



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS NO
NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE PACIENTES
TERMINALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ con MF No.8 DEL
IMSS”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DRA. KATIA GABRIELA CRUZ NUÑEZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA

ASESOR DE TESIS

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL HGZMF No. 8 I.M.S.S.

CD. DE MÉXICO, D. F. AGOSTO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AUTORIDADES DEL IMSS



DR. OCTAVIO SILVA BERMUDEZ

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
No. 8 IMSS.

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
Y TITULAR DE LA RESIDENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
MEDICINA FAMILIAR No. 8 IMSS.

DRA. DANEALIZBETH MORONES ZUÑIGA

PROFESORA ADJUNTA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
MEDICINA FAMILIAR No. 8

**“LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE PACIENTES
TERMINALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ con MF No.8
DEL IMSS”**

DIRECTOR DE TESIS

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA

Especialista en Medicina Familiar, Coordinador del Centro de Educación Médica
Continua “Dr. Francisco J. Balmis”

ASESOR DE TESIS

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA

Jefe de enseñanza e Investigación del HGZ MF No. 8 I.M.S.S.

TESISTA

DRA. KATIA GABRIELA CRUZ NUÑEZ

Residente de Tercer año

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

MI GRATITUD A DIOS

Por la bendición que me da al llegar al final de este camino.

A MIS PADRES

Por todo su amor, lealtad, ayuda, compañía, y por haber depositado en mi su confianza de manera incondicional a lo largo de este tiempo.

AL DIRECTOR DE TESIS

Como el barro en manos del alfarero, así este trabajo fue tomando forma gracias a su acertada dirección, su contribución y sus atinados consejos son un tesoro indeleble, por eso mi gratitud y aprecio a mi profesor el Dr. Apolinar Membrillo Luna

A MI ASESORA

Por la revisión cuidadosa de este manuscrito

A MIS AMIGOS

Dr. Arturo Hernández Paniagua mi cariño y agradecimiento sincero por todo su apoyo al invertir su tiempo desinteresadamente en el diseño e impresión de esta tesis.

A MIS PACIENTES

Pues sin ellos hubiese sido imposible el desarrollo esta investigación.

DEDICATORIA

*Con amor y profunda gratitud dedico este impreso a
MIS PADRES:*

ANITA Y ALFREDO

A quienes atribuyo todos mis éxitos en esta vida, pues de ellos recibí enseñanza moral, intelectual y física con la cual hoy veo realizado uno de mis más grandes anhelos profesionales.

Por ser mi mas grande tesoro y mi mejor ejemplo a seguir..... GRACIAS

ÍNDICE

PROLOGO	7
INTRODUCCION	9
CAPÍTULO 1.- IDENTIFICACION	11
1.1 UNIDADES PARTICIPANTES	
1.2 PARTICIPANTES EN EL PROYECTO	
CAPÍTULO 2.- ANTECEDENTES	12
CAPÍTULO 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
CAPÍTULO 4.- JUSTIFICACIÓN.....	34
CAPÍTULO 5.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	35
CAPÍTULO 6.- HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
CAPÍTULO 7.- MATERIAL Y METODOLOGÍA.....	36
CAPÍTULO 8.- RESULTADOS.....	40
CAPÍTULO 9.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	58
CAPÍTULO 10.-CONCLUSIONES.....	61
CAPÍTULO 11.-ANEXOS.....	63
CAPÍTULO 12 .-BIBLIOGRAFÍA	68

*Los días de nuestra edad son setenta años;
y si en los más robustos son ochenta años,
con todo, su fortaleza es molestia y trabajo
porque pronto pasan y volamos.
Enséñanos de tal modo a contar nuestros días,
que traigamos al corazón sabiduría.*

Libro de los salmos

PROLOGO

Prologar una obra significa primero, un conocimiento profundo del tema a tratar, pues no se puede emitir una opinión sobre algo que se desconoce, segundo, un análisis objetivo, imparcialidad, sincero y sin complacencia acerca del contenido del mismo y una estimación al autor(a) quien deposita en tus manos el producto de su esfuerzo. No creo reunir el primer requisito, trataré de compensarlo con lo segundo, en cuanto al tercero tú sabes cuánto te quiero.... Vete leyendo.....

Me siento como el Quijote frente a los molinos de viento, lanza en ristre dispuesto a diseccionar tu trabajo, mi problema es que no cuento con un Sancho Panza que me auxilie después de la paliza.

El trabajo que tengo en mis manos reviste una enorme importancia tanto para el Médico Familiar, como para las familias de pacientes en fase terminal, que en un momento dado se enfrentaran a esta situación, sobre todo si deviene en el deceso de su ser amado.

Que la muerte de un ser humano causa un enorme IMPACTO en la familia es indudable, y tanto más cuanto, si ésta no recibe la orientación del profesional en MEDICINA FAMILIAR que le ayude a entender, que si bien la pérdida de un ser querido es irreparable, de que el sufrimiento existe, pero que se puede transformar en una experiencia de plenitud y redundar en beneficio de la familia, creo sin lugar a dudas que este es el tema central de este trabajo el cual va desglosando en cada capítulo con mucho acierto.

Se aprecia que la autora del mismo ha tenido el tino de introducirse con una cita literaria adoc, pues apoyada en un pequeño párrafo de una novela del gran autor León Tolstoi deja plasmado el asunto medular de su trabajo, un enfermo terminal debatiéndose entre la vida y la muerte y el IMPACTO, y la CRISIS en su familia ante esta situación.

Con el apoyo de la Literatura Universal, aborda con mucha sabiduría el tema de la MUERTE destacando sobre todo la minuciosidad de las citas de grandes filósofos y pensadores tanto clásicos como contemporáneos, nos lleva de la mano en este tema tan delicado, dándole al mismo un enfoque positivo en el hecho mismo de morir, y rematando con una cita de HORACIO, un párrafo lleno de exquisita reflexión y sabiduría “EL CARPE DIEM”, es decir, Vivir la vida en el aquí y ahora, sin dejar situaciones inconclusas, pues no se sabe que llegará primero, si la muerte o el próximo día.

Sin bien es cierto que la muerte de un ser humano sume un una **CRISIS** a sus familiares, en este capítulo el tratamiento del tema tiene un enfoque positivo, pues ésta no solo significa **desestabilización**, sino que representa la oportunidad de un paso hacia adelante, por consiguiente la clasificación de las diversas CRISIS que suelen aparecer en la familia está soportada y sustentada con innumerables citas de reconocidos autores internacionales que han profundizado en este tema de suma importancia para el médico familiar.

Sin temor a equivocarme, la metodología utilizada reúne los requisitos esenciales del Método Científico, desde el planteamiento de una hipótesis, el tipo de estudio, el universo espacio y tiempo, la determinación de la muestra, los criterios a aplicar, el muestreo, el manejo de las variables, las consideraciones éticas, la observancia de Leyes y Reglamentos en materia de investigación en salud tanto general como del propio Instituto, los cuestionarios, los gráficos el análisis estadístico y las conclusiones, elementos todos que reflejan el esfuerzo e interés por obtener un producto de calidad, un trabajo muy bien desarrollado bien presentado y mejor supervisado por el Director del mismo.

El veredicto formal será potestad de quienes en su momento evalúen tanto al autor como su esfuerzo. Me detengo un momento, miro a través de la ventana el firmamento, y viene a mi memoria un hermoso proverbio del rey Salomón, “Instruye al niño en su carrera y aun cuando fuere viejo, no se apartará de ella”, y creo a pie juntillas que la autora de este Protocolo de Investigación tiene estos cimientos pues esto se refleja en la elaboración del mismo.

**LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS NO
NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE PACIENTES TERMINALES
DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ con MF No.8 DEL IMSS**

“-¡Señor, Dios mío! ¡Permitid a mi alma llegar a su madurez antes de ser segada”

David Holm

INTRODUCCIÓN

La medicina y la muerte como tema literario siempre ha fascinado a los grandes escritores, la dicotomía vida-muerte siempre esta presente en la mente del ser humano. El proceso salud-enfermedad-muerte y la crisis que envuelve tanto al paciente como a sus familiares ha sido tratado magistralmente entre otros por Selma Lagerlof¹ en *El carretero de la Muerte*, Gabriel García Márquez² en *Crónica de una muerte Anunciada*, y León Tolstoi³, este último en su novela *La muerte de Ivan Ilich*, el cual describe de manera descarnada la crisis en que se ve envuelta esta familia ante la inevitable muerte del padre de familia, por lo que vale la pena rescatar algunos pasajes.

“Desde al principio de su enfermedad, a partir del momento en que Iván había ido por primera vez a casa del doctor, su vida interior se había escindido, pasando alternativamente de la desesperación a la espera de una muerte horrorosa e incomprensible a la esperanza y a aplicar toda su atención al funcionamiento de sus órganos. Tan pronto no pensaba mas que en su riñón y en su intestino que se negaban a cumplir con su deber, como no tenia ante los ojos mas que aquella muerte atroz, incomprensible, de la que nada podía salvarlo”.....

“Aquellos dos estados de espíritu alternaban en él desde el comienzo de su enfermedad, pero a medida que esta se agravaba, sus esperanzas, se le aparecían cada vez como algo fantástico e ilusorio, en tanto que el sentimiento de la muerte próxima se imponía en él con mayor realidad”.....

“Ella se puso a hablarle de remedios, él le dirigió la mirada, Prascovia no acabó la frase empezada, tanto odio, especialmente contra ella, se expresaba en aquella mirada”.....

- ¡Por el amor de Dios, déjame morir en paz!

“Ella quiso irse, pero su hija entró en ese momento y se acercó a su padre para darle los buenos días. Él miro a la hija como había mirado a la madre, y a sus preguntas sobre su salud les respondió secamente que bien prontamente los libraría a todos de su presencia, las dos se callaron, se quedaron sentadas unos momentos y después salieron de la habitación”.....

¿Qué culpa tenemos nosotras? -Dijo Lisa a su madre- ¿Cómo si fuéramos nosotras las causantes de su enfermedad ¡Me da lástima papá, pero ¿Por qué nos hace sufrir de esta manera?.....

“De pronto una fuerza desconocida lo golpeó violentamente en el pecho, en el costado, y le cortó la respiración; entonces cayó vencido y se precipitó en el agujero, y allá abajo, en el fondo de todo, brilló algo. Volvió a sentir lo que en otros tiempos había experimentado en un vagón, cuando uno se imagina que va avanzando, y en realidad el tren va marcha atrás y bruscamente uno se da cuenta de la verdadera dirección”.....

“En el final del tercer día, dos horas antes de su muerte. En aquel momento justo, el pequeño colegial se deslizó suavemente en la habitación y se acercó a la cama. El moribundo no dejaba de lanzar gritos desesperados, agitando los brazos. Entonces su mano encontró la cabeza del niño y él se la tomó entre las suyas. Llevándosela a los labios para besarla, apoyó en ella sus labios y se puso a llorar”.

“Pero para quienes lo rodeaban su agonía duró aun dos horas. Del pecho se le escapaban estertores, el descarnado cuerpo se le estremecía. Luego poco a poco, los sobresaltos y los estertores se espaciaron.

-¡Se acabo! -dijo alguien.

El oyó aquellas palabras y las repitió en su alma. ”**¡Acabada la muerte!** –Se dijo- **No existe ya**”. Aspiro profundamente, pero no acabó su aspiración, se quedó rígido y murió.”

En estos breves párrafos este gran novelista plantea la crisis que vive la familia NO SANA de Iván; a través de los diálogos se aprecia el chantaje y el sentimiento de culpa que el jefe de familia descarga sobre la esposa e hija con motivo de su enfermedad. Un elemento de la familia esta en crisis y por consiguiente todo el sistema se encuentra en crisis.

La problemática que se presenta en esta novela se puede clasificar como una CRISIS FAMILIAR NO NORMATIVA, generada por el impacto que causa la muerte inesperada de Iván, el jefe de la familia. Pero esto que ocurre en la ficción no se compara con la realidad donde un infarto, una hemiplejia, una fractura, la pérdida de la vista, de la audición, del habla o un envejecimiento acelerado puede convertir al paciente en incapaz y dependiente, entrando en crisis él y su familia, para cada una de estas situaciones es necesario encontrar una solución original y adaptada a cada caso.

CAPÍTULO 1

Identificación

La responsabilidad del médico familiar en el trato diario con los pacientes, es percibir de inmediato cuándo una familia entra en crisis, ante la cercanía de la muerte de un familiar en fase terminal. La importancia de esta percepción hará que el facultativo ponga en juego todos sus conocimientos en este tema y brinde a la familia toda la ayuda profesional que requiere en esa etapa para superar la crisis que genera el impacto de la muerte de un miembro de la familia.

1.1 UNIDADES PARTICIPANTES EN ESTE PROYECTO

Por orden jerárquico las unidades participantes son:

- EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA HGZ 8.
- LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 8.
- EL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR

1.2 PARTICIPANTES

Dr. Apolinar Membrillo Luna
Director de tesis

Dra. Martha Beatriz Altamirano García
Asesor de Tesis

Dra. Katia Gabriela Cruz Núñez
Tesisista

*He de morir de mi muerte
de la que vivo pensando
de la que estoy esperando
y en temor se me convierte.
Armando Gutiérrez Cruz*

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES

Sin duda alguna mucho se ha dicho y escrito sobre la muerte. Filósofos, sicólogos, médicos, investigadores, académicos, religiosos y siquiátras entre otros, han llenado miles de páginas con este tema que siempre está presente en la mente de todo ser humano. Esta es una breve síntesis de lo mucho que se ha escrito al respecto.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA MUERTE

"Aprende a morir y aprenderás a vivir. Nadie aprenderá a vivir si no ha aprendido a morir", así rezaba un viejo manual occidental sobre la muerte y el proceso de morir.

Actualmente, en la sociedad se ha producido un considerable avance en lo referente a la atención al paciente moribundo, desarrollo que se ha realizado por un lado en lo que hace a la terapia del dolor y más específicamente a la farmacología en sí; pero también el movimiento de los cuidados paliativos desarrollado a mediados del siglo pasado por C. Saunders¹ en Inglaterra y que da cuenta de la necesidad de brindar una atención compasiva tendiente no sólo a disminuir el sufrimiento físico del paciente sino también a optimizar su calidad de vida, a través del control de los síntomas físicos, emocionales, mentales, sociales.

El sabio maestro budista, Padmasambhava⁵ afirmaba: "Quienes creen que disponen de mucho tiempo, sólo se preparan en el momento de la muerte. Entonces los desgarran el arrepentimiento. Pero, ¿no es ya demasiado tarde?".

En este sentido cabe reflexionar y preguntarse, con total sinceridad lo siguiente: ¿Qué sé sobre la muerte, o qué sabemos de la muerte?".

En primer lugar hay que estar conscientes de que la muerte es un absoluto misterio, pues nadie ha regresado del "más allá" para referírnoslo. Solo se cuenta con lo que se denomina "experiencias cercanas a la muerte".

El célebre filósofo griego Sócrates⁶, afirmó: "A la muerte no le corresponde ser temida, porque nadie sabe en qué consiste, tenerle miedo es pretender ser sabio sin serlo".

Por tanto, Sócrates tiene una actitud racional frente a la muerte, es decir, basada en el poder de la razón.

Por otro lado, para Sócrates hay una esperanza auténtica de que la muerte sea un bien, porque la muerte puede ser un dormir eterno sin sueños, lo cual sería ganancia, o bien, un ingreso a un mundo donde se entra en contacto con los antepasados, lo que también sería una gran felicidad.

La muerte es en todo caso un evento positivo para Sócrates, porque puede significar un dormir sin sueños, un dormir profundo que ya se lo querría un rey.

O bien la muerte puede ser un partir hacia otra forma de vida en dónde existe la posibilidad de conversar y entrevistarse con grandes héroes, lo cual es excepcionalmente valioso para él. Para Sócrates, morir es también liberarse de fastidios, por tanto, no tiene ningún lado negativo o desesperanzador.

Lo cierto es que existen dos certezas irrefutables. Se sabe que es absolutamente cierto que habremos de morir y también que es absolutamente incierto cuándo y cómo. Angustiosas interrogantes existenciales ambas, si las hay.

Este concepto de la muerte como el gran adversario que nos infunde valor y paciencia para actuar sin entregarnos a la importancia personal o egocentrismo, hace ver a la muerte como un maestro que nos saca de nuestro inconsciente escondite y nos abre a la verdad de la vida y del universo.

Reflexionemos sobre ello: A poco que pensemos, hemos de llegar a darnos cuenta de que en realidad ignoramos quienes somos, es decir, cuando nos preguntan sobre nuestra identidad respondemos con una variedad de elementos que hemos coleccionado con el fin de definirnos a nosotros mismos (por ejemplo, soy uruguayo, psicólogo, hombre, etc.). Pero cuando todas esas cosas se nos quitan, ¿tenemos idea de quiénes somos en realidad sin contar con todos esos agregados?

Por otro lado, nos identificamos con nuestro cuerpo y nuestra mente pero, ¿que sucederá cuando ya no estén presentes? ¿son estos dos elementos sostenes seguros y confiables de nuestro ser y de nuestra identidad?

Para no hacer frente a estas interrogantes, buscamos y exigimos vivir según un plan preestablecido, por ejemplo, estudiar, trabajar, formar una familia, etc., buscando vivir de forma acelerada, ocupando el tiempo con responsabilidades y cosas materiales.

He aquí la encrucijada, dejar que la vida nos viva o en cambio vivir nosotros la vida, hay que empezar por aceptar la muerte como una gran maestra que continuamente nos susurra al oído: "**Carpe diem**"⁷, es decir, vive la vida en el aquí y ahora, sin dejar situaciones inconclusas, pues no se sabe qué llegará primero, si la muerte o el próximo día.

¿Es esta una visión pesimista de la vida, que sume al género humano en la angustia y el terror continuos? Muy por el contrario, le permite una vida plena y fluida, pues al no saber en qué momento ha de llegar la muerte, se evita por un lado el dejar asuntos pendientes y minimizando nuestra personal importancia, y por otro lado, buscamos mantener una comunicación plena y sincera con quienes y con lo que nos rodea, expresando en forma continua un profundo respeto y amor por todo y todos.

Al ser conscientes de que nada es permanente, y como dijera Lavoisier⁸, nada se pierde sino que todo se transforma, despertamos al hecho de que nada es independiente sino que todo es interdependiente con todo y todos. Somos individuos pero también estamos en comunión y por consiguiente, nuestra más insignificante motivación, acción y/o palabra tiene consecuencias reales en todos los niveles del universo y en todos sus tiempos.

Por lo que hemos de vivir en el aquí y ahora, en el momento presente pues el pasado ha dejado de existir como tal y ahora es parte del presente, y el futuro es algo incierto aunque fecundo y lleno de posibilidades, pero cuya plenitud depende del momento actual; el futuro nace junto con el momento presente y muere con él.

¿Qué significa lo anteriormente expuesto?, pues nada menos que comprender que las crisis, el sufrimiento y las dificultades son puntos de inflexión en nuestras aletargadas existencias; son verdaderas oportunidades para transformarnos en forma íntegra al darnos cuenta de la impermanencia con lo que se aprende a aceptar los cambios.

Como afirmara Heráclito⁹ de Éfeso, “No nos lavamos las manos dos veces en el mismo río”.

Así en la medida en que es consciente del continuo fluir de la existencia en una espiral mutacional dinámica y permanente, se aprende en consecuencia que el apego y la posesividad de personas, ideas y cosas es algo falso que hace daño. Por consiguiente al aceptar la no permanencia, disminuye el apego y el consiguiente dolor por las eventuales pérdidas, reales o no y se gana en compasión, alegría, amor, bondad y sabiduría al confiar plenamente en sí mismo; implica en definitiva poner los pies en la tierra, siendo responsables de nosotros mismos.

