impide el manejo adecuado del duelo anticipatorio. Por lo que se considera indispensable que el servicio en general permita al psicólogo efectuar su trabajo educación para la muerte lo que ayudaría a que el desenlace sea aceptado por los familiares. Este trabajo se llevara a cabo junto con los trabajadores de la rama medica lo que permitirá a los familiares entrar por lo menos 10 minutos para convivir con su paciente con la finalidad de desahogarse y de esta manera poder cerrar ciclos inconclusos que existen entre el paciente y el familiar. Al momento del desenlace, el familiar junto con el profesional capacitado del manejo del duelo, pueda dar la intervención de los primeros auxilios psicológicos para el manejo del duelo cuando se le dé la noticia inesperada y de esta manera no haya una desconexión durante el proceso de la noticia y el funeral.

La intervención en crisis también será necesaria para dar el apoyo psicológico a los familiares de pacientes que fallezcan de manera súbita; será conveniente que exista un psicólogo que acompañe al doliente durante las etapas de crisis del duelo, desde el momento que se dé la mala noticia del desenlace del paciente.

Los familiares foráneos durante su permanencia tienen demasiadas carencias económicas, exigiéndoles el pago de estudios en general, siendo que casi no cuentan con la solvencia para costearlo. Durante la permanencia en el Hospital Genera duermen en el piso y fuera de este, no se alimentan correctamente, no tiene aseo personal; ocasionando cefalea tensional, problemas gastrointestinales e infecciones intrahospitalaria por el conjunto de bacterias, virus entre otros agentes que se encuentran en esas áreas. Por lo que se sugiere que los familiares se les brinden un espacio adecuado y digno y apoyo económico por la carencia que se genera durante la estancia intrahospitalaria.

5.1. Escala de Ansiedad de Halmiton

La escala de ansiedad de Halmiton fue diseñada por Max Halmiton en 1959.

5.2. Clasificación de la escala de Ansiedad de Halmiton

La escala esta diseñada con 14 ítems. Siete de los temas se refieren específicamente a la ansiedad psíquica (mental, agitación) y los siete restantes se refieren a elementos somáticos que son inducidos por la ansiedad. Esta prueba se divide por secciones, por ejemplo en el tercer punto de la prueba se especifica sobre los temores relacionados a la ansiedad, en el quinto apartado menciona el tema del insomnio y las dificultades para dormir y en el décimo apartado aborda sobre los problemas respiratorios (somatoides) que están relacionados con la ansiedad.

El método para calificar esta escala de ansiedad de Halmiton es de la siguiente manera: cada segmento de preguntas tienen un rango de respuestas que oscila en un rango entre cero a cuatro puntos:

- 0 puntos: no hay ansiedad
- 2 puntos: ansiedad leve ó moderada
- 3 puntos: ansiedad grave
- 4 puntos: muy grave ó gravemente incapacitantes.

La puntuación total de la ansiedad oscila entre 0 y 56 puntos, en cada una de las siete secciones se hace referencia a que la ansiedad psíquica debe obtener una puntuación que oscile entre 0 a 28 puntos. Y las siete secciones restantes de la prueba que menciona la ansiedad somática, la puntuación se encuentra entre 0 y 28 puntos.

Una de las razones del porqué la Escala de Ansiedad de Halmiton es ampliamente utilizada es la fiabilidad que los estudios han demostrado que las medidas de los síntomas de ansiedad son bastante coherente. La validez de la medida también ha sido apoyada por la investigación. Es de esta manera que las personas con trastorno de ansiedad generalizada obtienen una puntuación total de ansiedad de más de 20 puntos; en cambio las personas que no padecen un trastorno de ansiedad obtiene un puntuación baja.

5.3 Escala de Depresión de Beck (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck es un elemento de autoinforme, está diseñado para evaluar la presencia y gravedad del trastorno de depresión tomando en cuenta los criterios de diagnóstico del DSM-IV. Incluye elementos para la detección de la depresión grave, indica aumentos o disminuciones en el sueño y del apetito, artículos etiquetados por la imagen corporal, problemas de trabajo, pérdida de peso, preocupación somática y se sustituyeron los artículos etiquetados con agitación, dificultad de concentración y pérdida de energía.

5.3.1. Evaluación de la Escala de Beck

Esta escala consta de 21 ítems que corresponden a un síntoma de depresión, se resume a una sola puntuación para el BDI-II. Las escalas son de cuatro puntos para cada uno de los elementos que van de 0 a 3. La puntuación total de 0 a 13 se considera el mínimo rango, de 14 a 19 puntos es leve, moderada es de 20 a 28, y finalmente de 29 a 63 es grave.