Ahora, si todo cambia y muere pero nada se pierde sino que se transforma, entonces, ¿qué es la vida y qué es la muerte? ¿Qué hay detrás de la vida y qué tras la muerte, si es que algo hay? A lo que se puede agregar: ¿de dónde venimos y hacia dónde nos dirigimos?; ¿qué sentido tiene nuestra existencia?, y en definitiva, ¿quién soy?

Esto daría (y dará) cuenta de otro momento reflexivo, pero ahora vale la pena preguntar, ¿qué es lo que en verdad ha de contar en el momento de nuestra muerte?

Pues hay dos elementos básicos y fundamentales. Uno es cómo hemos vivido nuestra vida (y cómo la vivimos), y el otro es cuál ha de ser el estado de nuestra mente en el momento de la muerte.

Como dice Sogyal Rimpoché¹⁰ "El último pensamiento y emoción que tenemos justo antes de morir ejerce un poderosísimo efecto determinante sobre nuestro futuro inmediato. Este último pensamiento o emoción puede amplificarse desproporcionadamente e inundar toda nuestra conciencia en el momento de la muerte. En este momento la mente se encuentra completamente expuesta y vulnerable a cualquier pensamiento que entonces nos ocupe".

Hay que tener en cuenta que nuestra reacción ante una enfermedad terminal o directamente ante la muerte, dependerá de nuestra personalidad, de los valores que sustentemos y de nuestro conocimiento espiritual (conocimiento y no simple creencia).

En conclusión y en plena coincidencia con C. Longaker¹¹ se puede afirmar que las cuatro tareas básicas para experimentar con plenitud la vida y la muerte son:

1. Darse cuenta de que el sufrimiento existe y que se puede transformar en una experiencia de plenitud.

2. Mantener una comunicación con nosotros mismos y con los demás, donde nos expresemos con todo nuestro ser y fundamentalmente con nuestro corazón, lo más compasivos y libres de apego que podamos.
3. Estar preparados espiritualmente para la muerte, lo que implica ser capaces de vivir en el momento presente, sin dejar situaciones inconclusas que sólo han de constituir un lastre que incrementará nuestro dolor y sufrimiento y el de quienes nos rodean.
4. Encontrar significado a nuestra existencia, sentirnos seres plenos a pesar de las imperfecciones, aceptar los errores y expiar cualquier error cometido.

LA CRISIS EN LA FAMILIA

La lengua china escribe la palabra crisis utilizando los caracteres que representan “peligro y oportunidad”, por consiguiente, simultáneamente es una amenaza y una ocasión de cambiar.

En griego no sólo encierra el significado **desestabilización**, sino también de **crecimiento** de paso hacia adelante.

A mediados del siglo pasado el terapeuta Salvador Minuchin¹² había destacado este aspecto paradójico de la crisis. La crisis se define como una situación que presenta elementos tan poco habituales (de ahí el peligro) que el individuo (o el sistema) se ve obligado a transformarse para afrontar esta situación.

Por esta razón, la ocasión de un cambio es inherente a la crisis. El peligro de perder un modelo de relaciones poco adaptado a la situación actual, pero que confiere seguridad porque se conoce desde hace mucho tiempo, puede parecer terrible y poco atractivo, mientras que la posibilidad de crear una nueva estructura es más conveniente para la fase actual de la vida familiar.

La crisis, precisa Minuchin, es diferente de una situación de urgencia. La urgencia puede obligar a una movilización extraordinaria de recursos, pero no exige cambios.

Una urgencia a diferencia de una crisis puede enfrentarse con los métodos y recursos habituales, incluso aunque con una intensidad muy distinta, teniendo en cuenta la situación. Una enfermedad grave, pero de breve duración, una fractura, un coma diabético, una intervención de cataratas, de la cual el individuo se repone rápidamente, responde más a la urgencia que a la crisis.

Además, un último elemento paradójico de la crisis, afecta a la permanencia del modelo en su modificación. A menudo un cambio perdurable no se lleva a cabo a través de una ruptura con la estructura previa. El dilema se resuelve con éxito si se logran negociar nuevas respuestas sin abandonar por completo los antiguos modelos.

El mantenimiento de la coherencia del sistema exige esta continuidad entre la estructura pasada y la que se está elaborando. Para recuperar una fórmula del dominico Yves Congar, la familia, como muchos organismos e instituciones es *ante retro oculata*. En otras palabras, tiene un pie en el pasado y otro en el futuro. Sin embargo los sistemas que han vivido una historia prolongada no lo perciben siempre en su simetría exacta. El pie del pasado puede calzar una suela de plomo y el ojo orientado hacia el futuro posee una visión menos clara que el que está vuelto al pasado.

De esta forma, no todas las familias afrontarán las crisis de la tercera edad con la solidaridad y la flexibilidad de otras familias. Algunas familias pasarán más fácilmente que otras de una fase a otra de su historia, incluida la fase final de la muerte de los padres. Los largos años vividos en común en ocasiones crean rigideces muy importantes. La dificultad es especialmente notoria cuando el desequilibrio, originado por el envejecimiento acelerado del anciano, se acompaña de un cambio importante en la siguiente generación. Por ejemplo, puede ser la necesidad de reajustar las relaciones de una pareja en la que el marido se jubila y cuyos hijos están en la edad de abandonar el domicilio paterno.

Los especialistas de los sistemas vivos a menudo han utilizado, por analogía, términos imaginados por los cibernéticos para las máquinas complejas como autorregulación, homeostasis, retroacciones, etc., no obstante, una analogía no es una similitud y Phillippe Caille¹³ al introducir los conceptos de deterioro y de crisis muestra con claridad el cambio de nivel lógico producido por el paso de la mecánica a los seres vivos. –Las máquinas son diversas y su complejidad, variable.

Sin embargo, el corto circuito o el perno que produce un deterioro tiene un efecto unívoco. La máquina se detiene, su historia queda suspendida. Se proseguirá de forma idéntica, -en la misma trayectoria de estados- cuando el perno sea reemplazado y se repare el deterioro. Si la reparación no puede efectuarse, la historia se detiene. Solamente queda un objeto que ocupa mucho espacio y es pesado por lo que es necesario liberarse de él.

En cambio, la crisis del sistema humano es muy diferente, el aspecto esencial es la pérdida de control sobre su historia. Los sistemas humanos se autentican por la estabilidad y la previsión que existen en el conjunto de las relaciones privilegiadas.

Las familias negocian con mayor frecuencia de una forma inconsciente, el mismo modelo día a día y año tras año. Se percibe como el apoyo de una permanencia que condiciona la historia del sistema en su evolución.

¿De qué forma una familia o una institución pierde el control de su historia? A través del replanteamiento y la contestación de un modelo de relaciones previamente coherente, pero hoy en día inadaptado. Pero cuestionarse el sistema o plantearse si el modelo no está adaptado, no interrumpe la historia del sistema.

Provisionalmente deja de ser funcional porque sus miembros dejan de encontrar en él 'la realidad y previsibilidad' que son la piedra angular de la pertenencia sistemática.

Si no se desintegra y aparece un nuevo estado estable, se ha producido una co-creación de un nuevo modelo de relación que expresa la nueva realidad reconocida por todos.

Del deterioro a la crisis, del perno al modelo, el cambio del nivel lógico se lleva a cabo desde lo mecánico hasta lo vivo, desde lo material hasta lo simbólico. Los deterioros exigen la reposición de la pieza deteriorada por una pieza nueva. Por el contrario, la crisis exige un reconocimiento, una representación del modelo de relaciones por parte de los miembros del sistema y eventualmente por el terapeuta y después una transformación de este modelo para que sea coherente con la nueva etapa de la historia familiar o institucional.

Según Hoffman¹⁴ la familia tiene la capacidad de evolucionar a niveles de organización que son impredecibles y ésta cambia por saltos discontinuos que ocurren de forma espontánea.

Estos cambios que producen crisis o trastornos de la funcionalidad en la familia no necesariamente quieren decir que está a punto de desaparecer, sino que únicamente se encuentra en el proceso de aumento de la presión hasta que se produzca una nueva integración generalmente más compleja.

El proceso de los cambios referidos en la familia es el siguiente: parte de pautas de conducta que han mantenido el sistema estable de acuerdo a su medio ambiente, en donde aparece nuevas condiciones, lo que vuelve inoperantes las pautas establecidas previamente, por lo que la familia prueba soluciones que en ocasiones no funcionan y tienen que abandonarse, lo que ocasiona el surgimiento de irritación por cualquier dificultad, que por pequeña que sea, si es frecuente, lleva a la familia a un estado de CRISIS.

Para este mismo autor después de hacer una revisión de algunos autores entre los que se encuentran Rapaport, Hill, Edliot Colmes y Rade, concluye que las crisis familiares se presentan en los momentos en que la familia se enfrenta a una revisión normal de sus miembros, y que dicha crisis será más intensa en las familias que tienen dificultades para reorganizarse ante la pérdida de un miembro o el admitir a otros nuevos.

Las crisis pueden manifestarse por medio de alguno de los miembros de la familia. Menciona a Antonio Gramsci con su comentario “La crisis consiste precisamente en el hecho de que lo viejo está muriendo y lo nuevo no puede nacer”. Pero lo más importante es que la mayoría de las familias o bien las familias con suficientemente buenos recursos, salen de las crisis fortalecidos o con mayor grado de maduración, y en lugar de quedar con cicatrices indelebles obtienen partes nuevas de su estructura que les hace sentirse mejores.

Skyner¹⁵ considera que las familias más sanas son las que manejan de manera adecuada los cambios que se presenten dentro de la familia. Estos cambios son los que producen tensión, y menciona las causas que producen estrés, manejando una puntuación de uno a cien y entre ellos en orden de mayor a menor se encuentran los siguientes: muerte del cónyuge, divorcio, separación de la pareja, encarcelamiento de alguno de los miembros de la familia, muerte de algún familiar cercano, enfermedades de importancia, cuando se contraen nupcias, pérdida del trabajo, reconciliación de la pareja, jubilación, embarazo, problemas sexuales, nacimientos, cambios en la situación financiera, cuando los hijos se van, cambio de residencia o de escuela, vacaciones, navidades, etc.

Skyner¹⁵ identifica también ocho etapas del proceso de maduración de un individuo que son: niñez, primera infancia, edad de jugar, edad escolar, adolescencia, adultez joven, madurez y vejez. Si el individuo tiene alguna CRISIS y es un elemento del sistema, necesariamente el sistema entra en CRISIS, por lo tanto la familia tiene crisis cuando alguno de sus miembros entra en crisis de identidad.

Camdessus¹⁶ también opina que las crisis familiares se presentan ante situaciones que ponen en tensión al sistema un poco más allá de sus fuerzas estabilizadoras, pero al igual que otros autores como Minuchin considera que las crisis dan las posibilidades para que la familia cambie de manera positiva, aunque también puede cambiar negativamente dependiendo del estado de salud de las familias al hacer uso de todos los recursos, inclusive de lo que no usa frecuentemente, también a que tomen decisiones y sobre todo a cambiar las relaciones o interacciones que se encuentran rigidizadas por el tiempo.

Camdessus advierte que en una CRISIS familiar se tienen dos alternativas, una de ellas es aprovechar la situación que se presenta para que la familia se beneficie, o bien, destinar a un integrante de ella para que se deteriore.

Para Friedman¹⁷ las CRISIS familiares se presentan bajo la influencia de una situación estresante, la diferencia es que esta autora opina que las familias resuelven sus crisis con base a dos factores principales uno de ellos es la capacidad de resolver los problemas, como una característica de las familias y otra es su capacidad de adaptación.

Esta autora describe cuáles son las tácticas que utiliza la familia para reducir las condiciones de estrés que los agobia, por lo que la primera respuesta que tienen para resolver el problema es hacer uso de la auto-confianza y la búsqueda de ayuda.

El segundo tipo de capacidades para disminuir el estrés es cambiar el significado del problema, algunos ejemplos de ello son: hacer comparaciones positivas, ignorar selectivamente o hacer la sustitución por reconocimientos.

El tercer tipo de tácticas tiene aplicación selectiva de acuerdo al problema de que se trate, por ejemplo en las crisis maritales se usa el desahogo de los sentimientos, o la reflexión controlada aunada al apoyo pasivo y la autoafirmación. En los problemas de roles parentales se utilizan los sentimientos de potencia y la ayuda resignada.

También afirma que existen cinco competencias para solventar las crisis familiares que son: auto confianza a través de un gran control familiar, el uso del humor, el compartir mucho juntos, desarrollar subsistemas y miembros familiares fuertes, y *controlar el significado de los problemas*.

Para muchas familias es vital el uso de recursos externos, por ejemplo: el uso del conocimiento, el incremento de las conexiones con la comunidad, los sistemas sociales de soporte y el acudir a grupos de autoayuda.

Las familias no sanas utilizan estrategias de adaptación disfuncionales; y por lo general se trata de abuso y explotación, violencia marital, abuso de menores, chivo expiatorio, amenazas, triangulación, mitos familiares, pseudo-mutualidad y autoritarismo con dominio y sumisión.

Las consecuencias de atravesar una crisis personal o de pareja no siempre significan sufrimiento. Puede tratarse de interrogantes acerca de la vida de uno o de su vida conyugal. Enfrentarse a ellas es definir la identidad como persona y como miembro de la pareja, al mismo tiempo que la identidad de pareja, lo que entraña la necesidad de elegir cierto criterio para orientar su vida.

Así, una crisis puede verse como un fenómeno cíclico de nuestra vida de pareja según Lemaire¹⁸, útil para definir los lazos conyugales, es decir, que fundan la identidad de la pareja, al mismo tiempo que son las condiciones indispensables a su creación o resurgimiento.

Según J. Willi¹⁹ las crisis se dan en la lucha por superar bien las fases cíclicas y mantener al matrimonio con vida. Un solo miembro de la pareja puede experimentar una crisis, dependiendo de su relación de pareja en el ámbito psíquico y afectivo sobre todo, sin olvidar los aspectos sociales, económicos, morales y sexuales, se puede entender que aquellos que afectan a uno de sus miembros tendrán consecuencias directas o indirectas sobre el otro.

Existen ciertas parejas que tratan de evitar las crisis, pero esto no es sano ya que el evitar sistemáticamente los conflictos con idea de conservar la pareja sobre sus bases iniciales, es decir, sobre sueños o ilusiones, solo crea una serie de mal entendidos que pueden estallar y comprometer el desarrollo sano de la pareja.

La crisis también es una situación de conflicto pero supone una tensión más elevada, de mayor impacto en la vida familiar y que se experimenta en un período relativamente breve, unas semanas o quizás meses. En el periodo de crisis se desestabiliza el sistema familiar y se plantea la necesidad de cambios y reestructuraciones profundas, la tensión genera cambios destinados a reducir el malestar que conlleva a incrementar la satisfacción de la familia.

Por ello, todo el sistema familiar se encuentra muchas veces ante el dilema de tener que modificar sus pautas de comportamiento, sus normas y hasta su sistema de valores y creencias, mientras que otras veces la única salida a las tensiones es la destrucción o la ruptura.

CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS EN LAS FAMILIAS

Las crisis familiares pueden clasificarse de la siguiente manera:

1. Por cambios de **Posición Social** (empobrecimiento súbito, desempleo prolongado, riqueza o fama súbitos, etc.)
2. Por **Abandono** (muerte de algún miembro de la familia, el abandono propiamente dicho y el divorcio)
3. Por **Adición** (embarazos no deseados, adopción, llegada de padrastros o hermanastros, llegada de algún pariente a la convivencia familiar o también de amigos)
4. Por último la crisis por **Desmoralización** que incluye por ejemplo el adulterio o cualquier conducta delictiva o de drogadicción.

Para algunos escritores las crisis dentro de la familia pueden ser normativas y no normativas, las primeras se definen como: situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, también llamadas evolutivas, y a las no normativas son aquellas experiencias adversas o inesperadas, también llamadas para normativas, accidentales o no esperadas.

Las normativas al ser evolutivas tienen que ver necesariamente con los ciclos evolutivos de la pareja o de la familia. Las etapas de crisis que se presentan en la familia son: matrimonio, embarazo, nacimiento, inicio de la escuela, adolescencia, graduación escolar, entrada en la Universidad, inicio laboral, etapa del nido vacío, menopausia, retiro o cesantía y viudez, también se presentan en los dos primeros años del matrimonio, la llegada del primer hijo, el ingreso del hijo a la escuela, la etapa de los 7 a los 9 años de matrimonio, y el periodo de la adolescencia de los hijos.

Las crisis accidentales o no normativas son aquellos eventos que afectan a una sola persona y/o familia produciendo un cambio en la familia, estas pueden presentarse en cualquier etapa del ciclo de vida familiar. Las situaciones más frecuentes que producen este tipo de crisis son: abandono imprevisto o huida del hogar de cualquiera de sus integrantes, relaciones sexuales y/o embarazo prematrimonial, descubrimiento de homosexualidad, matrimonio no planeado, inconformidad con el estado civil, presencia de enfermedades de transmisión sexual, abuso sexual o violación,

trastornos psicosexuales, problemas con la familia política, embarazo no deseado o no planeado o con complicaciones, abortos, accidentes o enfermedades físicas o mentales en los miembros de la familia, el matrimonio en sí, la ocupación laboral, el estatus laboral femenino mayor al masculino, la dependencia económica y/o afectiva de los padres, la convivencia con otros familiares, ser cónyuges adolescentes, o bien que la pareja tenga una diferencia de edad mayor a 10 años, la adaptación sexual, la inadecuada distribución de tareas en el hogar, los hábitos y costumbres diferentes en la pareja, el diferente origen sociocultural e intelectual, la Incapacidad física, conflictos morales, suicidio, incorporación de otras personas a la familia.

TIPOS DE CRISIS FAMILIARES SEGÚN EL MODELO DE PITMAN

Desgracia inesperada: ante una desgracia inesperada la familia se puede encontrar en una situación de crisis en donde la tensión se manifiesta aislada, real y extrínseca, aunque puede sumarse a familias que ya sufrían conflictos y desencadenar otros conflictos que hasta ahora no se habían manifestado. Una enfermedad, un accidente, un despido forzoso, son ejemplos frecuentes del origen de tales crisis inesperadas.

Crisis del desarrollo: también denominadas crisis universales o predecibles, que surgen de cambios temporales, biológicos o por los cambios en la estructura familiar. En ellas se ve involucrado el ciclo de vida familiar, dentro de ellas tenemos: la pérdida del romanticismo, la infidelidad, el enfriamiento de la sexualidad, la edad adulta, el hijo adolescente, y el nido vacío.

Las crisis estructurales: son recurrentes y poseen una denotación intrínseca, aunque a menudo se haga una atribución externa respecto a las causas que la producen. A menudo surge como una tensión oculta, aunque en realidad la crisis en estos casos, no es una situación que lleva al cambio. Ejemplo de ellas son: el divorcio, el cambio de empleo, alcoholismo, suicidio y violencia. Este tipo de crisis suelen ser de las más peligrosas ya que conllevan más frecuentemente a la ruptura familiar.

Las crisis de desvalimiento: son frecuentes en las familias donde algún miembro es disfuncional o dependiente. Este suele mantener a la familia amarrada con sus demandas de cuidado y atención, pueden ser los niños los ancianos, los minusválidos, los enfermos.