5.4. Perfil Psicofisiológico del Estrés

El perfil psicofisiológico se detectará mediante un termómetro del estrés. Este termómetro mide la temperatura periférica, al provocar un estímulo estresante, midiendo el cambio de temperatura que manifiesta el individuo. Este cambio de temperatura se mide de la siguiente manera:

- Temperatura caliente: relajado
- Temperatura fría: tenso

El cambio de temperatura del estrés se detecta cuando el individuo se encuentre bajo estrés que tensa los músculos y la circulación de la sangre se limita a la parte principal de las manos.

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN LA ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

OBJETIVO GENERAL:

- Detectar el estilo de afrontamiento del estrés durante la estancia intrahospitalaria en los familiares de pacientes con enfermedad crónico-degenerativas.
- Valorar el control de impulsos que tienen los familiares ante un evento traumático inesperado.
- Ayudar a conocer las conductas y emociones durante la EIH.
- Detectar si los familiares pueden expresar sus emociones y sentimientos ante el evento traumático.

DATOS PERSONALES

1. Nombre: _____
2. Edad _____
3. Sexo: F _____ M _____
4. Estado civil _____
5. Parentesco con el paciente _____
6. Grado de escolaridad _____
7. Fecha de aplicación: _____

PREGUNTAS SOBRE EL ESTILO DE AFRONTAMIENTO ANTE UN EVENTO TRAUMATICO

1. ¿Consideras diferentes opciones para poder manejar un problema?
Si _____ No _____

2. ¿Utiliza las experiencias pasadas para poder resolver la problemática que está viviendo actualmente?

3. ¿Cuál es su manera de sacar la tensión?

a) Fumando ()

b) Comiendo ()

c) Ingiriendo bebidas alcohólicas ()

d) Gritando ()

e) Otros _____

4. ¿Le resulta difícil concentrarse para realizar sus actividades cotidianas?

Si _____ No _____ -

¿Cuáles?

5. ¿Sus pensamientos solamente se concentran en el problema y se le dificulta poner atención a todo lo que sucede a su alrededor? _____

6. ¿Se enoja con facilidad? Si _____ No _____

¿Cuándo?

7. ¿Se ha alterado con facilidad y esto le ocasiona problemas familiares? _____

8. ¿Los cambios repentinos no le producen alteraciones para su desenvolvimiento en su vida diaria? _____

9. ¿La enfermedad de su familiar le ocasiona que se enoje con facilidad? _____

10. ¿La enfermedad de su familiar provoca la dificultad para seguir de manera diaria sus actividades ordinarias? Si _____ No _____

¿Cuáles? _____

11. Durante las adversidades pierde rápido la:

- a) Fe ()
- b) Esperanza ()
- c) Considera el futuro incierto ()
- d) Pierde el optimismo hacia el futuro ()

12. ¿Esto lo llega a sentir cuando se encuentra en situaciones que le causan enojo, nerviosismo, ansiedad?

13. Describa las emociones que siente en este momento _____

14. ¿Ha tenido pensamientos negativos por la enfermedad de su familiar que lo limitan a la realización de sus actividades diarias?

15. ¿Qué tanto pierde el control ante las situaciones inesperadas?

16. Mencione cuales son los síntomas que siente durante las situaciones inesperadas:

- a) Dolor de cabeza
- b) Sudoración
- c) Dolor estomacal
- d) Taquicardia
- e) Pensamientos obsesivos

17. Mencione la situación que más le preocupa en este momento ()

- a) El pronóstico de su familia ()
- b) La situación económica en que vive ()
- c) No tener familiares donde quedarse a dormir ()
- d) Su familia que se encuentra lejos ()
- e) La burocracia de la institución ()

18. ¿Esta situación de la enfermedad de su familiar lo desmotiva para llevar a cabo sus metas personales? Si () No () ¿Cuáles)

LENGUAJE EMOCIONAL

19. ¿Con frecuencia se confunde de cómo expresar lo que siente? _____

20. ¿Ha llegado a sentir manifestaciones físicas difíciles de explicar?
¿cuales? _____

21. ¿Se le dificulta manifestar los sentimientos?
¿Cuáles? _____

a. ¿En la mayoría de las ocasiones no dice lo que piensa? ¿En que momentos
suceden? _____