PRINCIPALES ETAPAS DE CRISIS EN LA FAMILIA

Etapa de expansión: se inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con el nacimiento del último de los hijos, no tiene un tiempo definido. Provocan diferentes expectativas sobre el embarazo, el nacimiento de un hijo, el sexo del hijo que se tuvo, una familia numerosa, cuando los padres son adolescentes o cuando tienen más de 35 años, ser una familia con hijo único, tener diferentes patrones de crianza, sobreprotección de padres a hijos, las expectativas de los padres y la conducta de los hijos, el desarrollo normal de los hijos (conducta y educación sexual), los hijos lactantes y el nacimiento de otros hijos.

Etapa de dispersión: se caracteriza por el ingreso y adaptación escolar de los hijos, cuando se tienen hijos adolescentes, noviazgo de los hijos, selección vocacional y ocupacional de los hijos, primeras experiencias sexuales de los hijos, graduación y reconocimiento de logros escolares, inicio de las actividades laborales de los hijos, y cuando se tienen abuelos con limitaciones propias de la vejez que necesitan cuidado.

Etapa de Independencia: las crisis sobrevienen por: la decisión de los hijos de independizarse, la separación de los hijos por causas laborales, el matrimonio de los hijos, los padres que empiezan a quedarse solos, el inicio del nido vacío y el inicio del climatérico.

Etapa de retiro y muerte: los padres que se quedan solos, la jubilación o retiro, la muerte de un miembro de la pareja, la soledad o bien la presencia de enfermedades crónico-degenerativas. Es precisamente en esta etapa en la que centraremos nuestra atención por encontrar un evento de relevancia para la familia, la muerte, y sus principales repercusiones en la familia.

Las crisis **ACCIDENTALES** o no **NORMATIVAS** más comunes son las siguientes:

- El abandono imprevisto o huída del hogar de cualquiera de los integrantes, las relaciones sexuales prematrimoniales.
- El descubrimiento de homosexualidad, el embarazo prematrimonial.
- El matrimonio no planeado o una inadecuada selección de pareja.
- La inconformidad con el estado civil.
- La presencia de enfermedades de transmisión sexual, experiencias sexuales traumáticas, trastornos psicosexuales.
- Problemas con la familia política.
- Embarazo no planeado o no deseado, abortos, complicaciones del embarazo, trastornos durante el parto y puerperio.
- Enfermedades prenatales, enfermedades físicas o mentales en los miembros de la familia.
- Cambios de domicilio o ciudad.
- Accidentes o lesiones en algún miembro de la familia.
- Invalidez, muerte de un hijo, del esposo (a) de los padres o de un familiar.
- Experiencias sexuales extramaritales.
- Separación o divorcio conyugal.
- Problemas legales de cualquier miembro de la familia.
- Problemas económicos o pérdida del status económico.
- Aumento de responsabilidades laborales.
- Problemas escolares o laborales.
- Conflictos morales, suicidio Incorporación de otras personas a la familia, problemas paternos filiales.
- Esterilidad y otros problemas que se pueden agregar.

LA CERCANÍA DE LA MUERTE EN LA ETAPA DE LA VEJEZ: CONFLICTOS Y REFLEXIONES

La familia en su proceso evolutivo presenta una gran cantidad de matices que van desde los suaves hasta los intensos, desde los claros hasta los oscuros atravesando la extensa gama del arcoíris en su tránsito por la tristeza y la felicidad.

Cuando hombres y mujeres se unen y forman una familia surgen gran cantidad de eventos que van marcando las diversas etapas de sus vidas cada una con sus propias experiencias y tonalidades. Por tanto, tienen ante sí el permanente desafío de dar respuestas eficaces y significativas a cuantas

situaciones se les vayan presentando. Esto supone la elaboración de mecanismos de adaptación a cada nueva circunstancia.

Según Ríos ²⁰ en cada coyuntura van a intervenir nuevos elementos que exigen nuevas elecciones en función de lo que vive cada momento.

La adaptación como resultado de la interacción después de la fase del ciclo que atraviesa la familia, en cada una el sistema familiar tiene que dar una respuesta congruente a las demandas que vienen del ambiente y a las exigencias derivadas del dinamismo interno del crecimiento que afecta a cada miembro.

La etapa de vejez es particularmente difícil ya que señala las siguientes tareas:

- a) Afrontar las pérdidas (amigos, cónyuge) y enfrentarse a la posibilidad de la propia muerte o incapacidad.
- b) Incorporarse a otro sistema familiar o social.

El cómo se asuman estos procesos dependerá grandemente del contacto más amplio, es decir, el marco cultural-filosófico donde se inserta el individuo.

En el mundo occidental donde se enfatiza el campo científico más que el campo teológico, se observa un empobrecimiento de las creencias conceptuales profundas, sostén filosófico y religioso que ayudaba al hombre a trascender su muerte personal. Así empezaron los tabúes acerca de los procesos de la muerte y del duelo. La muerte y sus concomitancias se 'aislaron' de sus cualidades ritualistas vivenciales y solo así entraron en la era despersonalizada de la tecnología.

Carter ²¹ y Prosen ²¹ opinan que del mismo modo en que se enfrenta una enfermedad grave, la amenaza de la muerte varía mucho entre culturas y situaciones. Por ejemplo los pacientes geriátricos difieren significativamente de los pacientes con cáncer o con problemas cardíacos en la manera en que manejan situaciones tensionales como competencia, discordia, pérdidas económicas o empleo y el proceso de hacer decisiones en general.

Reacciones ante la muerte

Kubler-Ross ²² fue uno de los primeros que investigaron sobre este tema. Centró sus estudios en situaciones en las que la muerte pasa a ser una posibilidad inmediata, es decir cuando se descubre la presencia de una enfermedad mortal. Así distinguió cinco etapas en el proceso de hacerse a la idea de la muerte.

- Negación
- Ira
- Negación-racionalización
- Depresión
- Aceptación

De acuerdo con Bowen ²³ existen diferentes tipos de pérdidas que pueden llegar a transformar a la familia, físicas (cuando un miembro cambia de residencia, por ejemplo), (cuando algún integrante queda inválido a raíz de una larga enfermedad o accidente) y emocionales (ausencia de un individuo que alegra la vida del sistema).

El tiempo que requiere para que la familia restablezca nuevamente su equilibrio emocional dependerá de la integración emocional que poseía antes de la pérdida y la intensidad con que viva el trastorno.

El mismo autor plantea que ante las pérdidas se presentará en la familia la onda de choque emocional, entendida como un choque que actúa sobre la base de una red subterránea de recíproca dependencia emocional entre los miembros del grupo, es decir, la dependencia emocional se ve negada, presentándose frecuentemente en familias con alto grado de fusión.

Algunos de los síntomas que se han observado incluyen enfermedades físicas (resfriados, afecciones respiratorias, diabetes, alergias y hasta enfermedades que requieren intervenciones quirúrgicas) Y si se recuerda que en la llamada etapa de vejez, soledad y muerte algún(os) de los integrantes del núcleo familiar es (son) anciano(s), esto se complica pues el organismo se encuentra deteriorado por la edad y es presa fácil de los altibajos y tensiones emocionales.

Pareciera ser como si la onda de choque activara el metabolismo del cuerpo, sin embargo también suelen presentarse fobias, alcoholismo, fracasos escolares y de trabajo, abortos, accidentes, brotes sicóticos etc., en otros miembros del sistema.

El dolor por el que se atraviesa en esos momentos dependerá de quien haya sido la persona que falleció, la función instrumental y el rol emocional que jugaba dentro del núcleo.

Cuando el anciano(a) pierde a su cónyuge de casi toda la vida, es frecuente que presente niveles de depresión importante, sin embargo la mayoría de las mujeres ancianas que han sido asistidas en la consulta privada, retoma con más facilidad las riendas de su vida, mientras que al anciano varón le resulta más difícil integrarse a otros subsistemas de apoyo y compañía.

Sin embargo, cuando llegan a sufrir la muerte de algún hijo, sobre todo si cumplía funciones de sostén importantes, son las mujeres quienes presentan, aparentemente, mayor dificultad para superar el dolor.

Herr ²⁴ entrevistó a un grupo de viudas cuyos maridos habían muerto dos años antes y encontró las siguientes manifestaciones: insomnio, deterioro de la salud, pérdida del contacto con la realidad, sensación de la presencia del marido, apatía, falta de interacción social, hostilidad e irritabilidad.

Mientras que Smith concluye que tanto para el hombre como para la mujer, el duelo representa una pérdida de seguridad que resulta en un estado de tensión y alarma. Esto se manifiesta con inquietud, preocupación con pensamientos asociados a la imagen del difunto, falta de interés en la realización de metas y en la apariencia personal.

En los procesos relacionados al duelo y sus efectos intervienen, la etapa de desarrollo individual familiar, el medio ambiente, la experiencia de vida y las actitudes de los familiares, puesto que el duelo es la vivencia penosa y dolorosa que causa todo lo que ofende a nuestro impulso vital. En el anciano se conjugan una serie de 'duelos', en primer lugar la pérdida de sí mismo en el envejecimiento, pérdida de cabello, de capacidad física, de memoria y lucidez. En segundo lugar, la pérdida de estatus en lo familiar o en el ámbito laboral ante el empuje normal de la juventud o la generación posterior y en un tercer espacio todo el sistema de creencias desfavorables o negativas

sobre la muerte apoyada en algunos sectores de la población por una carencia de valores emocionales y espirituales.

Ante este panorama, surgen algunas reflexiones relacionadas con factores socioculturales, de género y espirituales.

En nuestro contexto social la mujer realiza, por lo general funciones de enlace o mediación dentro del grupo familiar, por ejemplo transmite cierta información que da el padre hacia algún hijo, se encarga de la crianza en porcentajes altos, asiste a los servicios de salud y se pone en contacto con la escuela.

En una investigación previa, Espinosa encontró que la mujer tiende a girar en torno a las demandas de otros, le resulta difícil adoptar papeles más independientes y al mismo tiempo tiene una mayor facilidad de acercarse o que se le acerquen los hijos y nietos. Estas circunstancias se convierten en un recurso importante ante la cercanía de la muerte, puesto que la mujer tiene más redes de apoyo y cierta flexibilidad hacia sí misma y los demás.

Otros elementos se relacionan con el sistema de creencias sobre la prole. Álvarez evaluó la responsabilidad familiar de los padres y concuerda con Espinosa,²⁵ quien establece como parámetro cultural la alta valoración que la familia da a los hijos y que incluye ciertas ideas de sacrificio.

Por tanto es probable que el anciano viva procesos de duelo más difíciles ante la muerte de un hijo o incluso el deceso de un nieto en particular, sobre todo si este representaba un papel significativo en la interacción familiar. Estas consideraciones señalan que el terapeuta debe tener la sensibilidad necesaria para trabajar los procesos de duelo en todos los casos, pero más aún cuando un hijo fallece en un contexto de gerentes.

En cuanto al género, al hombre se le 'educa' para que demuestre fortaleza (física y emocional) y aleje por tanto cualquier manifestación contraria según Corsi,²⁶ mientras que a la mujer se le encomiendan roles y actitudes expresivas donde 'lo femenino', puede ser débil o plañidero.

Por tanto al enfrentarse a la muerte (de otro o propia) el varón longevo no cuenta con una validación social que le permita la expresión del miedo y la angustia de manera directa, lo cual puede agravar la situación, de tal manera que la intervención psicológica debe propiciar el análisis de las interpretaciones, creencias y explicaciones que la familia utilice ante la situación de interés.

Es necesario prestar la atención debida a la Tanatología, ya que la muerte es un fenómeno de todas las estaciones de la vida humana. Esto quiere decir que su fuerza directiva está presente en todos nosotros sanos y enfermos, jóvenes y viejos. Por tanto se deben analizar y reformular las connotaciones negativas de la muerte ya que suelen asociarse con sentimientos de desarraigo y de enfrentamiento a lo desconocido.

Cuando el anciano está ante la muerte, está básicamente comunicando su necesidad de un cuidado asegurado, que comprende la satisfacción de sus necesidades psicosociales y emocionales. Si el contexto social (familia, profesionales de la salud, física y psicológica, figuras y apoyo espiritual) cubre esta necesidad, aparece generalmente un comportamiento afectivo y responsable y un aumento de la capacidad para participar en decisiones referentes a sí mismo. De esta manera, el anciano se encuentra en la posibilidad de transitar hacia la muerte con toda la dignidad que merece como ser humano.

Los profesionales de la salud formamos parte del proceso vida-muerte y por tanto hay que rescatar y retomar el aspecto ritual, el apoyo espiritual y el sentir comunitario en cuanto al duelo, jugando un papel preponderante el médico de familia como una red de apoyo primario para estas familias.

EL MITO DE LA MUERTE EN LA POSTMODERNIDAD

Cuando se habla del mito casi siempre se asocia con las leyendas griegas, persas, sufis o celtas del pasado que nada tienen que ver con nuestro presente, o también se le designa como mito falso, carente de verificación; sin embargo el mito sea real o no es lo que ofrece respuestas parciales a los distintos fenómenos sociales. Mediante el uso del mito las sociedades dan una respuesta y dan a sus miembros un alivio para la ansiedad y la culpa.

Según Bronislaw Malinowsky²⁷ “el mito, expresa, fomenta y modifica la creencia, salvaguarda y refuerza la moral, garantiza la eficacia del ritual y contiene reglas prácticas por las que el hombre puede guiarse. Es pues un ingrediente vital en la civilización humana y no un cuento inútil sino una fuerza activa muy elaborada.”

¿Qué es el mito y qué significa la muerte en pleno siglo XXI? Se trata de un siglo invadido más allá de lo moderno, no hay unificación, el liberalismo mercantilista de la antigua burguesía no respeta pueblos, etnias ni culturas antiguas, se ha masificado la salud y los alimentos. El transporte, las comunicaciones, la unidimensionalidad del hombre puebla este planeta, como expresa Herbert Marcuse.²⁸

Estos síntomas de información a gran escala, la propaganda de artículos innecesarios promovidos por Internet y la televisión es lo que ha convertido al hombre en *homo videns*, como lo señala Giovanni Sartori²⁹ en su libro del mismo nombre. Toda esta tecnocracia y globalización llevan a alejarse de su lado auténticamente humano tomándolo únicamente como un objeto del sistema. Este es el mito de lo que autores actuales llaman “postmodernidad” ¿Cuál es el mito de la muerte?, ¿acaso la muerte causa ansiedad, o será que es un alivio para este mundo tan caótico?

La muerte posee millones de representaciones sociales, la mayoría claman miedo, angustia y un fuerte temor hacia lo desconocido, una cara que poco tiene que ver con lo que a sanidad y salubridad física se refiere, así como la negación simultánea, lo social tiene que ser estudiado por un ojo hermenéutico.

La medición de la ansiedad y el miedo no pueden registrarse con números y encuestas, una gráfica o un diagrama de barras no demuestran la intensidad de el terror que la persona demuestra y siente ante sucesos intrínsecos de su propia naturaleza pero a veces extraños y dolorosos para su psique; aunque este tipo de investigaciones vienen acompañadas de gráficas, números y datos epidemiológicos que representan la realidad, no necesariamente son el territorio de lo observado, la realidad no puede ser descrita por la teoría, el descubrimiento de lo impactante en lo individual es superficialmente descrito por la demografía y por la epidemiología, la enfermedad terminal, el sufrimiento y las decisiones personales en cuanto a eutanasia, suicidio, enfermedades crónico-degenerativas, crisis y cuidados paliativos.

Por las situaciones límite de la experiencia conocemos ciertas experiencias de personas individuales que hacen referencia a la muerte, entre dichas experiencias se encuentra la ‘despersonalización’. En lo que se refiere al ámbito hospitalario se han encontrado grandes datos de despersonalización, es decir, un alejamiento de sí mismos por parte de los pacientes, éste al mirarse al espejo parece mirar una cara ajena y al parecer el cuerpo ya no está ahí, se observa como algo extraño.

La muerte en la mayoría de los casos en las sociedades industrializadas es vivida como un suceso extraño, como si formara parte de la vida. El hombre es el único ser para la muerte, para eso está hecho, sería ridículo e imposible escuchar a una planta o algún animal, temer a la vejez o a la muerte, simplemente por que no son conscientes de estos procesos que se presentan inseparablemente en el juego de la existencia.

La vida y la muerte van unidos a cada paso, en lo filogenético y en lo ontogénico, en el orden y en el caos, sin embargo, la especie humana que puede dar cuenta de este fenómeno lo arrastra al olvido, lo viste con múltiples manifestaciones.

Aquí podríamos explicar mejor con palabras del gran pensador Ken Wilber,³⁰ quien sostiene y se apropia de la teoría psicoanalítica en cuanto a que la vida está compuesta por el Eros y Thanatos, es decir, satisfacción y muerte, respectivamente, que también son nombrados por él como Mana y Tabú con la misma correspondencia. Este es el motivo principal por medio del cual en las sociedades arcaicas, la Antropología descubrió las ideas básicas del pensamiento.

NUESTRA AMIGA LA MUERTE

La iconografía de la muerte en casi todas las culturas está representada por un esqueleto humano. En México aparece así en todas sus expresiones artísticas desde la época prehispánica hasta nuestros días.

La muerte es un personaje presente en el arte mexicano con una riquísima variedad representativa: diosa protagonista de cuentos y leyendas, o personaje crítico de nuestra sociedad.

El culto a los muertos a través de la historia del hombre ha sido muy importante, pero en México ha desarrollado ciertas características especiales, como el sentido solemne, festivo, jocoso y religioso que damos a esta festividad, el dos de noviembre, día de muertos, día de los fieles difuntos, ¿fieles a qué? ¿A la muerte? El día de todos los santos es una fiesta singular.

En México, la magia es el préstamo de fuerzas de otro mundo (dioses y demonios) para intervenir en el mundo de la experiencia humana, en un momento preciso. Esto para el intelecto contemporáneo está fuera de los límites del conocimiento racional, por tanto, aun cuando no se cree en ello, es considerado como poder sobrenatural maligno, el cual desempeña un papel muy importante para su supervivencia.

En México como en otros países el desarrollo de la sociedad es similar, de pueblo nómada pasa a sedentario y en su largo proceso de evolución va creando mitos que se convierten en doctrina y finalmente en verdades (como artículos de fe).

Entre estos mitos y verdades, existen leyes que inventan los hombres y designios inmutables de la naturaleza, entre los que debemos destacar “la muerte considerada como una de las más preciosas leyes de la naturaleza.” Según un escritor mexicano “vivir es madurar para la muerte”, uno de

nuestros libros sagrados El Popol Vuh³¹ señala que “tan pronto como hubo hombres existió la muerte.”

Contrariamente a lo que se cree, que en la época prehispánica el hombre era austero. Las innumerables festividades demuestran que su vida transcurría entre una serie de ceremonias festivas, equilibradas con el trabajo y en la contemplación de la naturaleza.

Esto puede verse claramente en el calendario. Si el hombre nace y muere es lógico que —para una cultura observadora de todos los fenómenos de la naturaleza- un hecho tan importante llame la atención y provoque una mitología, ritos y ceremonias para celebrarlo, pues morir es tan importante como nacer. Vemos entonces, cómo una de las representaciones de los 20 signos del calendario está dedicada a la muerte.

Dos meses de ofrenda a los muertos.

La muerte es una protagonista obsesionante, espectro que vivifica y estimula. Coatlicue, máxima expresión escultórica del mundo precolombino: Diosa de la vida y de la muerte, plena de una rara belleza, como un monstruo de un país febril e ideal, avasallado de temores religiosos y delicias terrenales.

La calavera de cristal de roca es morfología esotérica donde la dualidad de la belleza abstracta y concreta refleja mil colores de una existencia viva y la sombra de la muerte, ejemplo inseparable de la más extraordinaria técnica de los escultores mexicanos. Hablamos de la escultura azteca, no porque no haya otras expresiones en las otras culturas de nuestro país, se habla de ésta porque es considerada como una síntesis de todas las demás culturas.