22. ¿Pierde el control con facilidad cuando esta enojado? _____

TALLER DEL MANEJO DE EMOCIONES EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUE SUFREN TCE

OBJETIVO GENERAL

- Ayudar a las personas con apoyo Psicológico a través de talleres para el manejo de emociones dirigido a las personas que se encuentran en el cuidado del paciente para prevenir trastornos de ansiedad, estrés, depresión con la finalidad de desaparecer la posibilidad de los trastornos somáticos y conversivos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Sensibilizar a las personas para el manejo del taller.
- Proporcionar las herramientas necesarias para el afrontamiento del estrés, ansiedad y la depresión.
- Buscar las causas que propicia la aparición del estrés y la ansiedad; es decir, si estas alteraciones aparecen por la posible muerte del familiar ó por la independencia que esto genera en el doliente.

DURACIÓN DEL TALLER

El taller consta de seis sesiones con una duración de dos horas. Cada sesión se impartirá tres días a la semana-

GUIA DE TEMÁTICA PARA EL TALLER

- Breve introducción de la ansiedad y estrés.
- Las consecuencias a nivel orgánico que los trastornos mencionados anteriormente desencadenan.
- Breve reseña del predominio que existen en las alteraciones orgánicas como la gastritis, colitis, cefalea tensional, problemas cardiacos en las personas que se encuentran con niveles altos de estrés.

SALÓN PARA TALLER

Se necesitará un salón amplio, que tenga el espacio para realizar las dinámicas.

POBLACIÓN

Este taller está dirigido para todas aquellas personas que su paciente se encuentre en la estancia intrahospitalaria, y se encuentre con niveles altos de estrés y ansiedad.

No. De Sesión	Tema	Objetivo	Actividad O Técnica	Tiempo	Material
1	Sensibilización hacia la psicoterapia y hacia la enfermedad de su paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Familiarizar a los miembros del grupo con la terapia. • Explicar en qué consiste el presente taller • Promover la Confianza con los demás personas que se encuentren presentes • Sensibilizar en el uso de técnicas de relajación 	<ul style="list-style-type: none"> • Inauguración <hr/> • Exposición de la enfermedad que padece el familiar, las consecuencias <hr/> • Dinámica de romper el hielo la pelota preguntona. <hr/> • Explicación de la enfermedad del paciente y el pronóstico. <hr/> • Expresar las dudas que se tenga sobre la actividad anterior. <hr/> • Evaluación inicial con la escala de Goldberg (GADS) <hr/> • Sensibilización de la 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 min <hr/> • 15 min <hr/> • 10 min <hr/> • 30 min <hr/> • 15 min <hr/> • 10 min 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector • Computadora <hr/> • Pelota <hr/> • Computadora • Proyector <hr/> • Lápiz • Pluma

			<p><u>técnica de relajación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación y cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • 7 min. • 15 min 	<ul style="list-style-type: none"> • Ropa cómoda • Toalla
2	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones del estrés en el cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar cuál es el factor desencadenante del estrés y la manera de desencadenar en el organismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción al estrés y las consecuencias en el organismo <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica rompe hielos: presentación de cada uno de los integrantes y el motivo por el cual están en el taller <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de relajación progresiva <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación grupal <hr/> <p style="text-align: center;">RECESO</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de lo aprendido 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 min • 35 min • 15 min • 10 min • 15 MIN 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • proyector • Ropa cómoda • Ropa cómoda • Toalla para acostarse

			en el taller para enfocarlo a la vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> • 15 min 	
3	APRENDIENDO A RELAJARME	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los integrantes las técnicas existentes para poder afrontar las situaciones estresantes para disminuir daños los trastornos organicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación grupal interacción de lo esperado del presente curso. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar Los problemas que se han presentando en los últimos días que propician estrés <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de solución del problema <hr/> <p>Retroalimentación</p> <hr/> <p>RECESO</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de relajación pasiva <hr/>	<ul style="list-style-type: none"> • 10 min <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 5 min <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 20 min <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 10 MIN <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 15 MIN <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 20 min <hr/>	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • papel <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Ropa comoda • Toalla <hr/>

			<ul style="list-style-type: none"> • Interacción grupal de la experiencia de la técnica anterior 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 min 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Racional Emotiva 	<ul style="list-style-type: none"> • 25 min 	<ul style="list-style-type: none"> • Libreta • Plumas • Lápiz
			<ul style="list-style-type: none"> • cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 min 	
4	Manejo de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las técnicas para la disminución de la ansiedad. • Analizar los estímulos que provocan la aparición de la ansiedad y cuáles son las reacciones que tiene el cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición breve sobre la ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 min 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Proyector
			<ul style="list-style-type: none"> • Diálogos sobre los factores que propicia la ansiedad y cual la manera que se manifiesta en nuestro cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 min 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Terapia racional emotiva (continuación del ejercicio anterior) 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 min 	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Pluma • libreta
			<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 min 	

			<hr/> <p>RECESO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de relajación autógena <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación grupal y cierre <hr/>	<ul style="list-style-type: none"> • 20 MIN • 20 min • 15 min 	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • ropa cómoda • toalla para acostarse en el piso <hr/>
5	DESSENSIBILIZACION SISTEMATICA HACIA EL MANEJO DEL DUELO	<ul style="list-style-type: none"> • practicar técnicas de relajación realizadas en las sesiones anteriores, enfocadas a la desensibilización sistemática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación del aprendizaje de las sesiones anteriores en su vida cotidiana. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de desensibilización sistemática (relajación) • Retroalimentación <hr/> <p>RECESO</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • CERRANDO CICLOS INCONCLUSOS 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 min • 20 min • 15 min • 20 MIN • 30 MIN 	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Ropa cómoda • Toalla <hr/>

			<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación y cierre <hr/>	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 15 min • <hr/>	<hr/>
6	Terapia grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Exponer a sus compañeros de grupo el aprendizaje durante las sesiones anteriores en sus vidas cotidianas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción grupal <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 min <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 10 min 	

CONCLUSIONES

El traumatismo craneoencefálico constituye la principal causa de muerte provocado por accidentes automovilísticos, por la falta de cultura de utilizar el cinturón de seguridad. La edad de presenciar este acontecimiento es a cualquier edad, aunque existen autores que menciona que es en la cuarta década de vida y en la adolescencia.

El traumatismo craneoencefálico es una lesión en el cerebro, provocado por un golpe contra algo duro, ya sea el piso, un impacto de bala, la caída de un edificio de metros de altura. Esto generará, en quien sufre la lesión, muchos trastornos, dependiendo del tipo de traumatismo haya sufrido.

Existen tres tipos de traumatismo craneoencefálico, los cuales se diagnostica a través de la escala de Glasgow. Esta escala consiste en detectar si existe respuesta del traumatizado, si se encuentra orientado en sus tres esferas neurológicas y en su nivel de consciencia. Esta escala consta de 15 puntos, constituyendo de 15 a 13 puntos TCE leve, de 12 a 9 puntos TCE moderado y la puntuación menor a 8 TCE grave ó severo.

Los padecimientos que pueden existir en el TCE moderado ó grave son trastornos de la personalidad, psicosis, trastorno maniaco, trastornos de conducta, pérdida de control de esfínteres, etc. Estos trastornos van a constituir un gran problema en la dinámica familiar por las complicaciones que estas conlleva; en primer lugar presentarán estado de crisis; O'Connor propone cuatro niveles donde se explican detalladamente las causas que originan las crisis.

El primer nivel consiste en la pérdida absoluta, la enfermedad de uno mismo y dependiendo del tipo de enfermedad fomentará la muerte de uno mismo.

El segundo nivel trata de las personas importantes de nuestras vidas que sufren alguna enfermedad, ya sea crónico, terminales e inesperadas; y que es inevitable la muerte.

El tercer nivel de pérdida abarca los cambios durante el desarrollo y los cambios de trabajo, casa.

Y por último, el cuarto nivel de la pérdida que engloba los objetivos importantes como: el dinero, esperanza, aspiraciones o expectativas y todo lo referente al medio social.

Con esto se puede concluir, que los cuatro niveles tienen reacciones en las familias durante el impacto de la enfermedad y pérdida de alguno de sus integrantes. Durante este lapso causará la pérdida de salud en todos los miembros ó principalmente en el cuidador primario. Esto ocurre cuando existe un nivel alto de estrés que se origina al estar en contacto directo de las consecuencias de la enfermedad. Los familiares al estar en contacto directo de pacientes, llegan a padecer trastornos psicosomáticos, problemas viscerales, problemas de gastritis, problemas cardiacos.

El nivel económico de las familias también origina crisis al no tener suficientes recursos económicos para subsidiar los medicamentos, estudios, pagos en el hospital, etc.