Con la conquista de México, los europeos trataron de imponer su cultura, sin embargo, la fuerza de la cultura local integró las nuevas formas de ver la vida. La fusión de estas dos culturas (sincretismo), la violenta indiferencia prehispánica y la visión trascendente cristiana, produjeron en el México moderno la peculiar actitud íntima festiva y obsesiva hacia la muerte.

Una costumbre popular fue la de mandar hacer un retrato de la persona muerta, de dichos cuadros queda una gran cantidad desde el siglo XVII. El teatro era uno de los atractivos principales con que contaba nuestra ciudad en la época virreinal. He aquí un verso impreso por Juan en Fernández de Escobar en 1541:

“¿De que sirve que creáis
La pompa que el mundo admira,
Si tan fácilmente expira
El trono y la majestad?
Sólo la muerte es verdad
Que lo demás es mentira”

Con la “Portentosa vida de la muerte” de Fray Joaquín Bolaños, ilustrada con 18 grabados y publicada por primera vez en 1792, se inicia lo que en el siglo XIX serán las famosas calaveras, una de las expresiones más auténticamente mexicanas.

Uno de los aportes más interesantes de México a los primeros intentos de creación novelística hispanoamericana, es sin duda la novela *Pedro Páramo* de Juan Rulfo,³³ quien abre las puertas al tema de la muerte. En esta novela la muerte es la protagonista, pues son los difuntos los que nos narran

su propia historia. Se puede decir que la tierra de los muertos es el universo de Juan Rulfo, leerlo es como recordar nuestra propia muerte, así lo describe magistralmente en el siguiente párrafo.

-¿Y tu alma? ¿Dónde crees que haya ido?

-Debe andar vagando por la tierra como tantas otras, buscando vivos que recen por ella.

“Cuando me senté a morir, ella rogó que me levantara y que siguiera arrastrando la vida, como si esperara todavía algún milagro que me limpiara de culpas. Ni siquiera hice el intento: **“Aquí se acaba el camino”** -le dije- “ya no me quedan fuerzas para nada más”. **“Y abrí la boca para que se fuera”**. Y se fue. Sentí cuando cayó en mis manos el hilito de sangre con que estaba amarrada a mi corazón”.

José Guadalupe Posada³⁴ con sus grabados popularizó el tema de la muerte, con singular maestría y gracia sin igual nos introduce en un mundo fantástico en el que sus personajes representan la comedia humana. Posada realiza una sátira del mundo político y cultural, de personajes distinguidos, por medio de los cuales realiza una crítica mordaz que se complementa con versos “calaveras” no exentos de humor, humor negro que es un reflejo de lo que sucede en la realidad.

Hoy en día la influencia de Posada es una presencia tangible en las diversas expresiones artísticas de nuestro pueblo, que tiene dos obsesiones, la muerte y las flores, esta metáfora desde la época prehispánica simboliza la belleza de la vida y lo efímero de la misma.

“Si me han de matar mañana, que me maten de una vez” dice la canción popular. El mexicano se ríe de la muerte apostando la vida, la vida y la muerte en resumidas cuentas, son lo mismo. “Si para morir nací” artilugio indisoluble, magia que es parte de nosotros. Es la comunión cotidiana, “el muerto al pozo y el vivo al gozo”, “cayendo el muerto y soltando el llanto” simbología que confirma nuestro carácter que nos hace jugar con la muerte, convertirla en comadre y comérnosla en los exquisitos panes y dulces que sólo por esos días se elaboran.

EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA

De acuerdo al investigador Miguel Ángel Fernández Ortega,³⁵ la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal, en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos autorreguladores que le permiten seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, conciente o inconciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Los cambios que se producen en la familia en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etc.

En caso de enfermedad aguda-grave se puede observar que el grado de desajuste es muy grande, dada la necesidad de cambios homeostáticos en breves lapsos, ya sea por la rehabilitación del

enfermo o por su muerte, en cuyo caso la familia se enfrentará al duelo que en muchos casos será merecedor de apoyo terapéutico especializado.

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente sea etiquetado como diferente, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y de alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc., que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos.

Esta relación puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que no sólo impactan el funcionamiento de la familia, sino también la evolución de la propia enfermedad. Durante todo el proceso, la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar. Ante esto el médico debe prevenir: diagnosticar e intervenir ya sea directamente o a través del equipo multidisciplinario de salud.

La enfermedad puede considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de alguno de sus miembros, el nacimiento del primer hijo, etc. El desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influidas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella.

La evolución de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla.

En función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, que pudieran llevar a mayor estrés en la familia y una crisis todavía más severa.

Por ello resulta indispensable que el médico tratante, en este caso el médico familiar, se mantenga atento para apoyar el sistema en su conjunto de manera que las respuestas adaptativas sean lo más funcionales posibles dentro del potencial de cada grupo familiar.

Dentro de las respuestas adaptativas a la enfermedad que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como: negación, ira, tristeza, depresión, negociación de roles, flexibilización de límites, etc.

También se observan los ajustes de tipo económico, en los que resulta indispensable considerar la pérdida de la capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo.

Otro ajuste que frecuentemente es necesario para dar respuesta a la situación se encuentra en la redistribución y acondicionamiento de espacios y al tipo de alimentación, que en el caso de familias de escasos recursos, es un conflicto grave que lleva en ocasiones a la imposibilidad del manejo

domiciliario del paciente crónico, como el caso del paciente nefrópata o pediátrico. Finalmente es importante considerar las respuestas adaptativas de la familia en función del ambiente social.

CÓMO ATENDER A LA FAMILIA DEL ENFERMO TERMINAL

La falta de literatura médica sobre el enfermo terminal ha sido queja de muchos Médicos de Familia y de los alumnos, más aún si se trata de la atención integral que aporta a esa familia¹². Ha sido por esto que el personal médico ha vivido situaciones tan dispares en la relación enfermo terminal-familia.

Aun en el peor de los casos, los médicos y enfermeras deben intentar compartir el sufrimiento de la familia, algo que no resulta difícil, pues ese sufrimiento deja también en este equipo profesional huellas imborrables. En definitiva, lo que dificulta la fluidez de la comunicación en la relación familia-médico-equipo de salud es la ansiedad

Los programas de especialización médica en Medicina General Integral y los programas de estudio de medicina, consideran la atención individual y la de la familia del paciente terminal, sin embargo, ha sido más difícil, por la falta de literatura en nuestro país, abordar estos conocimientos y habilidades que hoy se hacen más cotidianos con el aumento de expectativa de vida y por tener en cada cuadro de nuestra comunidad un equipo sanitario que brinda atención integral y continua. Por ello, se hace necesario abordar el método para brindar atención a la familia del enfermo terminal.

DESARROLLO

La ansiedad suscitada por la experiencia de la muerte se configura con el componente esencial de la relación enfermo terminal-familia-equipo de salud. Por parte del enfermo, al entender que la muerte es el acontecimiento personal por antonomasia, pero no siempre en estos pacientes terminales emerge el conocimiento de la verdad como principio al cual deben ajustar su proyecto de vida.

La vivencia depresiva o resignada de ese periodo angustioso le permite asumir aquella afirmación de Goethe³⁶ según la cual “no existe ninguna situación que no se pueda ennoblecer o por el actuar o por el soportar.”

Por parte de la familia es difícil que aquel ser tan querido no pueda beneficiarse de los avances de la medicina y que deba admitir ese aforismo tan característico del médico, pero que le afecta a él y a la familia, ya que cuando no se pueda curar hay que aliviar, o al menos, consolar.

Es muy problemático proporcionar este consuelo al enfermo terminal si por parte de la familia no se le ofrece el apoyo personal y afectivo que necesita. Eso sucede muchas veces cuando el médico familiar se bloquea y no sabe que decirle al enfermo, o cuando adopta ante él una actitud demasiado solemne.

Lo que en definitiva dificulta la fluidez de la comunicación en la relación enfermo-familia-equipo de salud, es la ansiedad. De ahí la necesidad de dominarla para que el enfermo pueda reconocer la verdad de su situación, que la familia olvide sus sentimientos de culpa por desear que la situación terminal se resuelva antes y se vuelque en el consuelo y alivio del enfermo, y que el equipo de salud no caiga en el error de evitar las visitas tanto a la familia como al enfermo.

Entre los métodos de trabajo que se deben utilizar y los indicadores de evaluación de los médicos, es importante aportar elementos de observación y de reflexión sobre la intervención multidisciplinaria que es necesario llevar a cabo sobre la familia y su entorno social.

Así cuando aparece la enfermedad terminal puede ocurrir que la persona afectada encuentre que vive sola, que vive con una persona mayor, o por último, que vive en el seno de una familia extensa. Igualmente, sea cual sea la circunstancia, hay que tener en cuenta el apoyo que el enfermo necesita.

¿Qué se observa en los familiares que se encuentran a cargo del cuidado?

- Falta de información sobre el proceso de enfermedad (diagnóstico, evolución, descompensación, complicaciones posibles, actuación ante el paciente y recursos sanitarios disponibles).
- Angustia y tensión ante la enfermedad, hechos que van a repercutir sobre el hogar y la familia, sobre su trabajo y la vida social.
- Sensación de pérdida de control e importancia ante las conductas del enfermo en cada momento.
- Falta de soluciones a las propias necesidades psicológicas del cuidado
- Dificultades económicas o materiales (vivienda).

¿Cómo evoluciona la actitud de esta familia?

Al inicio se considera al paciente como una víctima inocente, luego ésta enfermedad del familiar se va transformando en un peso y una molestia cada vez mayor.

¿Qué factores influyen sobre la familia?

Este impacto de la enfermedad tendrá una repercusión mayor o menor en la familia dependiendo de si el enfermo está hospitalizado o no, y la presencia o déficit de los factores de nivel o situación económica o material del entorno, número de miembros disponibles para la ayuda en el seno de la familia, el estado de salud de los pacientes que cuidan la evolución del propio proceso, las alternativas socio-sanitarias y finalmente el régimen y horario de trabajo.

Hay otros factores de índole psicosocial que generan mayor grado de estrés, tales como las ideas de culpa de la familia, el hecho de encontrarse simultáneamente frente a otras situaciones estresantes (divorcio, separaciones, relaciones anómalas con hijos, o problemas de pareja).

Atención de la familia del enfermo terminal

Como profesionales no solo hemos de saber reconocer, sino también manejar toda problemática que será diferente en cada caso por circunstancias que se derivan de todos los factores enumerados anteriormente.

Es evidente que solo es posible hablar de una serie de circunstancias que ha de realizar el equipo de salud, y que por demás las consideremos indispensables:

1. Valorar si la familia puede, desde el punto de vista emocional y práctico, atender al enfermo o colaborar adecuadamente en su cuidado. Si puede, debe decidir con que grado de implicación lo va asumir, y si no puede, debe valorar la ayuda de la comunidad o de familiares más distantes, o buscar ayuda a otro nivel de salud.
2. Identificar entre los familiares a la persona que sea más adecuada para llevar el peso de la atención. El equipo de salud intensificará sobre esta persona el soporte psicoafectivo de la situación.
3. El equipo debe planificar la integración de la familia para que, con las orientaciones médicas-psicológicas de él emanadas, pueda participar en aspectos de la asistencia, como la alimentación, la higiene, los cuidados directos al enfermo, los cambios posturales, el hábito de vacunación, las curas elementales, el humedecimiento de las mucosas, etc.
4. Si la atención es en el hogar, independientemente de que se pueda realizar un ingreso en él, hay que encargar una persona adecuada que deber hacerse asumir la administración de fármacos cuya pauta debe ser facilitada siempre por escrito.
5. La familia debe ser instruida en pautas de actuación ante la aparición de crisis, agitación o agonía, con el fin de que tenga asumida la presentación de un hecho esperado con el de paliar posturalmente algunas situaciones (para evitar estertores, laterización, como ejemplo).
6. Esta educación o instrucción deber ser selectiva y clara sobre las pautas de comunicación con el enfermo, que siempre será receptiva y comprensiva de sus deseos.
7. El equipo de salud es el soporte práctico para la contención emocional del enfermo y su familia.
8. Para la prevención y tratamiento del duelo, el equipo debe constituirse como el sustrato dinamizado de la rehabilitación y recompensación de la familia.

Florez Lozano³⁷ distingue tres modelos básicos en atención del enfermo terminal:

- El modelo asistencia hospitalaria: Está sociológicamente identificado con la tendencia de la sociedad actual, en los países que no tienen un sistema de salud comunitario como el nuestro, donde la familia lleva al enfermo a morir al hospital porque empieza a considerar que es inconveniente que fallezca en la casa. En este tipo de asistencia el concepto Terminal implica que el enfermo es irrecuperable y que las acciones que debe recibir son de tipo paliativas, aunque reconozcamos su perfección técnica, o precisamente causa de ella, suele envolverse al paciente en un ambiente de despersonalización e indiferencia que no es lo más conveniente para estos casos.
- El otro modelo corresponde a los niveles más altos y sofisticados de asistencia hospitalaria. La institución hospitalaria es tan especializada que limita la praxis sobre el enfermo exclusivamente a los profesionales, y excluye absolutamente a la red familiar y social del enfermo.
- Por último, el modelo ligado socialmente al concepto tradicional de la muerte en casa, rodeado de todos. La familia se esfuerza en arrancar al enfermo del hospital para que muera en el espacio doméstico. En ese modelo no existe el término 'enfermo terminal', pues hasta la consumación de la muerte sigue siendo 'enfermo'.

En este modelo doméstico no solo cuenta de manera efectiva la atención de las necesidades físicas, pues hay que tener en cuenta los parámetros de sentimientos, deseos y pensamientos manifestados con anterioridad por el enfermo, además la familia se esfuerza por evitarle el aislamiento. Por ser mucho más humano, y siempre que contemos con los recursos sanitarios disponibles, cuando sea posible, debemos sugerir esta conducta a los familiares, beneficios que nuestro enfermo agradecerá eternamente.³⁸

CAPÍTULO 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el HGZ 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, acuden a consulta diaria una gran cantidad de familias; de éstas un porcentaje muy importante se refiere a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas o en fase terminal, cuyo estado de salud está tan deteriorado que los coloca al final de su ciclo evolutivo, lo que desemboca en la muerte del paciente y por consiguiente en la generación de una crisis de familia.

Cuando esto ocurre genera, por un lado, una carga de trabajo adicional en la consulta externa en esta unidad y por el otro, un fuerte desequilibrio emocional en los demás integrantes de la familia, afectando tanto en su estado físico como emocional, el cual debe ser abordado por el médico de familia para ayudar a entender la etapa que se atraviesa.

Por otro lado, la etapa final del ciclo evolutivo del individuo puede permitir preparar emocionalmente a la familia para amortiguar el momento de la terminación del ciclo, lo cual nos plantea la siguiente interrogante:

¿La muerte de un paciente con enfermedad terminal causa un estado de estrés o una crisis en la familia?

Por ello es necesario investigar si dichas hipótesis son ciertas o no.

CAPÍTULO 4

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realiza porque los autores consideran importante retomar el punto de la muerte de un familiar y saber cuál es la respuesta que se presenta en el grupo familiar, debido a que frecuentemente se confunde al estrés que precede a la depresión, con la respuesta adaptativa de la familia ante una crisis que por sus características puede ser confundida con el resultado del estrés que es la depresión.

Sin embargo en relación al tiempo en que ocurren estos fenómenos podemos considerar que el estrés precede a la crisis y posteriormente se presenta el estadio final de este evento, por otro lado se debe considerar no sería posible estudiar estos eventos si no existiera el elemento principal que es el paciente, el cual en su momento nos hace depositarios y se hace depositario de las angustias que florecen con la enfermedad.

Por tanto, es importante que el médico familiar detecte oportunamente el momento en que la familia que acuden al servicio entran en crisis para apoyarlos en la superación del evento que ocasiona el deceso de uno de los miembros del seno familiar, siendo minucioso en la aplicación de estrategias de apoyo y de adaptación para evitar que el resultado sea una disfunción familiar, ya que si esto se presenta la familia deberá recibir, por parte del médico familiar, la orientación, consejería o bien su envío a terapia familiar.

Es menester del médico familiar dar incentivos a la familia para que ésta recobre la auto-confianza y control, propiciando la unión en el núcleo familiar haciendo hincapié en que existen recursos y fortalezas como familia y como individuos que los ayudarán a enfrentar este evento tratando de contener a la familia y así minimizar el impacto en su salud.

Finalmente los resultados servirán para que el médico de familia pueda ayudar a sus familias en el momento del desenlace de la muerte y dar cumplimiento a uno de los puntos fundamentales de la formación de dicho especialista. Además de que los resultados de la investigación tengan una mayor difusión con la presentación de los mismos en congresos locales y nacionales, y en su defecto publicarlos en revistas de interés para los médicos familiares.

CAPÍTULO 5

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar si la muerte del paciente terminal genera estado de estrés o crisis en la familia.

OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Identificar familias con pacientes terminales susceptibles de padecer crisis.
2. Detectar familias con pacientes fallecidos susceptibles de tratamiento por crisis.
3. Conocer la frecuencia de crisis en las familias de los pacientes terminales posterior a su muerte.
4. Conocer la frecuencia de estrés en la familia de pacientes terminales al momento de su muerte.
5. Determinar el tipo de tratamiento que requieren dichas familias.
6. Determinar la prevalencia de la crisis en dichos pacientes después del tratamiento.

CAPÍTULO 6

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Por ser un estudio observacional no se requiere de una hipótesis.

CAPÍTULO 7

METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio
Observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo.

2. Población lugar y tiempo de estudio
Se estudiará a todos los pacientes con enfermedad crónico-degenerativa en etapa terminal que asistan al servicio de urgencias de la UMF # 8 del IMSS, en el periodo comprendido de 1 al 30 de noviembre del 2007.

3. Tipo de muestra y tamaño de la misma:
Se tomaran a todas las familias de pacientes con enfermedad terminal que acudan al servicio de urgencias del HGZ MF #8 del IMSS, por medio de una muestra no probabilística o por conveniencia, en la cual se seleccionara a todos los pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias del HGZMF # 8 del IMSS que refieren una enfermedad crónico degenerativa en fase terminal, durante el periodo comprendido del 1 al 30 de noviembre del 2007.

El cálculo del tamaño de la muestra fue de una población infinita, con una estimación para una proporción de la población por lo que se desarrollo la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$$

TIPO DE ESTIMACION	FORMULA	VALOR
Proporción en una población	$n = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$	-----
N	Total de individuos que componen una población.	?
Z	Intervalo de confianza estimado para este estudio en 95%,	Z= 1.96
P	Proporción de observaciones que se espera obtener en una categoría. Asignándole para este estudio valor del 60%	P 0.60
D	Margen de error para el estudio , estimado en 10%	D= .10

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.60 (1 - 0.60)}{0.10^2} = 2.304$$

$$n = \frac{2.304 (1 - 0.60)}{0.10^2}$$

$$n = \frac{2.304 (0.40)}{0.10^2}$$

$$n = \frac{0.9216}{0.1}$$

$$n = 9.21$$

$$n = 92$$

4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:

Inclusión:

- Todos los pacientes captados en el periodo descrito y con enfermedad crónica degenerativa terminal.
- Pacientes y familiares que estén dispuestos a participar en el estudio previo consentimiento informado.
- Pacientes y familiares que respondan en forma correcta el cuestionario de auto aplicación.

Exclusión:

- Pacientes con enfermedad crónica terminal que por sus condiciones no deseen participar en el estudio.
- Negativa de los familiares a participar en el estudio.

Eliminación:

- Cuestionarios incompletos

5. Información a recolectar incluyendo a las variables y la forma de operacionalizarlas:

- La información a recolectar se efectuara por medio de un cuestionario de auto aplicación, el cual consta de un apartado con la ficha de identificación, otro apartado de antecedentes del padecimiento y una tercera parte de exploración relacionada a la obtención de información relacionada con la crisis o el estrés de la familia, la parte central del cuestionario consta de 10 preguntas de opción múltiple que están enfocadas a obtener información de la familia en relación a la enfermedad de su familiar.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Crisis	Dependiente	Estado temporal de trastorno y desorganización	Estado de desequilibrio del individuo o la familia	Cualitativa	Cédula de recolección de datos
Enfermedad crónica degenerativa	Independiente	Trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo	Enfermedad de curso crónico que presenta el individuo	Cualitativa	Cédula de recolección de datos
Muerte	Independiente	Cesación o término de la vida	La que viene por vejez o enfermedad, sin por lo menos en apariencia	Cualitativa	Cédula de recolección de datos
Edad	Interviniente	Espacio de años que han corrido de un tiempo a otro	Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana	Cuantitativa	Cédula de recolección de datos
Sexo	Interviniente	Condición orgánica, masculina o femenina	Genero de los participantes	Cualitativa	Cédula de recolección de datos
Escolaridad	Interviniente	Condición orgánica, masculina o femenina	Grado máximo de estudios alcanzado	Cuantitativa	Cédula de recolección de datos
Edo. Civil	Interviniente	Condición social de las parejas en una sociedad	Condición social para formar una familia	Cualitativa	Cédula de recolección de datos
Religión	Interviniente	Conjunto de creencias o	Creencia que profesa el	Cualitativa	Cédula de recolección de

		dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella	individuo, en relación a una divinidad		datos
Diagnóstico médico	Interviniente	Identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas característicos	Descripción de la enfermedad a través de sus signos y síntomas característicos	Cualitativa	Cédula de recolección de datos
Tiempo de evolución	Interviniente	Duración de las cosas sujetas a cambio o de los seres que tienen una existencia finita	Duración en días, meses o años de la enfermedad	Cualitativa	Cédula de recolección de datos

6. Consideraciones éticas

Para el presente trabajo se tomaron en cuenta el *Código de Nuremberg* en la capacidad de dar consentimiento, ausencia de coacción y comprensión de los riesgos y beneficios implícitos.

El *Informe Belmont* en relación a los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia aceptados como los tres principios fundamentales para la realización ética de investigación con seres humanos.

Se tomaron en cuenta los principios de la *Declaración de Helsinki* de 1964 de la Asociación Médica Mundial que marca los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, su enmienda de Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West Sudáfrica 1996 y la de Edimburgo Escocia 2000.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Título Primero. Disposiciones generales para el presente trabajo de investigación se califica como de mínimo riesgo y que no requiere de carta de consentimiento informado para llevarlo a cabo.

Y todo lo dispuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de investigación en salud a través de la Coordinación de Investigación en Salud.

CAPÍTULO 8

RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

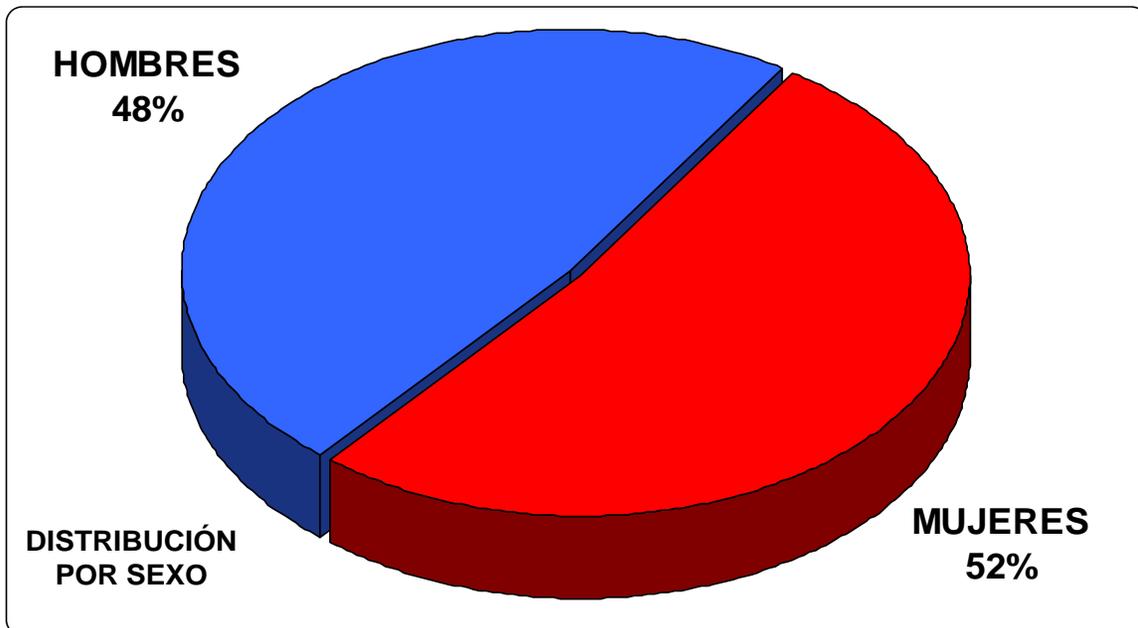
De la aplicación del instrumento de medición se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales se presentan en graficas y porcentos, tomando en cuenta el número total de elementos que participaron en la investigación, dividiendo estos resultados en dos apartados, en el primero presentamos datos generales de los pacientes y en la segunda se refieren principalmente las respuestas de la familia ante este evento de muerte o enfermedad terminal y su atención en el servicio de urgencias.

GRAFICA 1

EDAD DE LOS PARTICIPANTES



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE
PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ
con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

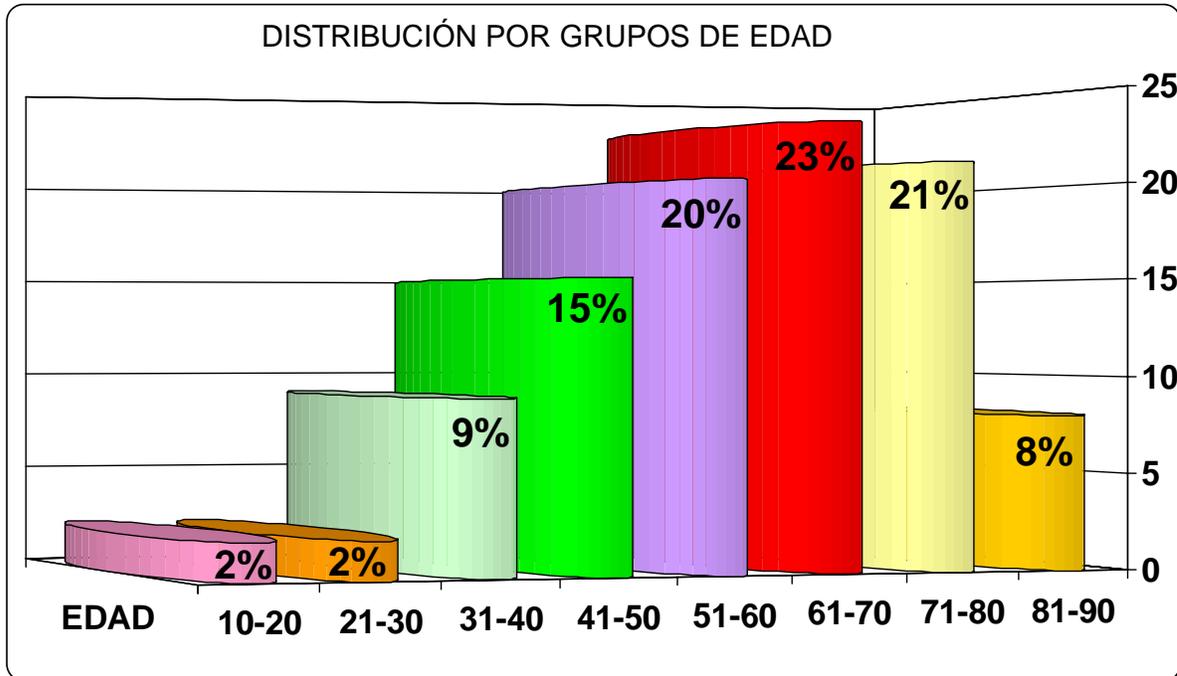
En esta gráfica se muestra el número total de participantes en la investigación, considerando el sexo de cada uno de ellos, correspondiendo un porcentaje mayor a las mujeres, lo cual representa el 52%, en relación con el 48% de los hombres.

GRAFICA 2

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE
PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ
con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Encuesta de investigación

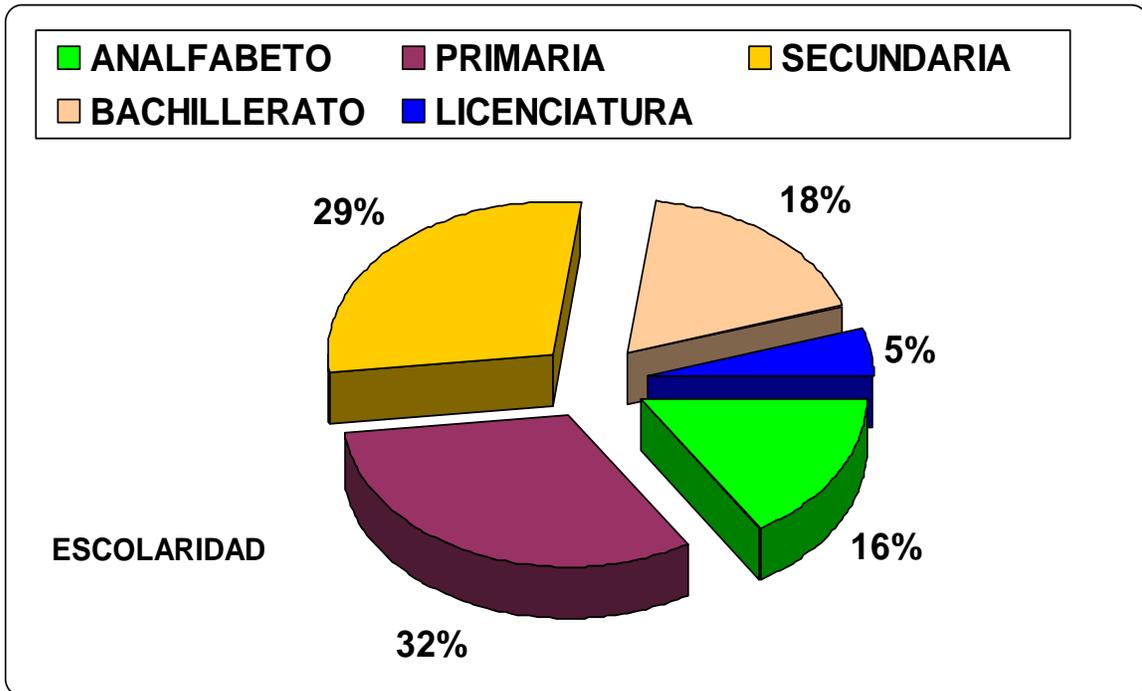
La grafica 2 nos refiere a las edades encontradas en los participantes en la investigación, refiriéndose esta por decenios, siendo el de los 61 a los 70 años la más frecuentemente encontrada, seguido de por el de los 71 a 80 años y de los 51 a los 60 años, siendo la edad menos frecuente la de 10 a los 30 años.

GRAFICA 3

ESCOLARIDAD



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE
PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ
con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Encuesta de investigación

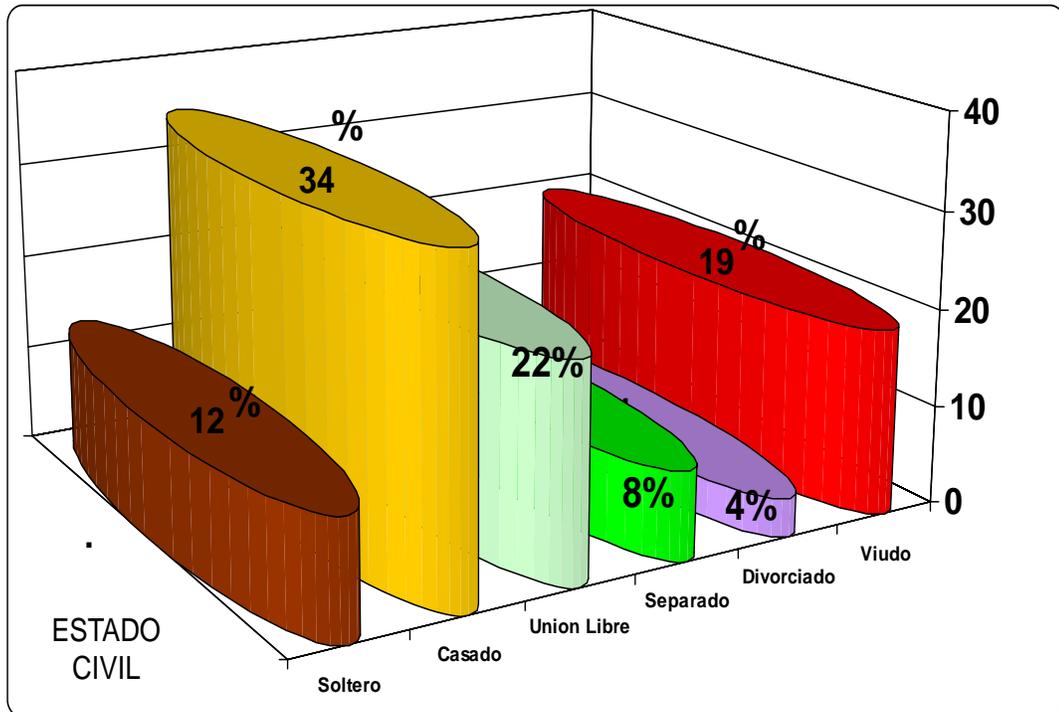
La gráfica 3 muestra el grado de escolaridad de los participantes en la investigación, refiriéndose un porcentaje mayor de pacientes con escolaridad básica de primaria en un 32%, seguido de la secundaria en un 29%, y encontrándose el porcentaje más bajo a nivel de la licenciatura solo con un 5%, lo cual es reflejo del tipo de población que asiste a nuestra unidad.

GRÁFICA 4

ESTADO CIVIL



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE
PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ
con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Encuesta de investigación

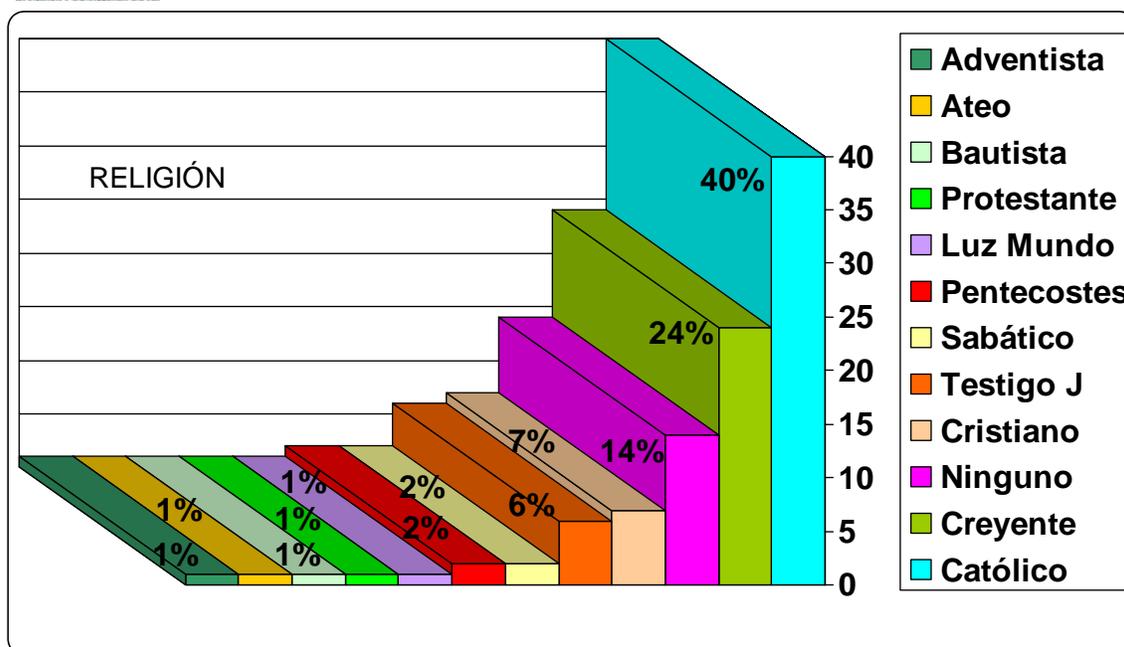
En relación al estado civil de los participantes en el estudio, encontramos una mayor preponderancia de los pacientes casado con un 34%, seguidos de los que refieren unión libre en un 22%, viudos en una 19% y solteros en el 12% de los casos. Y solo el 4% de los encuestados se encontraban divorciados, lo cual nos remite también al tipo de familias que participa en el estudio.

GRAFICA 5

RELIGION DE LOS PARTICIPANTES



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE
PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ
con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Encuesta de investigación

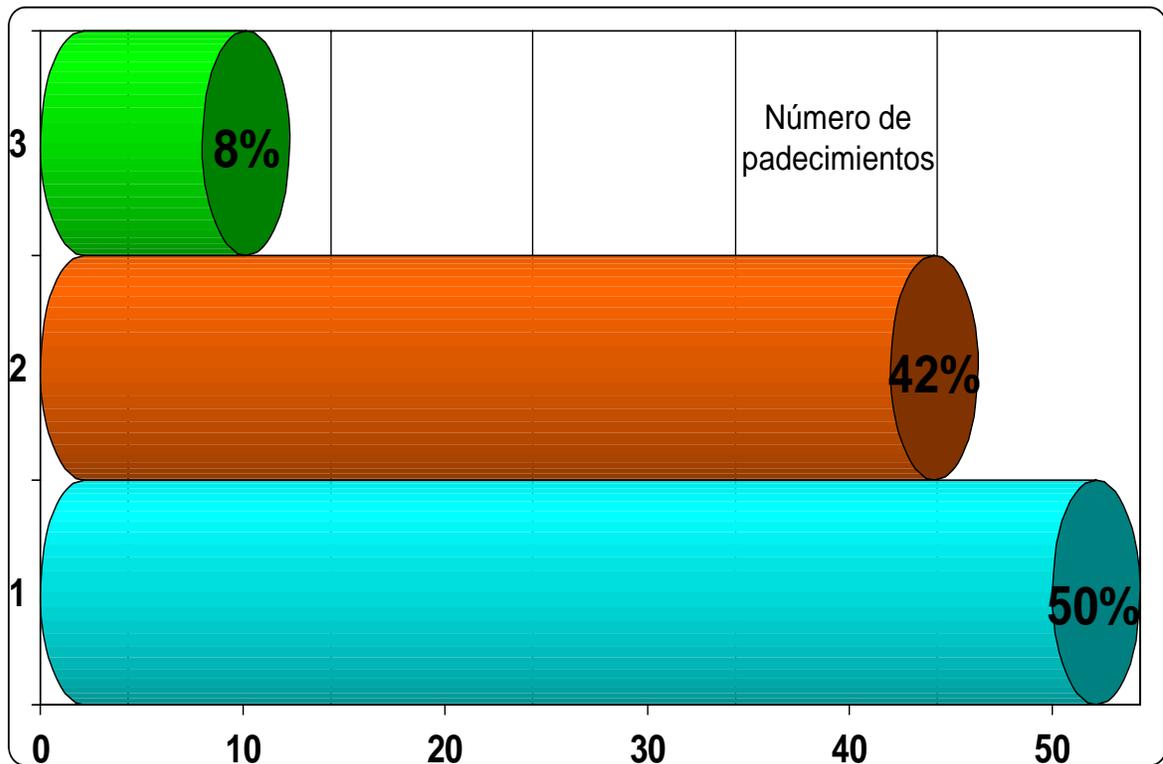
De los resultados obtenidos en la presente investigación la religión católica (40%) fue la más frecuentemente encontrada en los pacientes participantes, seguida de los pacientes que solo se manifestaron creyentes (24%) y el 14% de ellos no manifestó ninguna religión, encontrando además una gran variedad de religiones en el resto de los participantes, como se expresa en la gráfica.