Los diferentes niveles mencionados anteriormente por la psicóloga O'Connor suceden con frecuencia con los familiares de los pacientes de bajos recursos. Por ejemplo en el Hospital General de Acapulco, los familiares de los pacientes que se encuentra en la estancia intrahospitalaria (EIH) durante el transcurso de la enfermedad del paciente se encuentran angustiados por la falta de recursos económicos. Durante este tiempo será necesario realizar estudios tales como electroencefalograma (EEG), tomografías computarizadas (para diagnosticar que tipo de daño cerebral ha sufrido como consecuencia del accidente). Al tener que economizar estos familiares ó el cuidador primario se priva de sus alimentos, esto estimulará que dicho cuidador llegue a enfermarse. También propiciará confusión, desorganización en el funcionamiento de sus actividades familiares, sociales, laborales, sentimiento de desamparo, etc. Estos tipos de pensamientos se debe al bloqueo que existe por la confusión para poder llegar a la solución del conflicto. La falta de control de esta situación propiciará en los familiares que sufran: ansiedad, estrés, depresión reactiva.

Se han realizado estudios donde se menciona que los familiares al no saber sobre el pronóstico del paciente provoca estrés, propicia alteraciones en el sistema inmunitario causando problemas de salud: colitis, gastritis, alteración en el sistema inmunitario, diabetes, migraña.

La ansiedad es otro de los padecimientos que presentan estas familias, sufren diversos tipos de anormalidades en su organismo como son las manifestaciones físicas tales como: boca seca, escalofríos, fatiga, pulso rápido, sensación de hormigueo en el cuerpo, sensación de ahogo similar a un infarto,

problemas gastrointestinales. En cuanto a los síntomas emocionales existe preocupación, intranquilidad, irritabilidad, impaciencia, miedo, nerviosismo e inquietud en algunos casos permanentes, incapacidad para relajarse. Y por último los síntomas cognitivos como la preocupación constante, insomnio, pensamientos automáticos catastróficos recurrentes.

Estos familiares, al estar al pendiente de las posibles recaídas del paciente, existen las posibilidades de presentar trastornos de ansiedad generalizada, preocupaciones excesivas que en muchas ocasiones son eventos temidos.

Entre los pensamientos temidos se pueden mencionar el miedo que el familiar fallezca durante la noche, lo cual provoca que el cuidador tenga que levantarse constantemente para vigilar a su paciente y hablarle; presentándose los siguientes síntomas fatiga, inquietud o impaciencia, irritabilidad, tensión muscular, insomnio.

La depresión reactiva es una alteración del estado de ánimo, el cual se presenta como consecuencia de un suceso externo. En el caso de la enfermedad de un miembro del núcleo familiar, la muerte de un ser querido.

La muerte es un suceso doloroso que las personas están conscientes que es el evento final del ser humano, sin embargo siempre estamos presentes en los velorios de personas externas de la familia, escuchando y platicando “es la ley de la vida” sin embargo todo se ve mejor en la casa del vecino, es decir, estamos tranquilos mientras no toque la puerta en la casa que habitamos.

Cuando este evento inesperado sucede, es diferente cuando fallece una persona quien sufría de una enfermedad terminal y de manera natural, que un familiar que muere por consecuencia de un accidente, quien era sano antes de dicho evento, así como también lo que provocará mayor nivel de crisis ante la pérdida será el lugar que ocupaba el traumatizado, es decir si era el esposo(a) ó hijos.

Existe una escala sobre las crisis en donde menciona que la muerte del cónyuge es que frecuentemente sufre mayor relevancia en la presencia de crisis emocionales.

Los tipos de duelos que se presentan son: duelo anticipatorio donde los familiares que se encuentran cercanos al enfermo empiezan con las etapas de incredulidad, shock, negación, desplazamiento, protección y rabia. Estas son las

emociones y mecanismos de defensa que el doliente manifiesta durante los cuidados del paciente.

El duelo que se presenta después de la muerte de un familiar puede ser normal o patológico. Se considera normal cuando el duelo no dura más de 6 meses y patológico cuando existen fijaciones en algunas de las etapas. Es común que se queden fijados en la negación, sientan la presencia de la persona fallecida, presentándose alucinaciones visuales y auditivas, sin embargo estas serán pasajeras.

Es por esta razón que se decidió como propuesta el construir una fundación para los familiares de los pacientes que se encuentre en la estancia intrahospitalaria, para poder brindar el apoyo que se necesite. Es decir, dar a conocer las herramientas que existen para poder afrontar una situación adversa de la vida y de esta manera fomentar la resiliencia en los dolientes.

La resiliencia es la capacidad de individuo de no dejarse abatir ante situaciones estresante de la vida, no permite que obstruya las actividades que se tienen que realizar, saben cómo manejar una situación difícil de la vida.