GRAFICA 6

NUMERO DE PADECIMIENTOS POR PACIENTE



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Encuesta de investigación

En esta grafica se representa lo encontrado en relación al número de padecimientos crónico degenerativos que presentaron los pacientes de la investigación, siendo principalmente, en el 50% de los casos, pacientes con 3 o más padecimientos concomitantes los que participaron en el estado

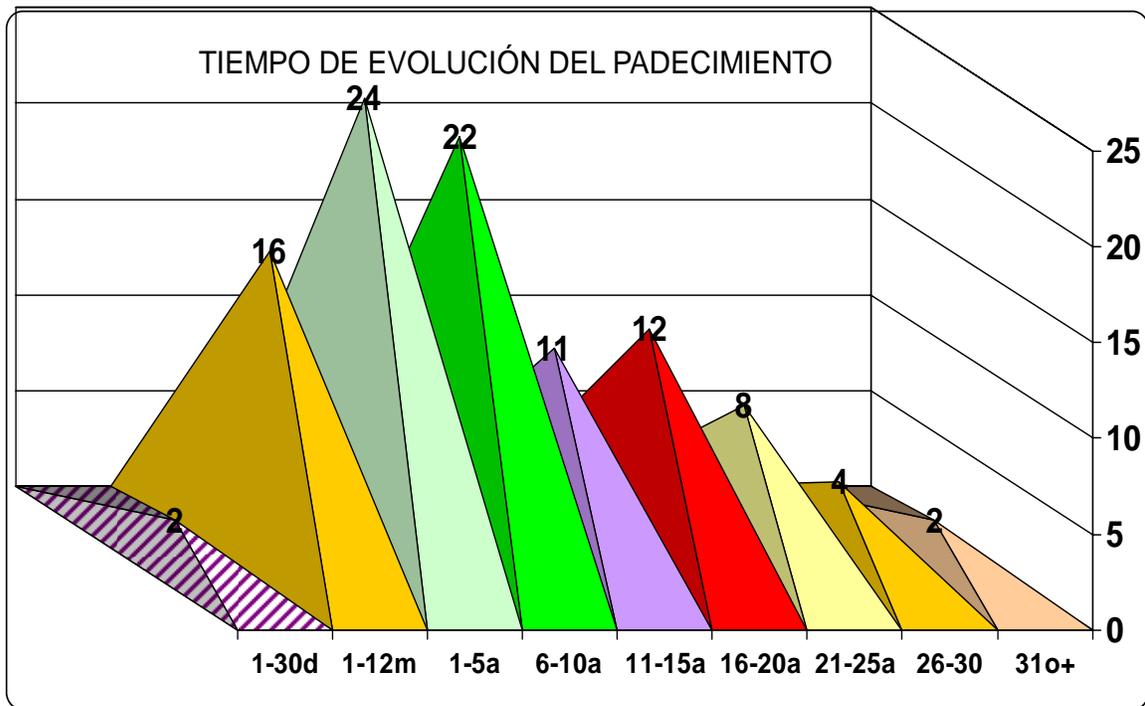
de salud de ellos, el 42% solo presento dos padecimientos de este grupo de enfermedades crónico degenerativas y en el 8% solo se refirió un padecimiento de este tipo.

GRAFICA 7

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO



**LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE
PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ
con MF No.8 DEL IMSS**



Fuente: Encuesta de investigación

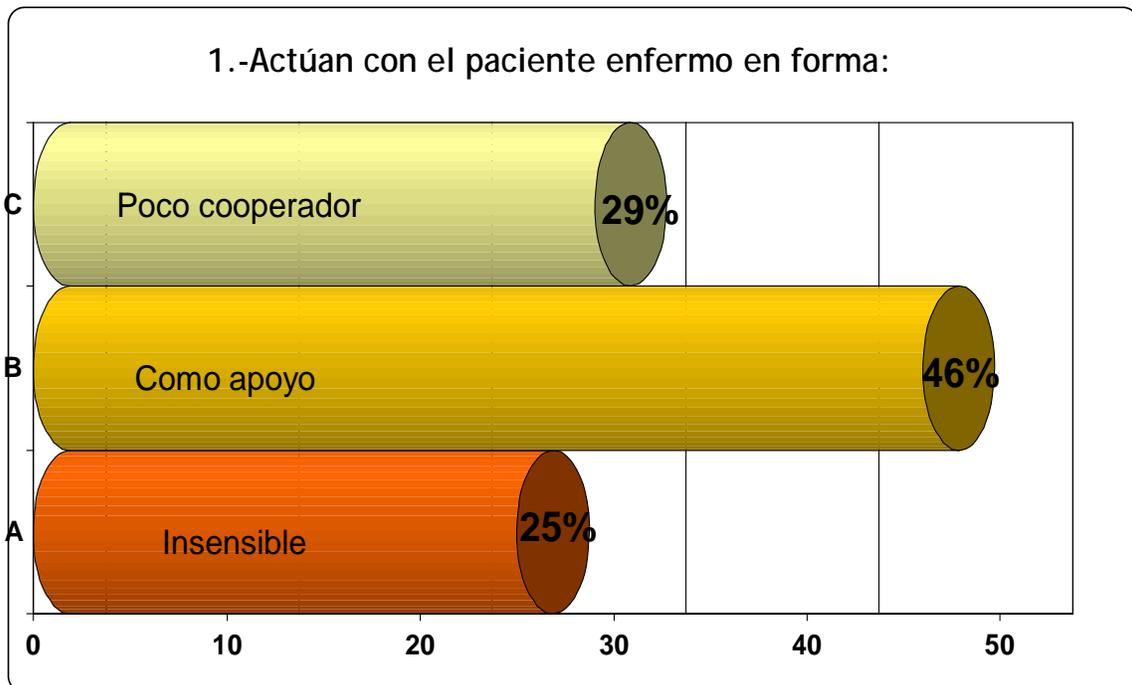
En relación al tiempo de evolución de los padecimientos de fondo de los pacientes, encontramos un tiempo de evolución máximo de 1 a 5 años o que representa el 24% de la muestra y de los 6 a los 10 años con un 22% en la evolución de los padecimientos. Encontrando como periodo mínimo el de 1 a 30 días y de 31 años o más con el 2% cada uno de ellos.

GRAFICA 8

ACTUAN CON EL PACIENTE ENFERMO EN FORMA:



ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS NO
NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES
TERMINALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ con MF No.8
DEL IMSS



Fuente: Encuesta de investigación

De las respuestas emitidas por los familiares de los pacientes relacionadas con la conducta de la familia y la respuesta que presentaron ante la presencia de la enfermedad terminal y su atención médica final en el servicio de urgencias, se encontraron los siguientes resultados.

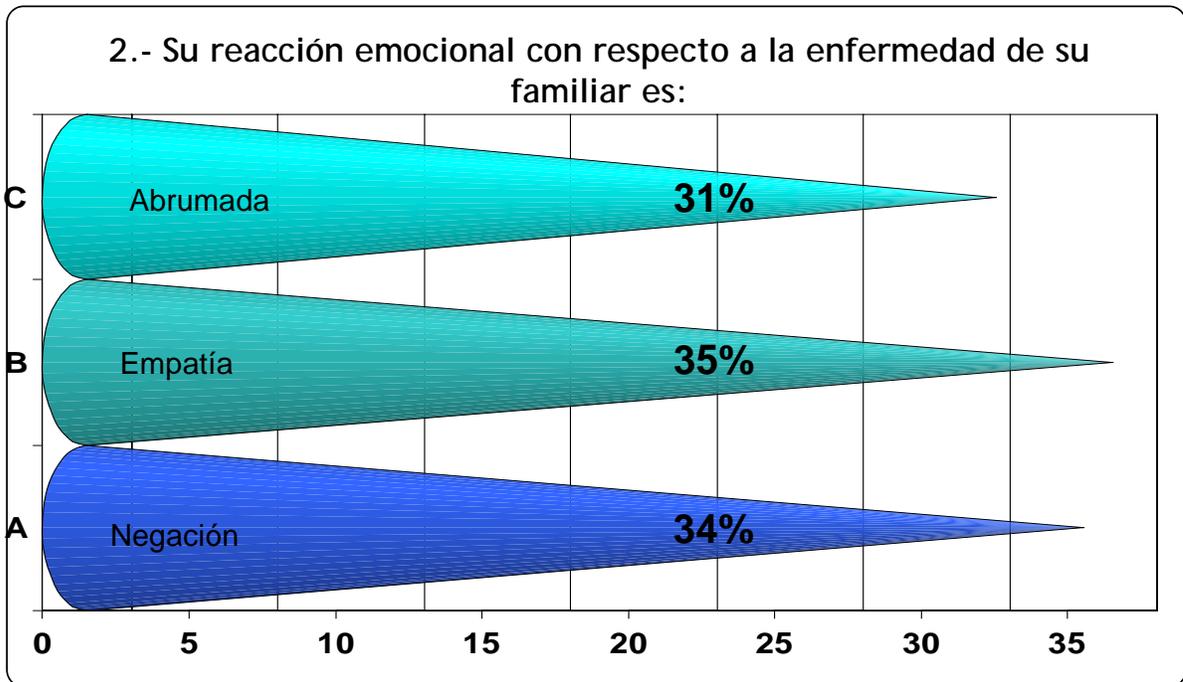
En relación a la primera pregunta del cuestionario aplicado encontramos los siguientes resultados: El 45% de los familiares actúa solo como apoyo, el 29% de ellos lo hace en forma poco cooperadora y el 25% lo hace de manera insensible, lo cual se refleja en la atención que se brinda a los pacientes.

GRAFICA 9

SU REACCIÓN EMOCIONAL CON RESPECTO A LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR ES:



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE PACIENTES TERMINALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Cuestionario de investigación

La segunda pregunta del cuestionario relacionada a la respuesta emocional de los familiares con respecto a la enfermedad de uno de sus miembros mostro resultados semejantes y con poca

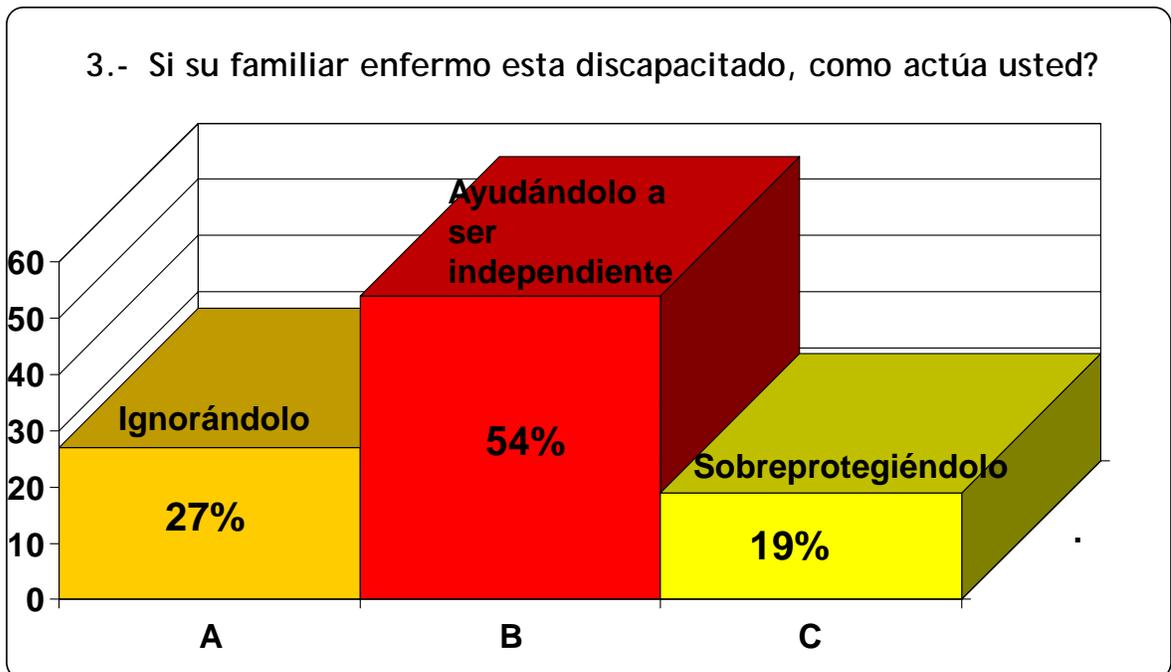
diferencia para las respuestas, siendo principalmente, esta respuesta de empatía en el 35% de los casos, de negación en el 34% y de una respuesta abrumadora en el 31% de las respuestas.

GRAFICA 10

SI SU FAMILIAR ENFERMO ESTA DISCAPACITADO, COMO ACTUA USTED?



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE
PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ
con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Cuestionario de Investigación

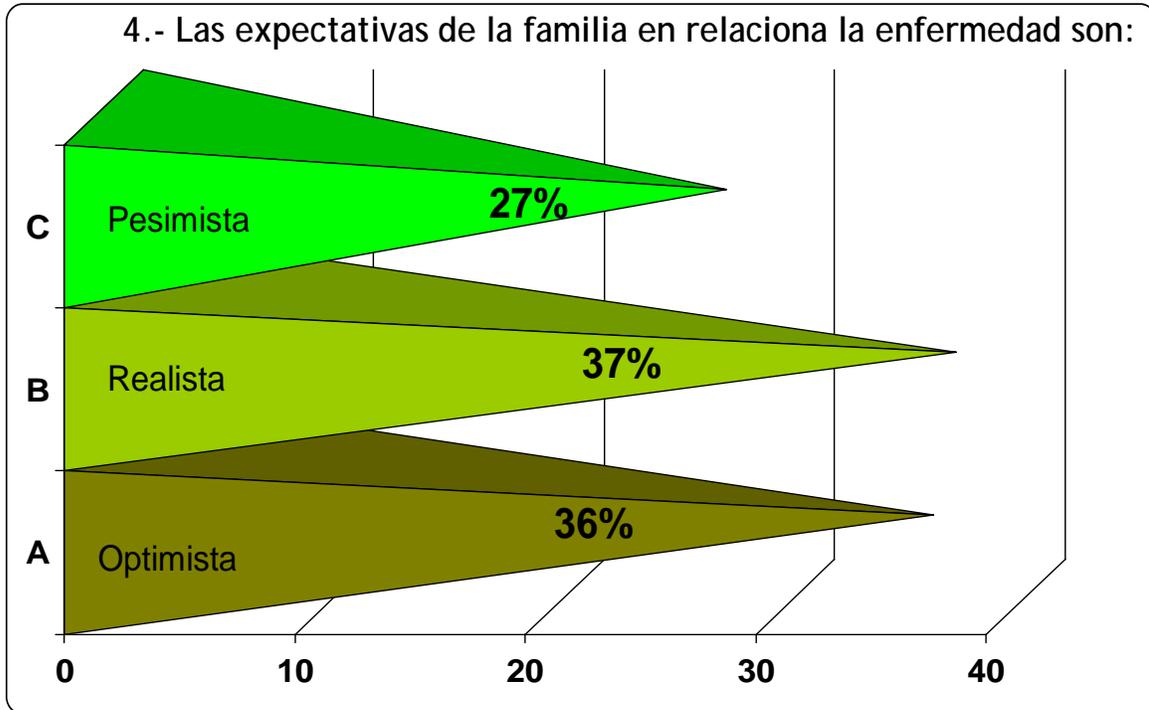
La pregunta número 3 relacionada con la discapacidad del paciente y la respuesta de la familia revelo los siguientes resultados; el 54% de las familiares le ayuda a ser independiente, el 27% lo ignora y el 19% lo sobreprotege.

GRAFICA 11

LAS EXPECTATIVAS DE LA FAMILIA EN RELACION CON LA ENFERMEDAD SON:



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE
PACIENTES TERMINALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ
con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Cuestionario de investigación

La pregunta cuatro relacionada con las expectativas de la familia el 37% de ellas refieren una situación realista en relación con la enfermedad de su familiar, mientras que el 36% se refieren optimistas en torno a los resultados de la misma, y el 27% de las familias participantes se refiere como pesimista.

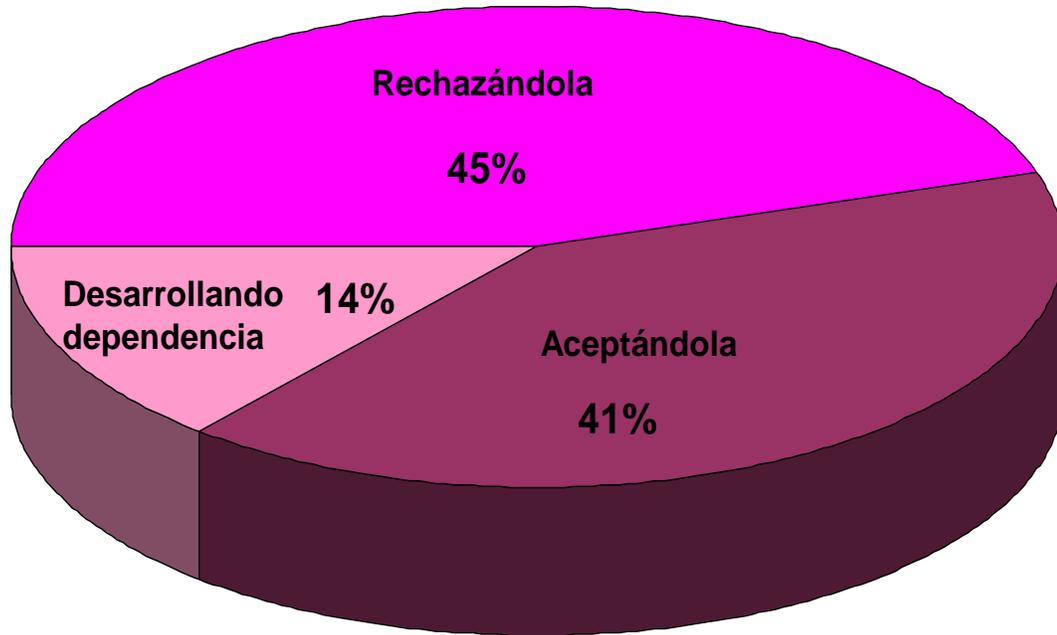
GRAFICA 12

RESPONDEN A LA AYUDA QUE LE BRINDAN DEL EXTERIOR EN FORMA:



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE
PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ
con MF No.8 DEL IMSS

5.- Responden a la ayuda que le brindan del exterior en forma:



Fuente: Encuesta de investigación

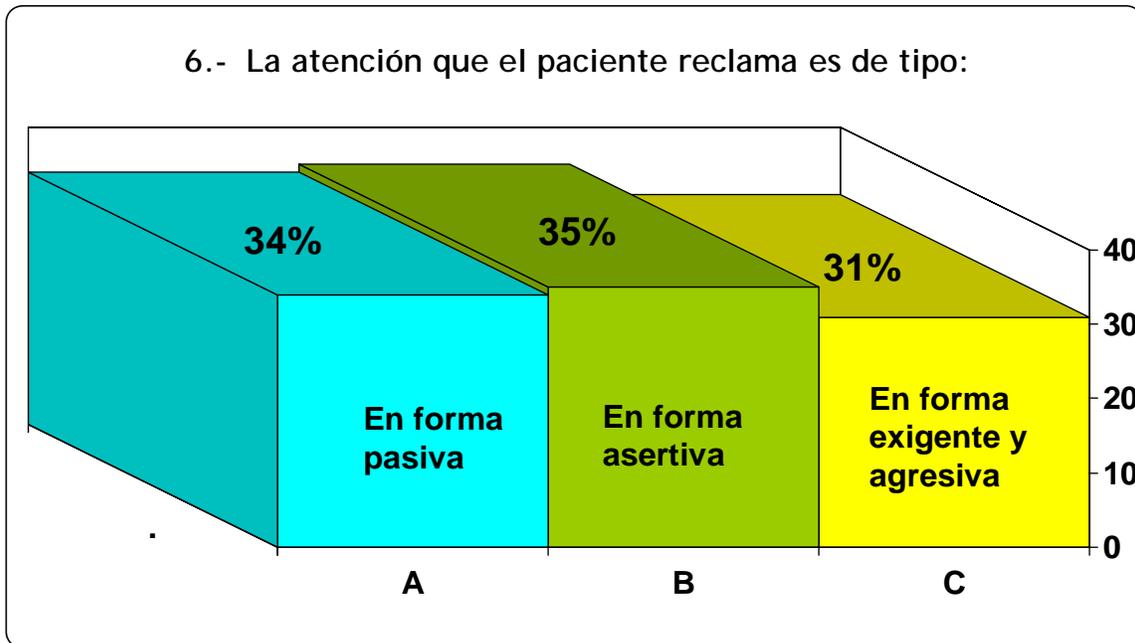
Las familias participantes en el estudio refieren rechazar la ayuda del exterior en el 45% de los casos y solo un 41% acepta la ayuda del exterior, finalmente solo el 14% desarrolla dependencia de esta ayuda exterior.