El desarrollo de la resiliencia para estos familiares se llevará a cabo por medio de un taller donde se les enseñarán técnicas de relajación, como manejar los pensamientos automáticos, y preparar al individuo cuando se presente el suceso inesperado.

REFERENCIAS

- Kaiser Stearns Ann; **como superar las crisis personales,** editorial biblioteca nueva (2002).
- Bowlby John (1993)**la perdida afectiva;** editorial Paidós Ibérica, S.A.
- Dr. Caso Agustín **FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA** Tercera edición; editorial limusa (1993).
- Galimberti Umberto; **Diccionario de Psicología;** segunda edición, editorial siglo XXI (2006).
- Kolb Noyes **Psiquiatría clínica moderna;** tercera edición; editorial la prensa medica mexicana 1966; trad. Dr. Leopoldo Chagoya Beltran.
- Asociación Americana de Psiquiatria; Manual Diagnostico y estadístico Texto Revisado 1ra edición (2002).
- Velazco María Luisa; Sinibaldi Julian J.F; **Manejo del enfermo crónico y su familia;** editorial manual moderno (2001).
- Nemeroff B. Charles; Schatzberg F. Alan; **Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos Psiquiátricos;** 1ra edición; editorial Psiquiatría Editores S.L. (2001).
- Egozcue Romero María Magdalena; **Primeros Auxilios Psicológicos;** 1ra. Edición; editorial Paidós (2005). Td. Manzana Montejo Eric.
- Halgin P. Richard; Krauss Whitbourne Susan; **Psicología de la Anormalidad; perspectivas sobre desordenes psicológicos;** (4ta. Edición); editorial Mc Graw Hill (2004).
- Comité de traumatología del American College of Surgeons (2da. Edición); editorial: Interamericana (1979). Td. Dra. Guerrero Georgina.

- Cailliet Rene; **síndromes dolorosos cabeza y cara;** 1ra. Edición; editorial El manual moderno, S.A. de C.V. 1992.
- Bellak Leopold; Small Leonard **Psicoterapia Breve y de Emergencia** 2da. Edición; editorial Pax México (2004).
- Walsh Froma; **Resiliencia Familiar estrategias para el afrontamiento;** 1ra. Edición; editorial Amorrortu; Td. Wolfson Leandro.
- Cyrlunik Boris; **La Maravilla del Dolor El sentido de la resiliencia;** editorial Granica México S.A. de C.V. Td. Gonzales Zafra Gustavo.
- Navarro Góngora José **Enfermedad y Familia Manual de intervención psicosocial;** editorial Paidós Ibérica, S.A (2004).
- Ostrosky Solís Feggy; **Toc, Toc! ¿Hay alguien ahí?** 1ra edición (2000); 4ta reimpresión; editorial Infored
- Castro Gonzales María del Carmen **Tanatología la inteligencia emocional y el proceso de duelo;** 2da edición; editorial trilla (2007)
- V. Rabins Peter y L. Mace Nancy; **El Día Tiene 36 Horas;** (2004); Editorial Paidós 2004. Td. Figueras Albert
- E. Caballo Vicente; **Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta** 2da. Edición (1993); Editorial Siglo XXI de España editores, S.A (2008).
- A. Slaikeu Karla; **Intervención en Crisis Manual para Práctica e investigación;** 2da. Edición; editorial El manual moderno. Trad. Chávez Mejía Maricela.
- Fernández Ortega Miguel Angel; **El Impacto De la Enfermedad en la Familia;** Revista de la facultad de Medicina V. 46 No. 6; diciembre 2004; <http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/medicinafamiliar/ImpactodelaEnfermedad.pdf>; (consultada 12 de julio del 2008).

Melillo Aldo; Suárez Ojeda Néstor Elbio; Rodríguez Daniel; **Resiliencia y Subjetividad los ciclos de la vida;** 1ra. Edición; editorial Paidós (2004).

Dr. Pereira Roberto **Trabajo con los Recursos de la Familia: Una historia de la Resiliencia Familiar;** <http://www.redrelates.org/jornadas/UnaHistoriaFamiliar.pdf> (consulta 13 de septiembre del 2008).

Vera Poseck Beatriz **Resistir y Rehacer una conceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva;** <http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>, (consulta 13 de septiembre del 2008).

Prof. Raffo L. Sylvia; **Intervención en Crisis;** <http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/medicina/crisis.pdf> (consulta 12 de julio del 2008)