GRAFICA13

LA ATENCIÓN QUE EL PACIENTE RECLAMA ES DE TIPO:



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE
PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ
con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Cuestionario de Investigación

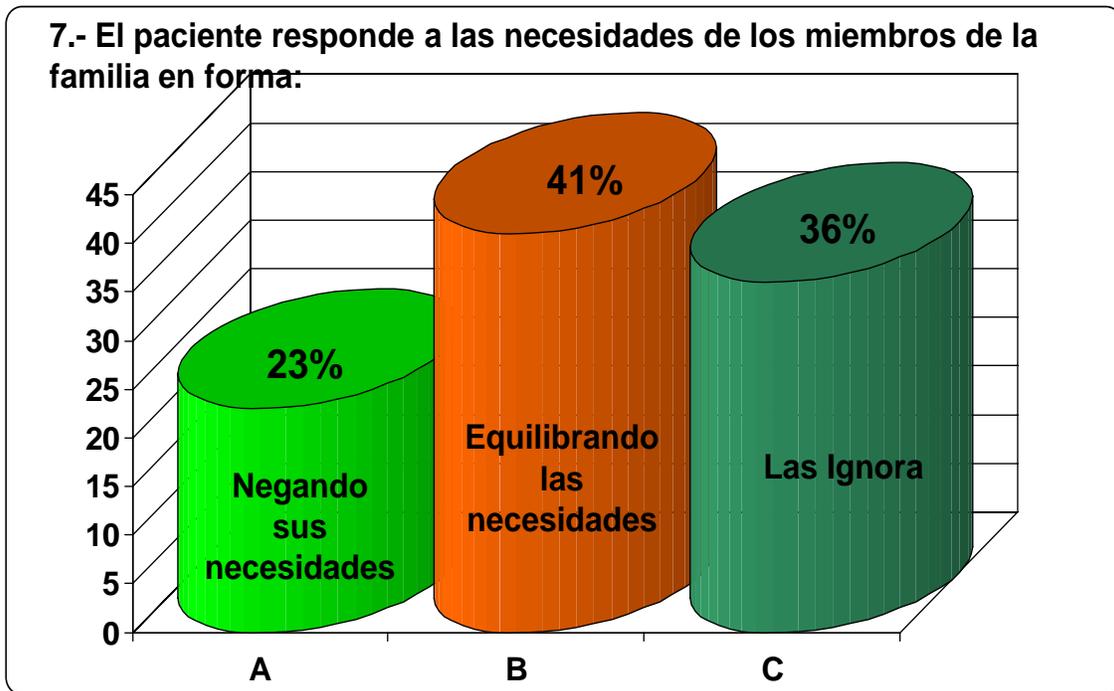
Como se muestra en la grafica, los pacientes reclaman una atención en forma asertiva en el 35%de los casos, el 34% la desea en forma pasiva y un 31% de ellos solicita su atención en forma exigente y agresiva.

GRAFICA 14

EL PACIENTE RESPONDE A LAS NECESIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN FORMA:



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

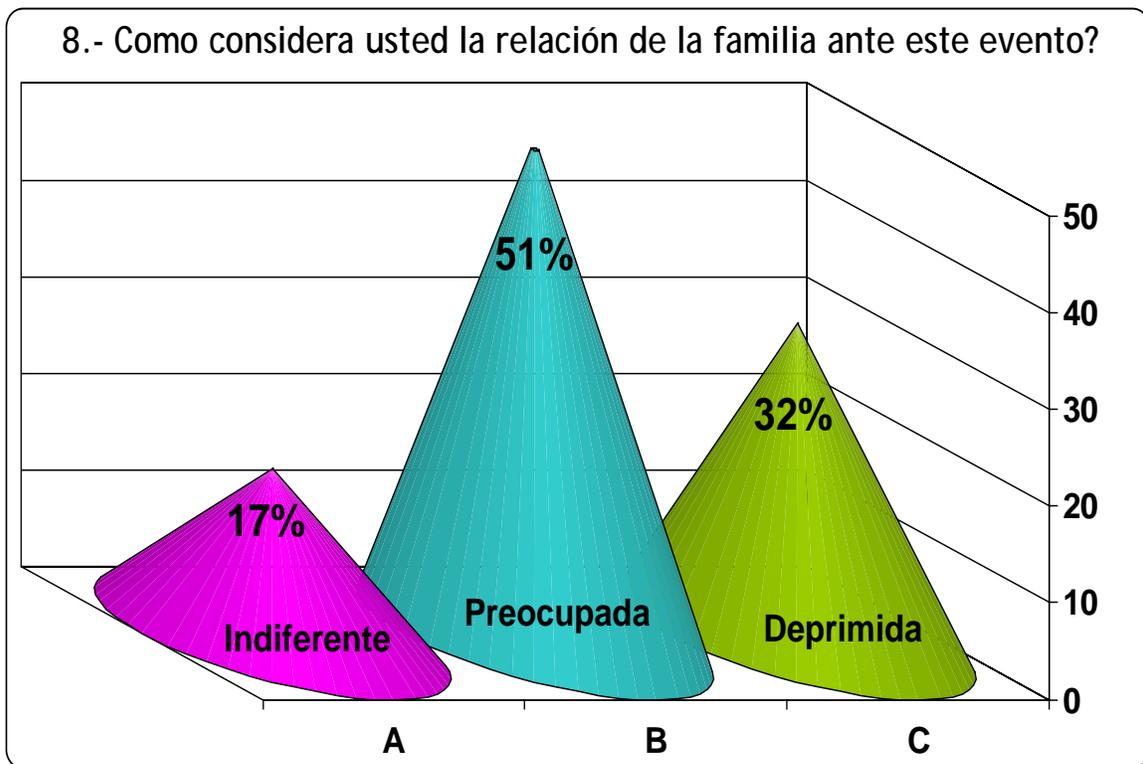
Por otro lado, la respuesta del paciente a las necesidades de la familia se efectúa en el 41% de los casos como un equilibrio de estas necesidades, mientras que el 36% de los pacientes ignoran estas necesidades y un 23% niega la existencia de necesidades de la familia.

GRAFICA 15

COMO CONSIDERA USTED LA RELACIÓN DE LA FAMILIA ANTE ESTE EVENTO?



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE
PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ
con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

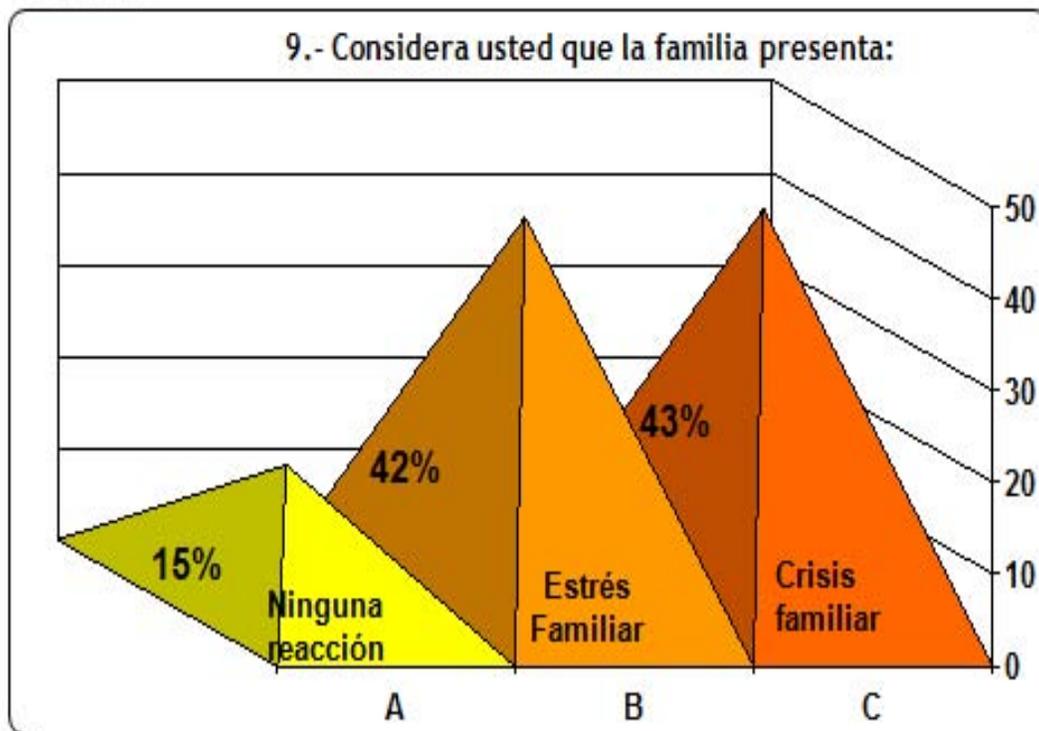
La gráfica 15 nos muestra los resultados de las familias ante el evento que se vive en el servicio de urgencias, refiriéndose en el 51% de los casos preocupación, el 32% se deprime y solo el 17% es indiferente ante el evento de la enfermedad terminal en el servicio de urgencias.

GRAFICA 16

CONSIDERA USTED QUE LA FAMILIA PRESENTA:



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS
NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE
PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ
con MF No.8 DEL IMSS



Fuente: Cuestionario de investigación

Una de las respuestas más importantes de la encuesta está relacionada a la respuesta directa que la familia presenta ante el evento de enfermedad terminal y su atención en el servicio de urgencias, siendo esta respuesta en el 43% de los casos con crisis familiar, el 42% reacciona con estrés familiar y solo 1% no presenta reacción alguna, por tanto el 85% de las familias participantes presenta un grado alto de estrés y/o crisis familiar ante este tipo de eventos.

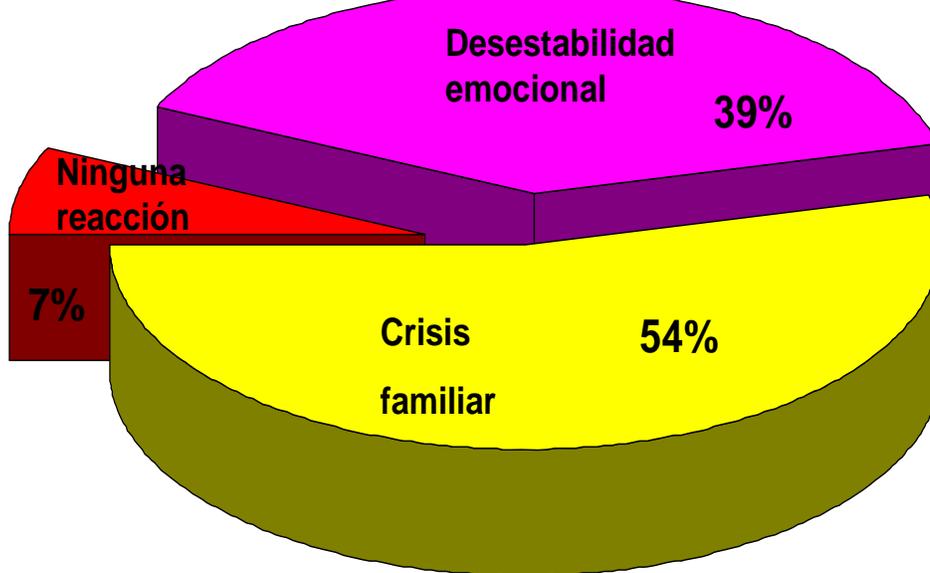
GRAFICA 17

CREE USTED QUE LA MUERTE O ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR CAUSÓ EN SU FAMILIA:



LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ con MF No.8 DEL IMSS

10.- Cree usted que la muerte o enfermedad de su familiar causo en su familia:



Fuente: Cuestionario de Investigación

Finalmente, la ultima gráfica nos muestra que la muerte o enfermedad del paciente causa en su familia en el 54% de los casos crisis familiar, mientras que en el 39% de los casos la respuesta está ligada a la desestabilidad emocional y solo en el 7% de los casos no se refirió ninguna reacción, lo cual puede ser significativo de acuerdo a la correlación con los otros datos de la encuesta.

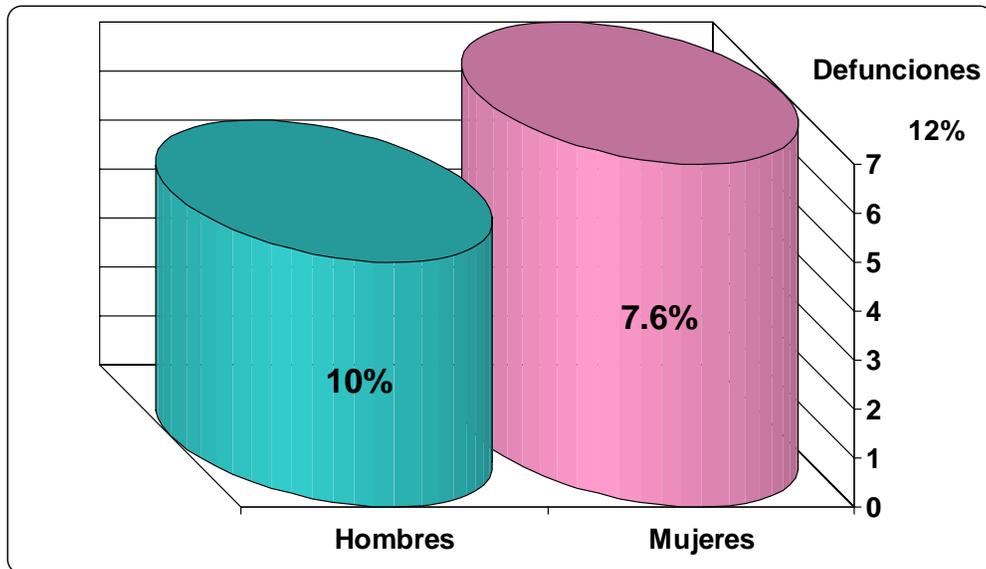
Finalmente como resultado y durante el transcurso de la investigación se presentaron 12 defunciones lo cual se presenta en la siguiente gráfica.

GRÁFICA 18

DEFUNCIONES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR No. 8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO



Fuente: Cuestionario de Investigación

En esta gráfica se presenta el número total de defunciones que se notificaron durante el estudio encontrándose un total de 12 pacientes fallecidos, con predominio del sexo femenino con un total de 7 mujeres que representa el 7.6% del total de la población femenina y 5 pacientes del sexo masculino que corresponde al 10% del total de hombres estudiados, siendo significativo el que se hayan presentado estos casos de defunción durante el estudio, lo cual nos refiere a las características que presenta la investigación.

CAPÍTULO 9

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La presente investigación se realizó considerando algunos aspectos teóricos y filosóficos en relación a la muerte y a través del desarrollo del mismo encontramos datos muy interesantes en relación al título de la misma.

Como "Aprende a morir y aprenderás a vivir. Nadie aprenderá a vivir si no ha aprendido a morir", así rezaba un viejo manual occidental sobre la muerte y el proceso de morir.

Actualmente, en la sociedad se ha producido un considerable avance en lo referente a la atención al paciente moribundo, desarrollo que se ha realizado por un lado en lo que hace a la terapia del dolor y más específicamente a la farmacología en sí; pero también el movimiento de los cuidados paliativos desarrollado a mediados del siglo pasado por C. Saunders¹⁰ en Inglaterra y que da cuenta de la necesidad de brindar una atención compasiva tendiente no sólo a disminuir el sufrimiento físico del paciente sino también a optimizar su calidad de vida, a través del control de los síntomas físicos, emocionales, mentales, sociales.

Con estos antecedentes podemos tratar de hacer una discusión de los resultados encontrados en la presente investigación y relacionar los mismos con los aspectos teóricos de la Medicina Familiar.

En cuanto a estos, seguimos viendo un predominio importante en la presentación de patología crónico degenerativa, en el sexo femenino, con una mayor preponderancia de esta patología en las edades consideradas como del adulto mayor y la tercera edad, lo cual se encuentra ampliamente documentado en la literatura mundial, sin embargo en nuestro estudio encontramos un 13% de esta patología, en las edades que corresponden a la segunda, tercera y cuarta década de la vida, lo cual nos indica que ya el proceso crónico degenerativo no es privativo de las edades adultas.

Por otro lado, la mejor atención y en forma oportuna en estos pacientes se manifiesta en el conocimiento que tiene el propio paciente y su familia, debido a que la presentación de este tipo de padecimientos en nuestra población está relacionada con una preparación académica básica que incluye solo a la primaria y la secundaria, algo que contrasta con los antecedentes de presentación de algunas enfermedades crónico-degenerativas y que son propias de países industrializados y con mayor desarrollo, pero que sin embargo por el tipo de población en la ciudad más grande del mundo, no es de asombrar que se presenten estos padecimientos en una población con un nivel de escolaridad básica.

Así mismo, algo importante que nos revela nuestro estudio está relacionado con el tipo de unión que tienen las familias de nuestro pacientes, ya que la mayor parte de ello se refirieron como casados, lo cual de entrada les da una mayor oportunidad para poder tener un apoyo importante por parte de sus familias, en nuestro estudio esto representa en el 56% de los casos, familias con redes de apoyo para su manejo y atención, lo cual, finalmente nos dan la oportunidad de investigar que sucede con estos elementos familiares.

Punto importante de la investigación es lo que encontramos como una red de apoyo en estos momentos con la familia y que tiene que ver con la **fe** de cada uno de los pacientes y sus familias, lo cual en nuestro estudio represento una punto importante debido a su relación con el tipo de familia existente en nuestra población de estudio, ya que el apoyo de la religión es primordial para afrontar

estos momentos, en el caso nuestro la religión católica representa el mayor factor como red de apoyo a estas familias, sin embargo un porcentaje alto de pacientes en nuestro estudio (14%) se refirió sin una religión específica.

También encontramos algunos otros puntos que hay que considerar en relación a la presentación de las enfermedades crónico-degenerativas, ya que como sabemos, este tipo de padecimientos no se presentan solos, y en nuestro estudio corroboramos este punto ya que su presentación no es única, sino que se presentan generalmente más de 2 padecimientos que complican el padecimiento base de atención en el servicio de urgencias, en nuestro estudio esto representó un 92% de los casos encontrados, con una presentación, en relación a su evolución, de 1 a 10 años, lo que influye mucho en la presentación de la crisis familiar y/o del estrés en los miembros de la familia.

Como sabemos, la enfermedad crónico degenerativa, tiene un curso prolongado, lo que representa para la familia, también un tiempo prolongado de exposición al estrés o a la crisis durante el desarrollo de la enfermedad, en la presente investigación este tiempo representó un factor importante debido a que el 46% de las familias vivieron en promedio 10 años este proceso de estrés o crisis, por la presentación de la enfermedad, este punto creemos debe de abordarse en una segunda investigación por las repercusiones a largo plazo en la dinámica familiar y los cambios que se tienen en la misma.

De los resultados encontrados en nuestro estudio podemos considerarlos como importantes en dos vertientes del mismo:

El primero relacionado con la respuesta de la familia ante la presentación del evento agudo en el servicio de urgencias, la cual en el 46% de los casos actúa como apoyo al paciente en estos momentos, otro punto importante que se toma en cuenta en estos momentos es el apoyo emocional de la misma, el cual en nuestro estudio presentó diferencias significativas en relación a tres puntos muy específicos, el 31% de las familias refirió sentirse abrumada con el evento, el 35% encontró el evento con empatía y el 34% de las familias lo vivió como una negación. Como se podrá ver, esta respuesta emocional presenta dos aspectos uno positivo al ver el evento agudo de la enfermedad crónica degenerativa en el servicio de urgencias con empatía y sintiéndose abrumados y por otro lado el aspecto negativo se ve como una negación en la presentación del evento y probablemente la cercanía de la muerte.

La familia como red de apoyo al enfermo con enfermedad crónica con discapacidad, se refiere como un apoyo para que el paciente se sienta independiente (54%), y solo es sobreprotegido en el (19%), lo cual se relaciona con las expectativas que tiene la familia en relación a la enfermedad de su paciente siendo muy optimistas en el 36% de los casos y muy realistas en el 37% de los casos lo que hace que la respuesta de la familia sea muy específica en este punto del proceso agudo de la enfermedad.

Tal vez un punto muy importante que hay que tomar en cuenta es el apoyo que se recibe del exterior al momento y durante el transcurso de la enfermedad, sin embargo al momento del evento agudo este apoyo no es bien visto por la familia debió a que fue de rechazo en el 45% de los casos y solo un 41% de ellos fue aceptando el apoyo.

Tal vez este punto relacionado con el anterior nos pueda dar una idea del porque la familia rechaza este apoyo y como es que presenta realista ante el evento y como la relación de empatía con respecto a la enfermedad nos da una respuesta muy específica ante el evento investigado, teniendo

en cuenta que el paciente es estimulado a ser independiente y ayudándolo con la fe para afrontar este punto. Lo cual también tiene que ver con la atención que reclama el paciente ante su enfermedad, la cual es de tipo asertivo en el 35% de los casos y en un 34% de ellos lo es en forma pasiva.

La segunda vertiente tiene que ver con la respuesta de la familia y del paciente en relación a sus necesidades, lo cual que es finalmente, la que da origen a este estudio y que nos ayuda a corroborar el logro de los objetivos planteados al inicio del estudio y que tiene que ver con algunos aspectos específicos en relación a las necesidades del enfermo y su familia.

Por un lado el paciente le responde a su familia en el 41% de las veces, equilibrando las necesidades de la misma, mencionaremos, por otro lado que, estas necesidades, que no están inmersas en el estudio, tiene que ver con necesidades afectivas al momento de la presentación del evento agudo en el servicio de urgencias de la unidad hospitalaria; sin embargo hay un 36% de los casos estudiados, estas necesidades fueron ignoradas, las cuales se relacionan con el tipo de atención que el paciente reclama al momento del evento crítico.

Sabemos bien que el ingreso al servicio de urgencias es un evento crítico por todo lo que implica, sin embargo un punto importante que se pueden de manifiesto es el poner al descubierto como son las relaciones de la familia en este momento, aclaramos solo se exploró como eran las relaciones en lo emocional, ya que el resto de las relaciones no se exploraron por ser muy amplias, en este punto encontramos que las relaciones afectivas dentro de todos los miembros de la familia eran de preocupación en el 51% de los casos y con un estado depresivo en el 32% de ellos, lo que también nos condiciona una serie de eventos familiares relacionados con el estrés o la crisis, al momento de la atención en el servicio de urgencias.

Finalmente ¿cómo se considera la respuesta de la familia en este evento crítico? A juzgar por los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos referir que la enfermedad o la muerte del paciente con enfermedad crónica terminal provoca en la familia en el 43% de los casos una crisis en la familia y un 43% de los casos la reacción es de estrés, por lo que es de considerar que se presenta una respuesta adaptativa para este tipo de eventos en el 85% de los casos, lo que da sustento a nuestro estudio y clarifica aún más la meta propuesta en nuestros objetivos, ya que la muerte o enfermedad terminal causa en las familias de estos pacientes en el 54% de los casos una crisis familiar, siendo solo en el 39% de ellos una desestabilidad emocional que se puede considerar como un evento estresante.

Como podemos ver, la muerte o la enfermedad terminal de los pacientes crónico degenerativos que se atienden en el servicio de urgencias de una unidad hospitalaria causan en sus familias reacciones que podemos considerarlas como crisis no normativas debido a la evolución del propio padecimiento, pasando por una etapa de negación del evento que los acerca o pone frente a frente con la muerte, pero presentando una situación muy realista del momento que se vive y afrontando el momento solos sin apoyo externo, equilibrando de una manera clara sus necesidades emocionales, faltando en estudios posteriores describir la respuesta a la crisis ya que no sabemos si hay cohesión adecuada y adaptabilidad aceptable ante el evento.

CAPÍTULO 10

CONCLUSIONES

La enfermedad y la muerte como generadoras de estrés o crisis no normativas en los miembros de la familia de pacientes terminales en el servicio de urgencias del HGZMF No.8, fue un tema muy difícil de abordar debido a la dificultad que presentó el estudio de las familias en el servicio de urgencias ante el evento que se encontraban viviendo, por lo que solo se abordaron algunos puntos muy específicos como los mencionados en los resultados y en la discusión de los mismos, y por otro lado, debemos de considerar que la responsabilidad del médico familiar en el trato diario con los pacientes, es precisamente el percibir de inmediato cuándo una familia entra en crisis, ante la cercanía de la muerte de un familiar en fase terminal.

La importancia de esta percepción hará que el facultativo ponga en juego todos sus conocimientos en este tema y brinde a la familia toda la ayuda profesional que requiere en esa etapa para superar la crisis que genera el impacto de la muerte de un miembro de la familia.

Por otro lado, de este estudio se puede concluir un aspecto relevante relacionado con la forma de describir las crisis, este punto está en relación a aclarar que la crisis no normativa es la que esperamos y en el caso de la evolución crónica de la enfermedad este tiempo que prolonga la crisis pudiera hacernos pensar que el momento de la muerte es esperado, sin tener en cuenta el tiempo o momento en que ocurra este evento, por lo que la muerte o la agudización de la enfermedad y su subsecuente ingreso al servicio de urgencias, al no estar previsto convierte a la crisis aparentemente normativa en una crisis de tipo no normativo o no esperada.

Este punto depende en mucho de las condiciones de la familia y de la enfermedad en el paciente, así como de los aspectos teóricos de la especialidad manejados hasta este momento y que hace falta replantear, sin embargo al hacer un análisis a consciencia del momento que se vive, la crisis que al parecer es normativa, se convierte en no normativa o no esperada, debido a que un internamiento en el servicio de urgencias o la muerte del paciente, no es planificado o esperado, por lo que una de las conclusiones del presente estudio es considerar el momento en que ocurre la crisis, es decir podemos darle temporalidad a la crisis y un punto álgido o de clímax de la crisis para considerarla normativa o para normativa.

Esto se puede fundamentar por otra de las conclusiones encontradas en presente estudio y que está en relación directa con él como vemos a la muerte y/o a la enfermedad terminal al momento en que acude al servicio de urgencias, así como los resultados encontrados nos lleva a mencionar que la muerte o la enfermedad terminal de los pacientes crónico degenerativos que se atienden en el servicio de urgencias de una unidad hospitalaria causan en sus familias reacciones que podemos considerarlas como crisis no normativas debido a la evolución del propio padecimiento, pasando por una etapa de negación del evento que los acerca o pone frente a frente con la muerte, pero presentando una situación muy realista del momento que se vive y afrontando el momento solos sin apoyo externo, equilibrando de una manera clara sus necesidades emocionales, lo que nos permite poder referir que el objetivo general planteado se ha alcanzado al 100%, y que los objetivos específicos están plenamente identificados para poder tomar acciones subsecuentes con las familias susceptible, en una segunda etapa del presente estudio para alcanzar al 100% los objetivos específicos 4, 5 y 6.

Finalmente la autora considera necesario proponer un estudio posterior que nos permitan describir la respuesta a la crisis ya que no sabemos, cual es el tipo de cohesión y adaptabilidad ante estos eventos que nos permitiría brindar atención posterior a las familias de estos pacientes.

Para finalizar este apartado mencionaremos que los aciertos de este estudio son ajenos y los errores son propios de los investigadores.

CAPÍTULO 11

ANEXOS

Se anexan aquí el cuestionario que se aplico en la investigación y el consentimiento informado.

ANEXO 1 CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TESIS

LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE CRISIS NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE PACIENTES TERMINALES DEL SEVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ con MF No.8 DEL IMSS

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario es de auto-aplicación, por lo que le sugerimos marcar la respuesta que usted crea más conveniente de acuerdo a la pregunta solicitada.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de la Familia _____

Sexo del paciente _____ Edad del Paciente _____

Escolaridad del Paciente _____ Estado civil de paciente _____

Religión _____

Numero de afiliación _____

Fecha del estudio _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE

Tipo de enfermedad terminal _____

Diagnóstico Médico _____

Tiempo de evolución _____

Sintomatología que presenta actualmente _____

DATOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

1. Actúan con el paciente enfermo en forma
() Insensible () Como apoyo () Poco cooperador
2. Su reacción emocional con respecto a la enfermedad de su familiar es
() Negación () Empatía () Abrumada
3. Si su familiar enfermo esta discapacitado, ¿cómo actúa usted?
() Ignorándola () ayudándolo a ser independiente () Sobreprotegiéndolo/a
4. Las expectativas de la familia en relación a la enfermedad son
() Optimistas () Realistas () Pesimistas
5. Responden a la ayuda que le brindan del exterior en forma
() Rechazándola () Aceptándola () Desarrollando dependencia
6. La atención que el paciente reclama es de tipo
() En forma pasiva () en forma asertiva () En forma exigente y agresiva
7. El paciente responde a las necesidades de los miembros de la familia en forma
() Negando sus necesidades () Equilibrando las necesidades () Las ignora
8. ¿Cómo considera usted la reacción de la familia ante este evento?
() Indiferente () Preocupada () Deprimida
9. Considera usted que la familia presenta
() Ninguna reacción () Estrés familiar () Crisis familiar
10. Cree usted que la muerte o enfermedad de su familiar causó en su familia
() Ninguna reacción () Desestabilidad emocional () Crisis familiar

ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

No. Folio _____ Fecha _____

Consentimiento informado para participar en la investigación “LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE COMO GENERADORES DE ESTRÉS O CRISIS NO NORMATIVAS EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE PACIENTES TERMINALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ con MF No.8 DEL IMSS”

La presente investigación tiene la autorización para realizarse en esta unidad médica. La información que usted proporcione será de carácter confidencial y anónimo y deberá proporcionarse de manera voluntaria.

Si usted considera que algunas de las preguntas o más de una, le causan incomodidad o molestia, usted tiene la libertad de no contestarla, por lo que se respetará su decisión y forma de pensar, además si usted siente en algún momento de la entrevista que se hiere, molesta o agrede su intimidad, dignidad, sus valores o su moral, la entrevista será interrumpida y el cuestionario será destruido frente a usted, terminando así con su valiosa cooperación.

La información que usted nos proporcione será utilizada exclusivamente para fines de investigación, la cual puede ser útil también para mejorar la atención integral de los demás pacientes que se atienden en esta unidad.

El cuestionario no tiene respuestas buenas o respuestas malas, solo le pedimos que sus respuestas sean honestas y sinceras.

Acepto contestar el cuestionario

Firma de Consentimiento _____

No acepto contestar el cuestionario _____

RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos

- Un director de tesis
- Una tesista
- 2 Aplicadores del instrumento

Recursos Materiales

- Una computadora
- Una impresora
- 500 hojas tamaño carta
- 10 Lápices del numero 1
- 100 hojas tamaño oficio

Recursos Económicos

- Los aportados por la tesista

CRONOGRAMA

SEPTIEMBRE 2007						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	278
29	30					

 Elaboración del protocolo

OCTUBRE 2007						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	278
29	30					

 Registro de Protocolo

 Capacitación del encuestador

NOVIEMBRE 2007						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

 Prueba piloto

 Colección de información

 Captura de Datos

DICIEMBRE 2007						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				





Análisis de datos
Interpretación de resultados

 **Formulación del reporte**

 **Redacción del artículo**

CAPITULO 12

BIBLIOGRAFÍA

1. LAGERLOF, Selma, *El carretero de la muerte*, Porrúa, México, 1992.
2. GARCÍA MÁRQUEZ, Gabriel, *Crónica de una muerte anunciada*, Diana, México, 1981.
3. TOLSTOI, León, *La muerte de Iván Ilich*, Tomo, México, [1996].
4. SAUNDERS “De los cuidados paliativos al Ars Moris - Un abordaje psico-espiritual ” [en línea] disponible en URL: <http://groups.msn.com/thanatologia>
5. PADMASAMBHAVA “De los cuidados paliativos al Ars Moris - Un abordaje psico-espiritual ” [en línea] disponible en URL: <http://groups.msn.com/thanatologia>
6. SOCRATES, De los cuidados paliativos al Ars Moris - Un abordaje psico-espiritual ” [en línea] disponible en URL: <http://groups.msn.com/thanatologia>
7. HORACIO, *Odas. Canto Secular. Epodos*, Madrid: [Editorial Gredos](#). (2007), [ISBN 978-84-249-2879-7](#).
8. LAVOSIER, De los cuidados paliativos al Ars Moris - Un abordaje psico-espiritual ” [en línea] disponible en URL: <http://groups.msn.com/thanatologia>
9. HERACLITO, o De los cuidados paliativos al Ars Moris - Un abordaje psico-espiritual ” [en línea] disponible en URL: <http://groups.msn.com/thanatologia>
10. SOGYAL RIMPOCHÉ De los cuidados paliativos al Ars Moris - Un abordaje psico-espiritual ” [en línea] disponible en URL: <http://groups.msn.com/thanatologia>
11. LONGAKER De los cuidados paliativos al Ars Moris - Un abordaje psico-espiritual ” [en línea] disponible en URL: <http://groups.msn.com/thanatologia>
12. Salvador Minuchin y Avner Barcai Therapeutically induced
13. Phillippe Caille De los cuidados paliativos al Ars Moris - Un abordaje psico-espiritual ” [en línea] disponible en URL: <http://groups.msn.com/thanatologia>
14. HOFFMAN, L., *Fundamentos de la terapia familiar*, “La atadura Sencilla y el Cambio Discontinuo”, Fondo de Cultura Económica, México, 1992. p. 153-170
15. SKYNNER, R. y J. CLEESE, *Relaciones familiares como salir bien librado*, Editorial Pax, México 1990. p. 71-1
16. CAMDESSUS, B., M. BONJEAN, et al., *Crisis familiares y ancianidad*, “Crisis y familia”, Paidós Terapia Familiar, México, 1955. p. 23-46
17. FRIEDMAN, M., *Family nursing*, “The Family Doping Funtion”, Editorial Century-Crofts, New York, USA 1997, págs 243-268 .

18. LEMAIRE, J., *La pareja humana: relación y conflicto*, “Crisis de la pareja y trabajo psíquico del duelo”, Morata, España 1993. p. 38-53
19. WILLI, J., *La pareja humana: relación y conflicto*, “Las fases del matrimonio con sus crisis típicas”, Morata, España, 1993. p. 38-53
20. Rios A. *Análisis de las interacciones Familiares*. España: Helder 1975.
21. CARTER, Ross, E. PROSEN, et al., “Emotional and personality types of breast cancer patients and spouses”, *American journal of Family Therapy* , No. 20, 1992, (4) 300-309.
22. KUBLER ROSS, E., (1969) *EL Desarrollo Psicológico*. En Craig, G. (1990) México: Prentice Hall Hispanoamericana.
23. BOWEN, M., *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*, Paidós, Barcelona, 1991.
24. HEER, J. y J. WEAKLAND, *Terapia Interccional y tercera edad*, Nadir, Buenos Aires, 1979.
25. ESPINOSA, S.R., *El ciclo vital en familias mexicanas. Características culturales y estructura familiar*. Tesis de Maestría Universidad de las Américas, México, 1992
26. CORSI, J, M. DHOME, et al., *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación diagnóstica a los modelos de intervención*, Paidós, México, 1995.
27. MANILOSKY, Bronislaw, *La misión*, [revista electrónica de psicología] Facultad de Psicología de la UAQ
28. Marcuse, Hebert, *EL mito de la muerte en la postmodernidad*. ‘[en línea] disponible en URL: http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/smmuerte_10.html
29. Sartori, Giovanni, *EL mito de la muerte en la postmodernidad*. ‘[en línea] disponible en URL: http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/smmuerte_10.html
30. WILBER, Ken, *El espectro de la conciencia*, Cairos, Barcelona, 1977.
31. Popol Vuh *Nuestra amiga, la muerte (en línea)* disponible en URL: <http://www.memoria.com.mx/105/105mem10.html>
32. RULFO, Juan, *Pedro Páramo*, Fondo de Cultura Económica, México, 1992.
33. Posadas Guadalupe .-*Nuestra amiga, la muerte (en línea)* disponible en URL: <http://www.memoria.com.mx/105/105mem10.html>
34. FERNANDEZ Ortega Miguel Angel, *El impacto de la enfermedad en la familia*. Revista de la Facultad de Medicina UNAM vol. 47 Num. 6 2004, págs, 241- 254
35. Goethe *Nuestra amiga, la muerte (en línea)* disponible en URL: <http://www.memoria.com.mx/105/105mem10.html>

36. FLORES LOZANO, J. A., *Aspectos psicológicos de la muerte*, Medicina Integral, 1995.
37. POLIANO YORENTE, A., *Tratado de medicina paliativa*, “La familia y la sociedad frente al enfermo terminal”, Editorial Panamericana, Madrid, 2002. p. 1-216
38. PATTERSON JM *The family adjustmen and adaptation.Famlies experiencing stress*. A Journal at the confluence of family therapy. Summer 1988, vol 2
39. *Metodologia para evaluar el impacot de los acontecimientos vitals de la familia en la salud familiar*. Revista cubana de Medicina General Integral vol 8 Núm 2 La Habana Cuba 2002
40. VILLAMIZAR, Rodríguez Enrique, *El morir y la muerte en la sociedad contemporanea problemas medicos y bioéticos*. Gerencia y políticas de salud, Vol 1 , Num,. 002 Pontifica Universidad Javeriana. Septiembre 2002. Bogotá Colombia. Pp 66-80
41. PEREZ, Cárdenas C. *Crisis familiares no transitorias*. Rev Cubana Medicina General e Integral 1992; 8 (2): 144-51